

12. Katsurada. Zur Kenntniss der regressiven Veränderungen der elastischen Fasern der Haut. Ziegler's Beiträge Bd. 31.
13. Kölliker. Handbuch der Gewebelehre VI Aufl. Bd. 1.
14. Maximow. Experimentelle Untersuchungen über die entzündliche Neubildung von Bindegewebe. Ziegler's Beiträge. V Supplementheft.
15. Melnikow-Raswedenkow. Histologische Untersuchungen über das elastische Gewebe in normalen und pathologisch veränderten Organen. Ziegler's Beiträge Bd. 26.
16. Pranter. Zur Färbung der elastischen Fasern. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, 1902.
17. Rona. Ueber das Verhalten der elastischen Fasern in Riesenzellen. Ziegler's Beiträge Bd. 37.
18. Schiffmann. Die Histogenese der elastischen Fasern bei der Organisation des Aneurysmossarkomes. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, 1903 № 20.
19. Стефанья. Лимфатическія сосуды желудка. Клиника Университетскаго вѣдѣнія. 1902.
20. Talke. Zur Kenntniss der Lymphgefäßknäuelbildung in glaucomatischen Schwarten. Ziegler's Beiträge Bd. 32.
21. Tauffel. Zur Entwicklung der elastischen Fasern in der Lunge des Foetus und des Neugeborenen. Archiv für Anatomie und Physiologie, 1902.
22. Wolf. Ueber aktive Beweglichkeit der Lymphocyten. Berliner Klinische Wochenschrift. 1901. № 40.

Серія докторскія диссертаций, отпечатанныхъ въ изданіи въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи съ 1801—1802 учебн. году.

№ 69.

118
2

ЛИМФАТИЧЕСКІЯ ЖЕЛЕЗЫ

И

МИКРОПОЛИАДЕНИТЬ У ДѢТЕЙ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

М. С. Фельдмана.

Центральною диссертациою, по порученію Конференціи, была профессору-академику *К. Н. Виноградову*, проф. *Н. П. Гундобину* и приват-доценту *А. П. Милоску*.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія Училища Главнѣйшаго, Перловаго, 18.
1902.

31

Докторскую диссертацию Леони М. С. Фельдмана под названием „Лимфатическая железа и микропаразиты у детей“, которая разрабатывается так, чтобы по существу была представлена в Конференции Императорской Высшей-Медицинской Академии 400 академиков диссертация (125 академиков диссертация и 300 академиков отдают краткого резюме (сводный) в Конференции и 375 академиков в академическую библиотеку), С.-Петербург, марта 26 дое 1902 года.

Ученый Секретарь, Ординарный профессор А. Давыд.

Лимфатическая железа и Микропаразиты у детей.

Качественное исследование в связи с физиологической функцией лимфатической железы в детском и детском организме.

Физиология и существование какого-нибудь болезненного процесса только тогда могут быть для нас ясными, понятными, когда фундаментальнейшие клинические данные служат гистолого-анатомическая и гистологическая основа. Однако далеко не всегда болезни изучаются с необходимостью и соответствующей полнотой. Всегда клинические наблюдения или и идут впереди теоретических научных исследований. Даже в наше время точных научных методов исследования мы не всегда успеваем достигнуть гармонии в создании необходимого фундамента, служащего материалом, которому далеко служить глубже и более детальное знание природы. К сожалению в этом отношении наше клинические наблюдения материалю постепенно чувствуют недостаток. Между клиническими точными данными и конечной гистолого-анатомической картиной их существует та громадная разница, что в первом случае мы пытаемся на основании отклонения в течение и исход болезни, с которыми клинически должно считаться; многочисленные, мелкие, на первый взгляд кажущиеся второстепенными, признаки оказывают чрезвычайно важным; старая же анатома и патолога направлены к созданию однородной картины и существа процессов в органах. Вот почему клиницисты здесь часто не на-

ходить ответа на те разнообразные вопросы, которые задает ему клиника.

Одна из таких уже разработанных клинических вопросов является лимфатический аппарат, который так сильно интересует клиника детских больных и особенно же еще интенсивно патолого-анатома. Мы едва ли ошибемся, если скажем, что у педиатра паллиация, аутокултация и перкуссия имеют одинаковое значение. При этом же, даже если врач опытный педиатр не забудет осматривать и определить состояние периферических лимфатических желез, если во время, то всегда поинтересуется, как старается таким образом помочь себе в борьбе с болезнью распознавая больные и особенно в области так называемой спленомегалии организма в борьбе с болезнью. Неустанный клинический интерес к лимфатическому аппарату объясняется тем, что есть почти во одной острой или хронической болезни у детей, которая во сопряжается бы истощением, больше или меньше выраженным, лимфатических желез; истощения эти бывают часто настолько рвизия и настолько превалируют над остальными симптомами, что могут быть приняты за исключительное заболевание самих желез. С недавнего времени благодаря наблюдениям у детей познано следующие данные: Laser исследовала жизни 873 детей и 348 детей школьного возраста приняла участие из увеличенными в 47% вследствие развития опистхококкитического компонента; д-р Шрейфлер и Шубенко нашли у детей такого же возраста желез увеличенными в 36,5%. Читайки — в 44,2%, Pailson нашел лимфатическая железа пораженными при болезни туберкулез в 21,8%. Все эти болезни — корь, скарлатина, истощение имеют быстр развивающую реакцию населения специфическую железам шейной, бронхит могут дать совершенно своеобразное тисное течение в детском возрасте вследствие развития трахеобронхитальной аденоидит, опрорекдацией единой, хриплый голосом, тахикардией и рвизия бронхиальными дыханием. Не менее часты заболевания лимфатического аппарата при различных хронических процессах (разлит, золотуха, сифилис...). Известно из этого заболевания интерес особенно возрастает у педиатра, извещающего для

свои спички рвизиям возрастам — периодом неуравновешенного развития организма, когда для полного его благополучия требуется безусловное преобладание прихода энергии над ее расходом, когда ростовые особенно велики, так как весь организм представляет непрерывный толчок в направлении своей деятельности; здесь малейшее нарушение может иметь неблагоприятные влияние на дальнейшее развитие ребенка. Вот почему педиатр уделяет особое внимание констатации — наличием заболеваний. Чем орган совершеннее в своем строении, темнее в своей функции, тем больше влияние ему уделяется педиатром. Интерес клиницистов ставится еще более важным, если мы вкратце вспомним словую физиологическую роль лимфатических желез.

Всю сложную функцию желез рассматривают с трех сторон: как фильтрующий аппарат, как проветривательный орган в области венозного тока крови, так и в красных кровяных телец и как аппарат, участвующий в захвате и борьбе организма со стимулами, подрывающими его благополучие. В первом случае железам принадлежит механическую роль благоприятных фильтров, задерживающих болезнетворных начал и «обочивающихся» таким образом здоровье всего организма. Конечно, нельзя считать лимфатическая железа абсолютной преградой, так как часто болезнетворных начал проходит через желез и дает картину общего заболевания. Но настолько легко совершаются эти фильтры, вследствие из того, что находящаяся в лимфатическом токе частички, попавшие в лимфатическая железа, задерживаются в них и, если частички достаточно малы, могут остаться здесь на всю жизнь. На это свойство лимфатического аппарата указал еще Virchow находивший у липы, табурировавших себя рвизия части тела, часть просвета портока в ближайших лимфатических железках и при том в карб отах посттиснах — в слез, обращаются к привнесшим лимфатическим сосудам. Отсюда говорят, что рвизиям желез имеют громадное практическое значение, так как присутствием ретикулы, играющей роль ситочки, объясняется способность лимфатических желез задерживать все инородные тела, привнесшие извне венозного лимфы.

Гораздо более сложной является, конечно, кроветворная функция лимфатических желез, (в смысле происхождения как красных кр. ш. так и белых), которая по мнению авторов совершенно отрицается (Newman, Вискози и др.) так как есть считают их только источниками образования белых тельцк крови. На эту последнюю роль желез упоминает еще Goodell в 1845 году в своей работѣ о строении ихъ, первой, по мнѣнию Frey'a, достойной вниманія. Въ это же почти время Virchow пишетъ, что обоснованіемъ въ лимфатическихъ железахъ бѣлая тѣлица доставляется изъ этихъ органовъ въ кровь.

Virchow первымъ въ 1852 году считавшій путемъ доказалъ, что въ принадлежнхъ лимфатическихъ сосудахъ брызжеевнхъ железъ животныхъ, накорененныхъ лимфеной жирошней, лимфо бѣла образуется, тогда какъ въ соединеннхъ она была мутная, несомнѣтельно это побужта въ ней лимфатическихъ тѣлецъ, которая такимъ образомъ доставляется въ кровь. Вальтеръ, согласный въ общемъ съ Virchow, допускаетъ однако, что часть бѣлобланныхъ тѣлецъ происходитъ еще изъ нихъ и дѣло эти тѣлица размножаются; взгляды этотъ и теперь разделяются очень многими авторами. Усманъ также признаетъ, что трудно доказать исключительное образование бѣлыхъ тѣлецъ въ лимфатическихъ железахъ. Löwit настаиваетъ, что въ железахъ лимф. образуются очень малые бѣлые шарикъ. Вондль определенно высказываетъ Fleming, упоминающій на фисіологическое образование лейкоцитовъ въ лимфатическихъ железахъ, а именно — въ упоминаемыхъ имъ зародковыхъ центрахъ. Grünberg доказываетъ, что бѣлая кровяная тѣлица образуется въ лимфатическихъ железахъ путемъ мѣста лимфатическихъ тѣлецъ, способно лежащихъ въ первичнхъ ретикулъ, что происходитъ какъ въ зародковыхъ центрахъ, такъ и въ многоклеточнхъ шпуровъ. Saker Fr. въ своей крупной работѣ говоритъ, что лейкоциты происходятъ въ железахъ тоюжъ крави, такъ какъ въ его многочисленныхъ микроскопическихъ препаратахъ изъ зародковой явны, что лейкоциты развиваются въ железахъ не раньше, чѣмъ ихъ находятъ въ крови. Писаннне въ желѣзу лейкоциты встречаются въ улиткѣ желѣзъ ретикулярной ткани, гдѣ они и начинаютъ размножаться; такою

же жѣтвѣя и Orrell, v. d. Stricht считаютъ причиною первоначальнаго мѣстаго образования лейкоцитовъ. Во немнѣхъ случаяхъ Saker считается окончательно установленнымъ слѣдующее: путемъ эмбриональнаго дифференцированія и переходнхъ формъ размноженія выделяется для взрослого организма источникъ свободныхъ лейкоцитовъ, откуда они могутъ исполнять свои потребности путемъ нормальнаго процесса размноженія — кореннотического дѣленія первоначально образованныхъ клетокъ. Въ лимфатическихъ железахъ находится стойкая матеріальная основа для этихъ клетокъ.

Еще болѣе интереснаго и противорѣчиваго ми находимъ въ ученіи объ образованіи въ лимфатическихъ железахъ красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Всесообщеннѣе ученъ Virchow въ первой постановкѣ пропалаго ственія максималъ за возможность образования кр. ш. въ лимфатическихъ железахъ. Д-ръ Hladfischer первый указалъ въ 1878 году на присутствіе элерныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ лимфатическихъ железахъ ребенка и высказался за кроветворную функцию этихъ железъ. Löwit предполагаетъ, что только въ патологическихъ случаяхъ, когда турбуленъ кроветворительнаго дѣятельнаго состава мѣста, лимфатическихъ железъ могутъ брать на себя его роль въ образованіи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Что лимфатическія железы не остаются пассивными при выведеніи какого нибудь кроветворительнаго органа, упоминаютъ почти всѣ авторъ работавшіе надъ бесосердечничемъ животными (Gibson, Robin Tauber, К. Н. Виноградовъ, Курлова, Шульцъ и друг.). Профессоръ К. Н. Виноградовъ находилъ въ лимфатическихъ железахъ такія животныя ядродержащія красныя кровяныя тѣлица.

Профессоръ Кудрявщій рѣшительно высказывается за образование красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ лимфатическихъ железахъ. По его мнѣнію эритроциты формируются изъ ретикулярныхъ элементовъ, зачаточныхъ въ желѣзѣ ретикулярныхъ шпуровъ желѣза, а отчасти и въ фолликулахъ корковаго вещества; за образование краснаго кровяного тѣлица идетъ въ протоколахъ, а здрѣ лимфоиднаго элемента, которое при этомъ претерпѣваетъ дѣльную роль весьма сложнхъ метаморфозъ, претоплазма, оставшаяся

после выведения окрашенного тьмада крови, расщепляется и исчезает. Foa и Salvioni полагают, что в зародышевой жизни человека в лимфатических железах происходит образование эритроцитов. Сказет также высказывалось, что в эмбриональных железах бот соматичеки образуются красные кровяные шарикн из так называемых первичных блаждкающих клеток (Primäre Wandzellen) и гигантских клеток, из них же образуются и бляки тьмада. Таким образом и ть и другие формы элемеиты крови относятся к самой тьмой генетической связи.

Со времени открытия Мечниковым фагоцитарной функции бляшек кровяных тьмадов, неизвешено, какэ организм болеть и какэ в борбь локализовать эа пределами организма факторами одерживаеть перся то одно, то другия стороны, чисто клиническое значение лимфатических желез еще болге возрасло. Велик значение, какэ возрасла температура о бактеричекиных свойствах бляшек кровяных шариков. Дни насъ, конечно, во важно, какэ действуют лейкоциты, самэ ли непосредственно, или разными надфакторами или антителами, резими ли кислотами. Наколемими дни были мнгила увеличь относительное действие лейкоцитов, какэ теперь болге во сомативаеть, что они играют доминирующую роль во разрушении разных болваных агентов, и во этомь весь акадичекий интерес.

Д-ръ Тихташ, изучавший течение возвратного тифа у бесселезовичеких и нормальных животных, приводит весьма интересные данные о значении лимфатических желез в борбь организма со спредетатами. Первыми, по мнению автора, в борбу эа него вступают лимфатические железы и оть жвадно вырешивают главную прастуту; роль селезенки выступаеть позднее и она меще активна. Вопрос мнгила другиях авторов, д-ръ Тихташ доказываеть, что бесселезовичекия животные претрасно выживать послэ припадка или возвратного тифа, благодаря бактерицидной деятельности лимфатических желез.

По мнению S. Schmeisser'a лимфатические железы животных и человека являются также мьстоом разрушения красных кровяных шариков, какэ и другие кроветворные органы. Изь этого краткого физиологического очерка ясно, что

клинически-патолгы особенно интересуются хроническими поразениями желез, могущими настольно изменить их тканевую структуру, что функция желез почти парализуется, такэ какэ именно подобного рода поразения оказывають далеко во безразличными для растущаго детского организма. Еще Frey въ своей монографии о железах, изданной въ 1891 году, изложилъ соединительно тканного зародкаения лимфатических желез у стариков, прибалая, что оно можеть быть и в блье молодых. При этомь процессь альволярная клетчатка сь железъ совершенно исчезаеть; разрьт фалликула покрываеть толстою соединительно-тканное ядро пупры, мьстами имееть просто гомогенная масса.

Подобное страдание, охватывающее сразу большое количество желез, описано у детей самого раннаго возраста французскими авторами и жвадно микроанализировано. Вопреки мнению перных авторов эта болбь оказалась во безусловно смертельной, что заставляеть интересоваться дальнейшей судьбой такого хроника-детища. Въ наблюдении нами въ детском возрасте случаевъ микроанализа у ребенка 1 года 5 месяцевъ оказалось бляшек кровяных шариков оказалось 4000 вмьсто нормальныхъ 8000, т. е. можно допустить, что стойкость такого организма при прочихъ равныхъ условияхъ въ борбь эа разными болванотворными агентами окажется значительно пониженной.

Вь связи эа столь важной функцией лимфатических желез является интереснымъ значениемъ, жвадно ли или другая степень злокачественности анатомо-гистологического страдания железъ въ детском организме определяются их клиническое значение. Литературныя данные въ этомъ отношении оказались довольно скудными. У Galland'a ми находимъ указание, что лимфатическая железа 7 месяцевнаго человеческого плода и зародкающего представляеть туже строение, что и взрослая, но зародковые центры (Keimzentren) отсутствуют. Сказет говорить, что въ эмбриональных стадияхъ развития плезд, железы покрывають уже эсь особенности взрослой железы, хотя въ примитивной фазь. Во въ чемь состоить эта примитивность авторъ во неясняеть. У Frey'a есть указание на то, что жвадно лимф. ребенка въ

2^{го} года клеточки въ строеніи съ желѣзныи коверсаденнаго. Въ эти послѣдніи данныя интересно было внести. Вотъ почему мы сейчас, согласно желанію глубоководнаго профессора Н. П. Гундобина, кратко предложимъ вамъ тему, раздѣливъ ее на 2 части:

1) изученіе особенностей строенія и роста лимфатическихъ желѣзъ у дѣтей и 2) разборъ патологическо-анатомическаго картины при хроническомъ множественномъ увеличеніи желѣзъ лимфатическихъ у дѣтей—микроанализируетъ французскіе авторы.

Лимфатическій аппаратъ ушей о развитіи и гистологическомъ строеніи лимфатическихъ желѣзъ у взрослыхъ и у дѣтей.

Приступая къ изложенію данной главы, мы должны сказать, что привезти всю литературу по строенію и функциональному цѣлю является почти невозможнымъ въ виду частыхъ несогласій авторовъ. Не имѣя, конечно, возможности отдать предпочтеніе одному передъ другимъ, мы рѣшились сопоставить мнѣнія авторовъ, наиболее поработавшихъ по данному вопросу, авторовъ. Главнымъ образомъ въ изученіи строенія лимфатическихъ желѣзъ мы обязаны Köhliker'у, Hüsy, Frey'ю. Въ развитіи лимфатическихъ желѣзъ работали Sartoli, Chievitz, Gulland, Saxon, Pannet, Mauger F.

Вся лимфатическій аппаратъ, представляющій работу часть венозной системы, заключается въ капиллярныхъ, лимфенныхъ стѣнкахъ расширеніяхъ и шлехъ соединительной ткани и основой; въ этихъ верней лимфатической системы отходятъ лимфатическіе капилляры, переходящіе въ болѣе крупныя лимфатическіе сосуды. На разлчнхъ и многочисленныхъ мѣстахъ эти сосуды прерываются увеличеніемъ образованіемъ разлчн величинъ и формы, расположенными въ рыхлой, богатой жирами, ткані; образованіе эти называются лимфатическіе узлы или желѣзны (Glandulae lymphaticae, s. conglobatae). Хотя эти желѣзы известны были въ очень отдаленнаго времени, но первая работа о нихъ появилась лишь въ верней половинѣ 19-го столѣтія. Въ 1806 году появилась работа Breschet, который

рассматриваетъ желѣзы какъ простое скопленіе лимфатическихъ сосудовъ. Въ болѣе поздней работѣ Engel'a сказано, что лимфатическіе желѣзы развиваются изъ остатковъ постэмбриональных дѣленій и развитія отросковъ лимфатическихъ сосудовъ, которые много разъ разветвляются и образуютъ клубокъ, заключенный въ капсулу; такъ образуется маленькая желѣза, а путемъ соединенія желѣзокъ маленькихъ образуется одна большая. Болѣе точное описаніе строенія лимфатическихъ желѣзъ мы находимъ въ работѣ Ludwig'a и Noë'n'a, упоминающихъ уже на ихъ сѣтчатую и хрящевую субстанцію.

Эмбриологическое развитіе лимфатическихъ желѣзъ болѣе старыми авторами не рассматривалось. Въ обширномъ курсѣ Келлера мы находимъ только ссылку на работѣ вышеупомянутыхъ авторовъ Breachet и Engel'a. Подробно изучилъ этотъ вопросъ неимѣнный авторъ. До сихъ поръ однако является спорнымъ, происходитъ ли желѣзы изъ среднего зародковаго листка, или изъ эктодермы. Hertwig полагаетъ, что онѣ мезодермальнаго происхожденія. Ziegler провѣдиль ихъ изъ мезенхимныхъ клѣткъ. По мнѣнію одного изъ авторовъ верней стѣнками лимфатическихъ желѣзъ является отдѣленіе отъ мезенхимныхъ скопленій, другіе полагаютъ, что развитіе желѣзъ заключается съ лимфатическихъ сосудовъ. Такъ Ortli говоритъ, что у 6-ти дневнаго зародка онѣ можно видѣть желѣзы лимфатическихъ желѣзъ въ видѣ клѣточныхъ скопленій, ограниченныхъ отъ окружающей ткани оболочкой и пронизанныхъ большимъ количествомъ сосудовъ. Наприменъ Enrico Sartoli желѣзы у 3-хъ дней зародка рожатого свята на мѣстѣ будущихъ желѣзъ только щели, выстланные эпителиемъ. Далѣе, по его мнѣнію, ростъ этихъ образованій идетъ на счетъ циркулярной соединительной ткани, среди которой появляются trabeculae и болѣе скопленіе ядерныхъ элементовъ; это и есть первичное зародкѣніе желѣзы, въ которой часть съ вышеупомянутыми щелями впоследствии образуетъ кожную субстанцію, а противоположная ея часть составляетъ верховую слой взрослой желѣзы. Съ появленіемъ лимфатическихъ ядеръ ростъ желѣзы въ дальнѣйшемъ происходитъ путемъ увеличенія и разветвленія собственныхъ элементовъ, а ростъ въ

стеть окружающей ткани превращается. Къ тому же процесс окружающей соединительная ткань утолщается въ капсулу (у 6% дойм. зародыша), которая у 10-ти дойм. зародыша становится хорошо развитой въ видѣ окружающаго желтку толстаго желатинозата слоя; оболочка эта проникается кою шпунцемъ къ корковому слою желтка—залезши будущише *vasa lymphatica infera*; *hilus*, длинная часть, по Sartoli, съ *hilustrum* отъ, наполненъ зародышевой тканью и занимает $\frac{1}{2}$ всей желтки; часть эта начинается вверху отставая въ ростѣ и у 20-ти дойм. зародыша рес. шота занимает незначительное пространство. Выходъ присоединяется къ желтку *Orth's* и описываетъ первую примаша лимфатическихъ желтокъ въ видѣ маленькаго очкагоу клеточки; у 2% сент. зародыша розоватаго цветагоу ослепленія въ 0,7 *mil.* въ диамет. были расположены въ окружающей ихъ соединительной ткани; въ нихъ преобладали двѣ формы клеточки: 1) большія круглыя клеточки, въ коихъ малозернистая протоплазма расположена въ видѣ ядра и съ крупнымъ ядромъ, имѣющимъ слабую кристаллическую оболочку; величины ихъ колеблется 9—12 μ , а диаметръ ядра равняется 7 μ ; Выходъ возникаетъ изъ переходныхъ клеточекъ I-го порядка, 2-ой—меньшій (переходныя клеточки II-го порядка) съ относительно меньшимъ ядромъ, очень богатымъ хроматиномъ; ядро слабо выступаетъ; въ некоторыхъ клеточкахъ хроматинъ столь сильно окрашивается розовымъ, что онѣ приближаются къ краснымъ крупнымъ шарикамъ; здѣсь также встрѣчаются и каріокератоциты. 3-ья форма клеточки, встрѣчающаяся въ этихъ ослепленіяхъ, составляетъ обичныя для хромосомныхъ органовъ ядра клеточки съ желатиномъ ядрами. 4-ую группу составляютъ гигантскія клеточки. Лейденштейнъ въ данномъ періодѣ развитія Выходъ не наблюдалъ. У зародыша рес. шота въ 1/2 сент. эти очкагоу клеточные ослепленія уже имѣютъ особенности взрослыхъ желтокъ съъ кровеносныхъ сосудовъ хорошо развиты и имеютъ многоклеточные отростки въ субстанцію самой желтки. Кровъ лимфатическихъ капилляровъ здѣсь встрѣчается лимфатическаго пространства, отдѣленныя другъ отъ друга перегородками и образующія видѣнныя лимфатическія пути; компаниями первыя лейкоциты различны ядромъ въ ясныхъ стадіяхъ желтка. Во время жи-

вше Sartoli, Fr. Sauer полагають, что желтка въ развитіи своего роста не только путемъ увеличенія и разномасштабна первоначально образованной оболочкой, но также путемъ проникненія окружающаго соединительной ткани въ аденотеллю и присоединеніемъ ее къ желтку.

Болше подробныя указанія на развитіе лимфатическихъ желтокъ у человека мы находимъ у Гуландта. Учеловѣческаго зародыша въ $\frac{1}{2}$ дюйма длина ибѣтъ и имѣетъ въ лимф. желтокъ; у 1 $\frac{1}{2}$ дюймовъ зародыша незначительно образованія сплетенія лимфатическихъ сосудовъ, обихающихся большіе кровеносные сосуды; тутъ же находится лейкоциты какъ въ лимфатическихъ сосудахъ, такъ и въ петляхъ соединительной ткани. Слѣдуетъ отметить, что въ пупочной области эти образованія выступаютъ менше отчетливо, а въ неспичней и у корня брюшной вѣтви желтки имѣютъ видъ образованія выступающаго капсулы въ 3 дойм. желтки. зародыша амбисто образованія желтки имѣютъ видъ снужающаго соединительно-тканнаго мостиками, *hilus* не явленъ, лейкоциты въ стадіяхъ развитія. У 8% дойм. зародыша желтка желтка соединительно-тканнахъ клеточкахъ съ маленькимъ ядромъ, лейкоциты въ состояніи митотическаго діалеза; среди нихъ много эозинофильныхъ. У 4-хъ дойм. зародыша видны артерійка, вступающая черезъ перекладныя на ибѣтъ будущаго *hilus*; тутъ же выступаютъ первые слѣды незначительныхъ лимфатическихъ путей. По Chievitz'у у 11-ти недѣльнаго человеческого зародыша въ пупочной складкѣ ибѣтъ еще и слѣды желтковой ткани. У 15-ти недѣльнаго зародыша въ Скарповомъ треугольничкѣ въ подложной соединительной ткани встрѣчается желтково клубочекъ, состоящій изъ круглыхъ клеточекъ, между которыми лучами окружены широкія щели. Соединительная ткань, ослепшая съ этой желткою, является немого увеличенной и богаче ядрами, такимъ образомъ обозначается капсула съ отходящими перекладными. Въ ретикулярныхъ препаратахъ являть видѣнныя слѣдующія формы клеточки: 1) большія круглыя клеточки, богатая ядромъ зернистой протоплазмой съ ядромъ въ 5 μ . 2) маленькія круглыя клеточки съ небольшимъ сильно блестящимъ ядромъ въ 2,5 μ и раз-

личным количеством протоплазмы; иногда настолько велики, что ядра выкупаются свободными, 3) продолговатыми соединительно-ткаными клетками со сжатыми ядрами (в 4,5 μ длины и 2,4 μ ширины); все клетка является длинной узкой лентой с острием на кончике, вокруг ядра расположены зернистая протоплазма и 4) плоские протоплазматические свободные с большими ядрами. У 14-ти ведавшихся зародков из паренхимы желез, хотя весьма, можно отличить корковую и мозговидную субстанции; во периферии желез заметно более равномерное и скудное клеточное инфильтрирование, а в глубинах среди тканей заметны актиноморфные шели; hilusationem нельзя отличить. 16-ти ведавшихся зародков представляют те же особенности; 6-ти яблочный плод представляет также те строение как 16-ти ведавшихся; у всех сбитки при обработке кислотой не удается получить. У семи яблочного плода шели, переходящие в перекладчатые сосуды. В ювениальной части сосуда образуют богатую сеть. В ювениальной части ретикулы выступают довольно ясно. С этого возраста лимфатическая железа почти всеми авторами признается равными по строению железам взрослого организма, к описанию которых мы и переходим.

Лимфатическая железа у взрослого животного представляют собой в общем продолговатую-лимонцевидную, немного сплюснутую ткань от 2 до 37 μ в диаметре, обладающей полостью шарообразной. Соединительно-тканная основа этих тел собирается в капсулу, окружающую железистую субстанцию. С одной стороны железа представляет выпуклую поверхность, а на противоположной стороне более или менее выраженную вогнутость (иногда прямо видно кратерообразное углубление, иногда вдавление из собственного эмбриона совершенно отсутствует). К выпуклой стороне желез подходит приводящие лимфатические сосуды (vasa lymphatica afferentia, s. inferentia), которые, прежде чем вступить в капсулу, многократно расширяются на несколько точек; на противоположной стороне кончатся выходящие лимфатические сосуды (vasa efferentia). По Todd'у часть этих и других единичных; остальные артерии того же типа, что лимфа привнесены большим количеством сосудов,

чтобы уноситься. Вдавление на поверхности желез, служащее местом выхода артериальных кровеносных сосудов, называется воротами (hilus). Капсула желез, по мнению Frey'a, состоит из толстой ткани; толщина ее равняется $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{9}$ — $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{11}$ — $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{13}$ — $\frac{1}{14}$ — $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{17}$ — $\frac{1}{18}$ — $\frac{1}{19}$ — $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{21}$ — $\frac{1}{22}$ — $\frac{1}{23}$ — $\frac{1}{24}$ — $\frac{1}{25}$ — $\frac{1}{26}$ — $\frac{1}{27}$ — $\frac{1}{28}$ — $\frac{1}{29}$ — $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{31}$ — $\frac{1}{32}$ — $\frac{1}{33}$ — $\frac{1}{34}$ — $\frac{1}{35}$ — $\frac{1}{36}$ — $\frac{1}{37}$ — $\frac{1}{38}$ — $\frac{1}{39}$ — $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{41}$ — $\frac{1}{42}$ — $\frac{1}{43}$ — $\frac{1}{44}$ — $\frac{1}{45}$ — $\frac{1}{46}$ — $\frac{1}{47}$ — $\frac{1}{48}$ — $\frac{1}{49}$ — $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{51}$ — $\frac{1}{52}$ — $\frac{1}{53}$ — $\frac{1}{54}$ — $\frac{1}{55}$ — $\frac{1}{56}$ — $\frac{1}{57}$ — $\frac{1}{58}$ — $\frac{1}{59}$ — $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{61}$ — $\frac{1}{62}$ — $\frac{1}{63}$ — $\frac{1}{64}$ — $\frac{1}{65}$ — $\frac{1}{66}$ — $\frac{1}{67}$ — $\frac{1}{68}$ — $\frac{1}{69}$ — $\frac{1}{70}$ — $\frac{1}{71}$ — $\frac{1}{72}$ — $\frac{1}{73}$ — $\frac{1}{74}$ — $\frac{1}{75}$ — $\frac{1}{76}$ — $\frac{1}{77}$ — $\frac{1}{78}$ — $\frac{1}{79}$ — $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{81}$ — $\frac{1}{82}$ — $\frac{1}{83}$ — $\frac{1}{84}$ — $\frac{1}{85}$ — $\frac{1}{86}$ — $\frac{1}{87}$ — $\frac{1}{88}$ — $\frac{1}{89}$ — $\frac{1}{90}$ — $\frac{1}{91}$ — $\frac{1}{92}$ — $\frac{1}{93}$ — $\frac{1}{94}$ — $\frac{1}{95}$ — $\frac{1}{96}$ — $\frac{1}{97}$ — $\frac{1}{98}$ — $\frac{1}{99}$ — $\frac{1}{100}$. Во величина эта колеблется от зависимости от вида желез, а также от возраста, упитанности субъекта. Наружная лимфатическая железа имеет более толстую капсулу, чем внутренняя; однако и это явление не постоянное. Относительно строения капсулы далеко не все придерживаются взгляда Frey'a. Eino Malpighius из своей „epistola de glandulis conglobatis“ первый отметил присутствие мускульных элементов в капсулах и ее отростках. Больше подробно разработал этот вопрос в 1831 году в своей диссертации O. Heufelder, исследовавший лимфатическую железу человека, мышей, крысы, кролика, собаки, розового свинья, гуся. Автор пришел к заключению, что у одних животных мускульные элементы в капсулах составляют целый самостоятельный слой, у других они являются смешанными со соединительно-ткаными элементами. У человека мускульная ткань является в виде отдельных рассеянных клеток. W. His в 1861 году пишет в своей работе, что ему удалось выделить из капсулы желез у человека мышечные клетки в 0,073" длины и 0,008" ширины, в кончике которых отчетливо видно было характерное пальцеобразное ядро. Таким образом His предполагает, что присутствие мышечных элементов в соединительно-тканной капсулах желез не может подлежать сомнению. Что касается исторического вида развития желез, то первое описание, которого придерживаются и теперь, дал Hübner в 1833 году, шведские ученые адель-корковую и мозговидную субстанции. По мнению некоторых авторов около того же времени и вплоть самостоятельное такое же разделение железистой основы дал и Kölliker. К этому делу присоединяет W. His прибавить 3-ю часть строки hilus-hilusationem—короткая строка. Хотя последние авторы не придерживаются строго этого разделения, однако основательно считают, что провести строгую анатомическую границу между этими двумя элементами невозможно, но мы здесь

будет придерживаться описания старших авторов. По изображению Brücke и Kölliker's хорошую субстанцию составляет часть, расположенная по периферии желоба и состоящая из крупинок и овальных тельцев; все это часть разделяется на отдельные островки желобчатой тканью пролифаски, отходящими от капсулы, замыкаемыми капсулярными перекладками, или trabeculaми, строение которых идентично с строением самой капсулы. В брыжжистых железах новорожденного толщина перекладки равняется $0,00714''$ — $0,014''$; у взрослых $0,00714''$ — $0,0419''$.

В мезоэпидидной субстанции является более крупные сосуды, одеты сравнительно крупной адвентицей; из них часть тут же разветвляется на капилляры, а оставшаяся направляется в вертикальную часть. По мере удаления от больших сосудов ткань адвентицы делается все более рыхлой и в конце концов развивается в мягкую ткань, из которой легко вывести кровяные капилляры.

В этой части находится множество лимфат. узлов, так что вся она становится пористой как губка. По мнению Kölliker's лимфатические сосуды периферических желез в мезоэпидидной части снабжены мускуликами вставками, а в брыжжистых мускулы отсутствуют, а лимфатические каналы отделяются друг от друга соединительнотканными перегородками, выстилающими эндотелием, так что все строение сердечникового (жесткого) слоя напоминает rete testis, или corpus cavernosum. Substantia medullaris желобчатых субъектов является более рыхлой, а у старых она значительно увеличивается; захватывая в этой части целые островки пространства Frey выстилает лимфатическими трубками, сеть сосудов прозрачной, чрезвычайно тонкой оболочкой с предопределенными или переизобраными ядрами 28-ти мельчайших зародков и новорожденный, говорить этот автор, представляется также же строение желобчатой субстанции, как и у взрослого. Коричневый слой достигает в взрослой железе $2^{o}, 3^{o}, 4^{o}$ до $4''$. Третья часть hilustrona, по описанию Нис'а, одеревятеет помимо жара, соединительную ткань и большие кровеносные сосуды, очень богатую сеть мелких разветвленных лимфатических сосудов, которые отсутствуют в мезоэпидидном слое, так

включающими в себя трубки, обвивающиеся часто как лимфатические сосуды, не имеют непосредственного сообщения с vasa efferentia и не могут следовательно считаться собственно лимфатическими сосудами.

Ткань веретеной строки коллоидная, твердая, кроме жести отклонения жара. Мезоэпидидная субстанция и hilustrona не всегда одинаково развиты. Hilustrona значительно развита в пахотных и подмышечных железах человека; преобладание мезоэпидидной субстанции над hilustrona'ю встречается при нормальном состоянии у животных и в патологических случаях у человека. По мнению Em. Sarsen в перифер. железах взрослых людей все три части развиты одинаково.

В кортикальном слое на жести, разграниченных капсулярными перекладками, субстанции железы случается в ограниченном овальном или грушевидной формы образовании, состоящем из скопления клеток (по Krause до 1 жести клеточек в каждом), величиной в $0,5$ — $1,0$ μ m. Эти образования имеют разные названия: клубочки (Noll, Ludwig), железистая эссенция (Brücke), крупками (Donders), альвеолами (Kölliker, Frey), фолликулами (Leydig).

W. Нис первый обратил внимание на неоднородность разрыхл фолликулов и наблюдаемая в них сетчатая структура назвал фолликулы; расположением их по краю фолликула, то их центр и имеют в диаметре $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$, автора смущал на эти образования как на роль запасных резервуаров для зародкованного жараже жетерами железы. Первые подробные описание фолликулов Нис'а дал Flemming; последний назвал эти сетчатые продукты в фолликулах в анимизмическом смысле вторичными телами (Secundär-Körperchen) а в физиологическом — зародковыми центрами (Keimcentren), т. е. местами размножения формирующихся элементов железы. Фолликулы по направлению к микротому веществу удаляются из вида кругловатых, шириной в $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ ширины, замыкаемых желобчатыми альвеолами, или жосонидными таяками (Markstränge, Markschlingen). Шенк и Кульчарин предлагают их назвать фолликулярными перекладками в параллель капсулярным. Фолликулы с его длинными широкими

сравнивать с палкой, на которой насажены грушевидный набухшиицы. Эта железистая клетка была выделена многими авторами, но ошибочно принималась за железистые лимфатические сосуды (Donders, Gerlach, Hoyer, etc.), то за адвентицию кровеносных сосудов (Kühler, Virchow). Относительно того, окружает ли фолликул желатиной, Нелле предполагает, что существующая фолликулярная стробрильная основа утолщается по его периферии из рода капсулы. Frey также не удалось видеть такой оболочки; он думает, что интерфолликулярная сеть становится по периферии больше уплотненной, кругами или становится продолговатыми; клеточный характер сети все больше теряется и превращается в сплошную перекладчатую, дачию многочисленных отростков, ступающих в пучковую поверхность фолликула по подобие волосистой сетчатой мембраны. Таким образом фолликул всего шарик состоит из стробрильного остовка из сетки или желатины форменные элементы железы.

И так же описали капсулу с ее перекладчатой и фолликул с фолликулярными перекладками. И та и другая направляется в нижний слой железы, при этом все время уточняется, давая многочисленные разветвления, облекаются своими отростками и сами удлиняются друг от друга, образуя таким образом род клеточки—сетки. Сетки фолликулярных и капсулярных перекладки на всем своем протяжении видны и ни разу друг с другом не соприкасаются, а отделяется полубразными пространствами, называемыми лимфатическими синусами, все эти многочисленные синусы сообщаются друг с другом. Капсула железы также отделяется от железных циркулярно идущих пространств, называемых внешними синусами; фолликул отделяется со стороны капсулы в естественной также циркулярно идущей оболочке фолликула шелью.

Самым характерным и заслуживающим особого внимания из всего вышеописанного является, конечно, отличающаяся здесь своеобразная тканевая субстанция, состоящая, как мы выше говорили, из сетки (reticulum), из желатины которой выносятся клеточные элементы. Ни выделять эту

ткань из особой палки, назвать ее адвентицией. Frey отделить ее из обыкновенной соединительной ткани, назвать ее, согласно внешнему виду, сетчатой (ретиккулярной) соединительной тканью.

Вопрос о строении самой ретикулы остается до сих пор спорным. Schenk, Becklinghausen, Ellenberg, Bizozzo, Kautz описывают reticulum как соединительнотканную воложистую основу, из которой вся ретикула только прилагается. Birch-Hirschfeld допускает образование ретикулы из уплотнившихся клеток. Ziegler предполагает такого же начала. Frey не сомневается в клеточном происхождении сети фолликулов. Србы из желез 26-ти летнего пса, обработанным кислотой, показали железную клеточную сеть из молодых соединительно-тканых клеток, сетка которой желила из ширины 0,00250—0,00851". По мнению Sarrail reticulum образуется аморфноструктурирующим путем с другим из палки сетки отростками ядро-содержащих клеток. Kosenilum же лимфатических синусов соединительно-тканного происхождения. На одном из наших собственных препаратов 2-хлетнего ребенка, ясно было видно, что ретикула лимфатических синусов также клеточного характера.

На счет ретикулярной ткани Гуландт придерживается того взгляда, что она образуется путем разрыхления обыкновенной соединительной ткани и последующей инфльтрации ее лейкоцитами. Saxon того же мнения и говорит, что все клеточные элементы основной ткани фолликулярной субстанции адвентиции с обыкновенными соединительно-ткаными клетками. Ретикула же лимфатических путей клеточного происхождения и образуется издольем синусов. Эпителиальная покровя синусов из железной прена считается аналог лимфатическим.

Что касается форменных элементов лимфатических желез—лимфоцитов, то об них столько писали, что уже в 1861 году Frey в своей монографии о лимфатических железах считалось лишним о них писать, не надбавляя сказать ничего нового и отсылать к другим авторам. Что он учел, то колет идентификация их. В научении клеточных элементов желез лезать два способа: 1) пу-

чаще на объектах препаратов и 2) изучение лимфоцитов на высушенных препаратах путем отличительных окрасок и микрохимических реакций. По мнению профессора Ландовского дятление лейкоцитов является искусственным. Не смотря на вышесказанное формы, трудно найти два тельца, совершенно похожих друг на друга. Gulland, долгое время работавший над этим вопросом, в своем последнем труде, говорит, что дятление бляшек кровяных шариков по проницанию воздухом; все разнообразие лейкоцитов представляется только разными стадиями развития одной и той же тельца. Целесообразно, по его мнению, различать гомогенные, анизофильные и базофильные бляшки тельца, которые все происходят от лимфоцитов. Того же мнения и Heidenhein, Arnold, Sacher заявляющие, что разделение лейкоцитов по месту их проницания не имеет достаточно научного основания.

В нашем кратком литературном очерке мы приведем описание клеточных элементов лимфатических желез многих авторов.

Еще Kolliker в 50-х годах указал на существование трех форм клеток в железах: 1) отбывающие ядро в $0,002''$ — $0,003''$ без заметных ядрышек, 2) круглые клетки в $0,003''$ — $0,004''$ с ядром и 3) большие клетки в $0,005''$ — $0,007''$ с ядром и ядрышком; эти клетки встречаются в наименьшем числе. Вскоре после Kolliker дал описание лейкоцитов Max Schultze в 1863 году. Новейшие описания ферментных элементов желез дал Heidenhein, подтверждением Heinrich Hoyer'ова. Эти авторы различают 5 групп клеток: 1) клетки с очень незначительным количеством почти бесцветной протоплазмы с круглым в $2 - 4 \mu$ ядром, окрашиваемые Ehrlich-Wolff'овской окраской в зеленый цвет, основа ядра выдвигается, благодаря более интенсивной окраске, ядрышко в них показывает почти однородную красную окраску. Протоплазма является вокруг ядра в виде узкого пояса, или в виде маленького пятна к ядру, то переходит в виде незначительной массы по обеим сторонам ядра. В зародившихся центрах эти клетки за-

жать разветвению среди больших клеток, хотя эти встречаются также в лимфатических сосудах.

2-я группа состоит из клеток с большим количеством протоплазмы, окрашенной в розовый цвет; ядро этих клеток имеет от $3-6 \mu$, круглой или овальной формы, бледно-голубоватого цвета. В центральной ядерной субстанции ясно заметны более темный осевый, угловатый по краю ядро, так что граница ядра выступает более отвланно. На угловых точках периферии осевой его лежат мелкие ядрышки тельца. Протоплазма окружает ядро в виде неправильной полоски от $1-2 \mu$ ширины. Эти клетки встречаются в большом количестве, чаще первых.

3-ю группу составляют зернистые клетки; ядро является в них в отросчатом, то в виде двух распавшихся частей; только ядро бываю круглым. В бесцветной протоплазме находится маленькие, круглые ядрышки, окрашивающиеся окрашивающей краской в красный цвет; величина клеток от $5-8 \mu$.

Такие клетки встречаются в каждой лимфатической железе, хотя количество их колеблется в широких пределах; чаще при исследовании в любом поле зрения можно встретить в большом количестве эти клетки, в другой раз приходится долго искать, пока найдется одно клетка с зернистой протоплазмой; скорее всего их можно встретить в междурядных тканях и вокруг более крупных кровеносных сосудов.

К 4-й группе относятся различные переходные формы лейкоцитов с с малыми, круглыми или овальными форм ядра, окрашивающимися Wohl'овской окраской в темно-голубовато-зеленый цвет; протоплазма их, то в значительном, то незначительном количестве окрашена в темно-красный цвет и показывает разнообразия отклонения в строении; встречаются эти клетки в каждой лимфатической железе в единичном числе; Heidenhein принимает эту форму за стадию умирания клеток. 5-ю группу составляют фагоциты; эти элементы разнообразной величины и формы, ядро большей частью бледного цвета, редко голубовато-зеленого, ядрышко высту-

заетъ железо. Протоплазма въ одномъ рѣдѣ кѣтъсь совершенно не обращается; въ кѣтъкахъ существуютъ аморфныя образования. Ничтоже эти формы встрѣчаются въ шейныхъ железахъ; въ нихъ же встрѣчаются въ изобилии и сферическимъ слоемъ пигментная кѣтъка.

Нельзя неочичъ тутъ же не коснуться общераспятаго дѣленія лейкоцитовъ Ehrlich'a на 4 вида: 1) лимфоциты— малые и большіе, 2) большіе однозернисты кѣтъки въ 2—3 раза больше красн. кровн шариковъ, 3) переходныя формы и 4) омертвѣлыя лейкоциты. На основаніи отношеній лейкоцитовъ къ различнымъ амиллоиднымъ краскамъ они дѣлятся на монофильныя, амфифильныя, базофильныя и нейтрофильныя.

Самая большія трудности доставлять ученымъ, конечно, вопросъ о токъ лимфы по лабиринту лимфатическаго сплетенія железы. Главными результатами, добытыми въ этомъ направленіи, мы обязаны W. His'у и H. Frey'у. Хоть лезио изучался на интестинальныхъ червяхъ, приведшіе лимфатическіе сосуды красной жезой препаратахъ. Красная масса, или по сосудамъ, стѣнка которыхъ, во мѣрѣ углубленія въ субстанцію железы, постоянно истончается, такъ что въ концѣ остается одна только эндотелиальная оболочка, вступающая внутрь лимфатическаго сплетенія, прежде всего навѣшнеть шель, распространяющаяся въ капсулу и въальцеобразно оканчивающаяся фолликулѣ; тутъ же становится замѣтнымъ жесткая, идущая отъ остога фолликула къ другому; дѣль накрая элементарная перекладина является какъ бы заключенной между двумя взаимными полосоками слѣдующими все время въ развѣтвленіи стѣнокъ trabeculae. Иногда красная масса, выступившая черезъ ваза efferentia направляется къ остогу лимфатическому узлу. Отвѣтельно вода лимфы въ мезоциальной субстанціи видна, что масса повсюду отбываетъ на развѣтвленіи фолликулярныхъ и элементарныхъ перекладинъ. На интестинальныхъ препаратахъ ясно существуютъ въ юртимальной субстанціи формы лимфатическаго сплетенія въ видѣ бѣлыхъ или желѣзобѣлыхъ пространствъ; въ мезоциальной субстанціи сплетенія виднотся въ видѣ кружковъ, въ срединѣ которыхъ находится перерѣзанная перегородка, приходящая съ помощью сѣрѣ-

вильныхъ соединеній въ связи съ мезоциальными оболочками. Toldt предполагаетъ, что лимфа, прежде чѣмъ перейти въ отпаднше сосуди, попадаетъ въ такъ называемыя колечныя сплетенія (Tertiariae) находящіеся между стѣнкой мезоциальнаго шпурова и hilus-arteria; отъ этихъ колечныхъ сплетеній идутъ поперѣстными каналами, собирающіеся въ болѣе крупныя стволыны, которые складываются 2—3 извѣдншихъ сосуда. Диаметръ просвета самаго большого извѣдншаго лимфатическаго сосуда равняется 0,0837", ширина стѣнки 0,0273"; самая тонкая артерія лимфатич. сосуда, обвивающая собственную стѣнку, была шириной 0,0060". Frey называетъ этотъ путь для теченія лимфы „внутренней пластическимъ ходомъ“, въ отличие отъ возможнаго поверхностнаго теченія лимфы, впервые описаннаго Deubner'омъ, съ обходою лимфатическаго пути мезоциальной стѣны, благодаря тому, что ваза efferentia, распространяющаяся подъ капсулой въ видѣ стѣны, оканчивающая также въальцеобразно фолликула, непосредственно по противоположной сторонѣ железы передаетъ въ ваза efferentia, въ каналъ мезоциальной субстанціи. Препятствія, представляемыя лимфатическимъ железамъ въ силу ихъ строения, току лимфы по нимъ, устраняются путемъ дѣятельности гладкихъ мышечн. trabeculae. До сихъ поръ не рѣшено однако находится ли данная мускулатура въ известномъ тоническомъ состояніи, или она обладаетъ ритмическимъ перистальтическимъ движениемъ.

Основу собственной железной субстанціи образуютъ сильно вѣтвляющіяся кровеносныя сосуды. Артерія вступать черезъ hilus железы въ мезоциальную субстанцію (по His'у артеріи могутъ войти въ железу и не черезъ hilus) и послѣдуютъ отсюда артериальныя стволыны въ систему перекладннхъ остовъ; въ болѣеюй же своей части вступаютъ въ мезоциальныя вѣтви и проходятъ по ихъ остовамъ части; центральныя стволыны послѣдуютъ вѣтвямъ вѣтвекъ, образуяшии капиллярную стѣну по мезоциальности мезоциальныхъ вѣтвляющнхъ. Капилляры эти являются своимъ строеніемъ зародившіеся сосуды; кѣтъки ихъ эндотелия снабжены отростками и слабо склеены; диаметръ ихъ 0,0025—0,004", форма почти многогранная (His). Фолликулы получаютъ свои болѣе основ-

тельные сосуды от микровидных интрузий. Переход сосудов от капиллярных перекладных в формулу мы наблюдаем (Hie). Вена, повторив в обратном порядке распределение артериальных втвочек, выхлещает из переносимых узел через hilus. Кроме описанной системы кровеносных сосудов, существует в лимфотических железах еще другая, слабо-развитая и несовершенная система собственных сосудов капиллы, выходящая из периферии железы и назначенная для питания соединительно-тканного остова, в перекладных которых они анастомозируют с втвочками внешней системы.

Относительно переносимых интрузий существуют следующие сосудодвигательные втвочки. Описанные Schaffner's, переносимые ганглии в виде узелочков являются весьма оригинальными. Один только Forrer в 1872 году также дал описание переносимых узелков в лимфотических железах.

Особенности в строении лимфотических желез у разных их основных системных классов.

Материалом для наших исследований служили трупики детей из С.-Петербургского Воспитательного Дома из возраста от 1 дня до 11 месяцев 2 дней; кроме того мы исследовали четырех годовых и железу ребенка в 2½ г. Собрание данного материала представляло не малое затруднение. Главным препятствием служило то, что, приступая к работам, мы не имели критеріума для суждения по величине, цвету, консистенции о большем или меньшем влиянии данной причины смерти ребенка на изменение железистой ткани и степени изъгодности по отношению от времени смерти. Нам пришлось в началу на большую количество трупоов, просматриваться и изучать цвет, величину, консистенцию отдельных желез у детей данного возраста; окончательная годность препаратов могла быть установлена только ввиду микроскопии. Из наших исследований вошли железы без всяких указаний на какие либо явления патологического характера. На основании наших наблюдений мы можем прежде всего сказать, что величина и форма желез зависит от втвца и месяце, по крайней

мехрь до 6, 7 месяцев, от возраста; у 7-ми, 8-ми месяцев железы лимфотические железы были равны по величине железам от трупоов детей 4-ти, 6-ти месяцев. Однако величина желез ребенка в 11 месяцев 2 дни превалировала над младшими возрастами.

В общем величина желез колеблется здесь в размер от булавочной головки до крупной горошинки. Что касается форм желез то наибольшее разнообразие представляют бразилеотичекие железы, которые бывают большей частью бобовидной формы, реже перетянутой. Шейные железы почти всегда (чтобы не сказать всегда) имеют форму шарика, слегка сплюснутаго у полюсов; паховые железы представляются еще более уплощенными. Нам кажется, что эта форма сохраняется и у взрослых, судя по нашим контрольным препаратам 30 лет женщины. На шейных железах у детей представлялись почти всегда односторонние; в очень редких случаях мы не могли видеть перпендикулярно расположенные участки более темной и более светлой железистой субстанции. У годовалой женщины мы наблюдали, согласно описанию Külliker'a, в периферических железах центральную часть более бобовидной, чем по краю расположенную часть, а в бразилеотических железах центр железу был сферично-крупнее, а по периферии почти более бобовидной. Что касается hilus'a, то на втвочках в случаях микроскопии замѣтно было рѣзкое конусообразное углубление на поверхности железы, в которое входил кровеносный сосуд. Количество вступившаго на шейной железе и втвца его также увеличилось довольно рѣдко; в общем сок бразилеотичеких желез является более мутноватыми; сок паховых желез совершенно прозрачный и светло-оранжевого цвета; сок шейных желез почти такой же как и в паховых, но больше темной и же столь прозрачный. Большие или меньшие гиперемии узлов имели характер сена, дѣлая его проливистѣе.

Исследованиями нами от 2-ух направленных; впервых, из каждой железы мы брали около сена и по способу быстрого закрывающаго его в тонкомъ развоуравномъ слое, приготовляли на короткихъ стекляннхъ мажках, которые обрабатывались по способу Ehrlich'a. Сами железы

Бразилецичная железом гиперемирована, не митки; на разрьѣ центральнай поасы железом представляется болѣе темная, чѣмъ на периферіи, сузя. На мазкахъ жветелъ много форменныхъ элементовъ, преобладають лимфоциты, породачно красныхъ, вѣтъ съ ядрами; породачно крупныхъ кѣтокъ.

Паховая железом бѣлѣна и сочма; сокъ прозраченъ, соломенно-желтого цвѣта. По периферіи железом видна тонкая каемка равничалася съ средняго свѣтлаго поасы. Подъ микроскопомъ видна такая картина, что въ бразилецичныхъ, однако каріоциты не видны въ полѣ зрѣнія.

Шейная железом микроскопически похоти на паховая. На мазкахъ значительно меньше форменныхъ элементовъ, преобладають лейкоциты, достаточо красныхъ кров. шариковъ, видны двѣ-три крупныхъ кѣтки.

№ 8-й. Возрастъ 2 мѣсяца, вѣсъ 2950,0, длина 62 см. *Eriçeris Atrophia universalis*, *Lues hereditaria*.

Бразилецичная железом не увеличена, митки, на разрьѣ однородна. На разрьѣ выступаетъ при легкомъ давленіи сокъ въ значительно меньшестъ молочно-бѣлаго цвѣта. На приготовленныхъ мазкахъ подъ микроскопомъ видна много красныхъ шариковъ, лейкоцитовъ, вѣтъ несколько крупныхъ кѣтокъ; два красныхъ шарика съ ядрами.

Шейная железом—бѣлѣна розового цвѣта, митки, сочма; на разрьѣ однородна. На препаратахъ много лимфоцитовъ, породачно много крупныхъ кѣтокъ; немного красныхъ кровяныхъ шариковъ, одинъ-два съ ядрами.

Паховая железом плотнѣе предыдущихъ, вѣтъ гиперемирована. На посы похоти разрьѣ видны разнѣные тонныя и свѣтлыя участки (перныя кружками, вторые полостями), сокъ кровянистый. На мазкахъ много лимфоцитовъ и крас. кров. шариковъ, породачно крупныхъ кѣтокъ.

№ 9-й. Возрастъ 2 вѣе. 21 дн., вѣе. 2750,0, длин. 52 с. *Pyrrhus haemorrhagica*.

Бразилецичная железом слабо гиперемирована, не митки, жѣло сочма. На препаратахъ видна много лимфоцитовъ, породачно крупныхъ кѣтокъ, жѣлого красныхъ, одинъ-два съ ядрами.

Въ шейныхъ тамъ картина; въ полѣ зрѣнія одна ней-

трофила. Въ паховыхъ железкахъ, бѣлѣныхъ, сочмахъ видна тамъ картина, что въ бразилецичныхъ.

№ 10-й. Возрастъ 2 мѣсяца 29 днѣв, вѣеъ 3150,0, длина 63 см. *Eriçeris: Pneumonia catarrhalis acuta confuens, pleuritis fibrinosa acuta sinistra partialis*.

Бразилецичная железом представляется совершенно бѣлѣныхъ, митками, сочмами, неувеличенными. На мазкахъ выступаетъ довольно много форменныхъ элементовъ, преобладають лимфоциты, немного красныхъ тѣлецъ, одинъ-два съ ядрами. Нѣтъ много крупныхъ кѣтокъ.

Въ паховыхъ и шейныхъ железкахъ тамъ картина.

№ 11-й. Возрастъ 3 мѣсяца 5 днѣв, вѣеъ 2500,0, длина 64 см. *Eriçeris: Pneumonia catarrhalis acuta lobaris confuens dextra et partialis posterior inferior sinistra*.

Бразилецичная железом бѣлѣна, митки и сочма, меньше горючима. На мазкахъ видна: породачно форменныхъ элементовъ, преобладають лимфоциты, немного красныхъ шариковъ и крупныхъ кѣтокъ.

Паховая железом гиперемирована, митки, на разрьѣ однородна, жѣло бразилецичныхъ. Видно на препаратахъ много красныхъ тѣлецъ и лимфоцитовъ, нѣтъ много крупныхъ кѣтокъ. Шейная железом микроскопически и на мазкахъ даютъ ту же картину, что и паховая.

№ 12-й. Возрастъ 3 мѣсяца 10 днѣв, вѣеъ 4000,0, длин. 68 см. *Diagnosis: Pneumonia catarrhalis acuta*.

Бразилецичная железом не гиперемирована, довольно сочма. На препаратахъ видна породачно форменныхъ элементовъ, преобладають лимфоциты, достаточо красныхъ, одинъ-два съ ядрами, нѣтъ много крупныхъ кѣтокъ. Одинъ-два нейтрофила. Паховая и шейная железом даютъ ту же картину.

№ 13. Возрастъ 4 мѣсяца 1 днѣв, вѣеъ 3570,0, длин. 54 см. *Eriçeris: Pneumonia catarrhalis acuta lobaris*.

Бразилецичная железом слабо гиперемирована, нормальной величини, довольно сочма, на разрьѣ однородна. На мазкахъ видна много лимфоцитовъ, два—три нейтрофила, мало красныхъ тѣлецъ и много крупныхъ кѣтокъ.

Шейная железом митки, жѣло сочма, жѣло бразилецичныхъ. На мазкахъ общее число форменныхъ элементовъ нѣ-

скольке меньше, чем в бразилевиновых железах, преобладают лимфоциты, много крови и, один-два ядра; порочное число крупных клеток и нейтрофилов. Паховая железа, только в шейных, дает ту же картину.

№ 14. Возраст 4 месяца 9 дней, вес 4000, длина 62 смт. *Epicrisis Pneumonia duplex lobaris totalis febris et partialis sinistra*. Бразилевиновая железа гиперемизована, увеличена, во мезги, дегенеративна сочни. На мезгах видно порочно красных, много лимфоцитов, несколько крупных клеток. В шейных та же картина.

Паховая железа резко гиперемизована, мало сочни. На препаратах заметно порочно лимфоцитов, несколько крупных клеток. В общем ферментных элементов меньше чем в предыдущих.

№ 15. Возраст 5 месяцев 10 дней; умерь от казеальной пневмонии. Вес 4200, длина 59 смт.

Бразилевиновая железа бледно розова, мезги, во сочни на препаратах наблюдается много лимфоцитов, мало красных, один—два ст. ядрами. Несколько крупных клеток. В общем порочное число ферментных элементов.

Шейная железа довольно гиперемизована, немного больше нормальных, во сочни. На мезгах замечается больше ферментных элементов, чем в бразилевиновых железах, преобладают лимфоциты, много красных шар., есть ст. ядрами; порочно крупных клеток, несколько нейтрофилов.

Паховая железа гиперемизована, во разрыхл однородна. В общем замечается мало ферментных элементов, преобладают красные шарика, порочно лимфоцитов, несколько крупных клеток.

№ 16-в. Возраст 5 месяцев 8 дней, вес 4150, длина 56 смт., умерь от казеальной пневмонии легких.

Бразилевиновая железа очень бледна и сочни во разрыхл выдвигается значительное количество мутноватого сока.

На мезгах много лимфоцитов, мало красных шариков; несколько крупных клеток.

Шейная железа значительно гиперемизована, мезги довольно сочни, не увеличена, во разрыхл однородна. На препаратах много красных шар., порочно лимфоцитов, несколько крупных клеток.

Паховая железа резко бледна, очень сочни. На мезгах много лимфоцитов, мало красных, один—два ст. ядрами, несколько крупных клеток.

№ 17-в. Возраст 6 м. 18 дн., вес 5100, длина 62 смт., умерь от воспаления легких.

Бразилевиновая железа бледна, довольно сочни. На мезгах не особенно много ферментных элементов, порочно красных, много лимфоцитов; один-два ядерных красных шарика; несколько крупных клеток.

Шейная железа сильно гиперемизована. Под микроскопом, мезги показывают очень много красных шар., порочно лимфоцитов, порочно крупных клеток.

Гиперемизованная паховая железа показывает сок ст. тьм во отношении ферментных элементов.

№ 18-в. Возраст 6 м. 14 дней. Вес 5100, длина 63 смт. *Pneumonia Catarrhalis acuta*. Бразилевиновая железа слабо гиперемизована, мезги. На мезгах много красных, один ст. ядрами, несколько крупных клеток; много нейтрофилов.

Шейная железа во состоянии; во мезгах много лимфоцитов, несколько крупных клеток; красных шариков довольно много, во они ст. состоянии распада. В мезгах общее число ферментных элементов порочно. Много лимфоцитов и красных шариков; несколько крупных клеток.

№ 19. Возраст 11 м. 2 дн., вес 6150, длиной 66 смт. *Epicrisis Bronchitis capillaris diffusa, pneumonia catarrhalis acuta partialis, abscessus partialis pulmonum. Hypertrophia glandulae thymus*.

Бразилевиновая железа слегка гиперемизована, мезгой ст. горюшка, есть немного больше. На прилегающих мезгах видно очень много лимфоцитов, порочно красных шариков, несколько крупных клеток.

Шейная железа значительно гиперемизована, во разрыхл видна бледная и розовые островки, разбросанные по безразрыхл; общее число ферментных элементов ст. сок ст. несколько меньше, много лимфоцитов, несколько крупных клеток; порочно красных шариков, несколько ст. тьм, во они ст. состоянии распада.

Паховая железа представляет ту же картину, но ферментных элементов из общего больше, чем из шейных.

№ 20. Возраст 2^{1/2} года, вес 10,50 грм. Diagnosis Tetania; умерь отъ паралича сердца.

Брижисеочная железа увеличена, мягка, серая и гиперемирована. На мазках много лимфоцитов, парадочно красных, попадаются красные съ ядрами. Парадочно крупный клетки. Общее число ферментных элементов очень большое. Шейная железа микроскопически похожа на брижисеочная. На препаратах выходит много лимфоцитов; парадочно красных, во мнѣе чѣмъ въ брижисеочныхъ, два—три нейтрофила, вѣснѣе много крупныхъ клеток.

Паховая железа въ такомъ же состояніи какъ предыдущая; въ сохъ много ферментныхъ элементовъ, преобладаютъ лимфоциты; парадочно красныхъ тѣлецъ, есть съ ядрами, вѣснѣе много крупныхъ клеток.

№ 21. Возраст 30 лѣтъ. Весъ 41,00 Diagnosis Cirrhosis hepatis, Anaemia.

Брижисеочная железа величина въ бѣбѣ, рваннѣе, гиперемирована; при разрѣзѣ нейтральной пачкѣ видны бѣе тонкими, чѣмъ периферической, дольки печени.

На мазкахъ много ферментныхъ элементовъ, среди которыхъ преобладаютъ лимфоциты, парадочно красныхъ, есть атерные, вѣснѣе много крупныхъ клеток.

Шейная железа вѣснѣе рваннѣе, величина въ бѣбѣ, рваннѣе; на разрѣзѣ выдвигаются бѣднѣе прозрачной сохъ изъ увеличенномъ количествахъ. По периферіи разрѣза видна бѣе темная масса, ровная по величинѣ ^{1/2} среднего бѣе сѣдлага слоя. Въ сохъ много ферментныхъ элементовъ, особенно лимфоцитовъ, парадочно красныхъ, вѣснѣе переходныхъ.

Паховая железа рваннѣе бѣднѣе, изъ пачкѣ выдвигаются совершенно прозрачной сѣдла-оранжѣевого цвѣта сохъ изъ достаточномъ количествахъ. Подъ микроскопомъ изходимъ ту же картину, что въ шейныхъ, но вѣснѣе меньше общее число ферментныхъ элементовъ.

1. Паховая железа: б) бѣе; на препаратахъ изъ сохъ видно много ферментныхъ элементовъ; лимфоциты въ вѣснѣе большомъ количествахъ, но особенно много красныхъ, есть съ ядрами; б) шейная железа—та же картина.

II. Въ брижисеочныхъ железахъ вѣснѣе парадочно ферментныхъ элементовъ, мало красныхъ, много лимфоцитовъ, парадочно крупныхъ клеток.

Въ шейныхъ железахъ также много ферментныхъ элементовъ, преобладаютъ лимфоциты, парадочно красныхъ, есть атерные, много крупныхъ клеток.

Въ паховыхъ железахъ та же картина.

III. Шейная железа: на мазкахъ много лимфоцитовъ, очень парадочно количество крупныхъ клетокъ, мало красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, есть съ ядрами.

IV. Брижисеочная железа: много красныхъ и лимфоцитовъ, вѣснѣе много крупныхъ. Однѣе—два карбоцитроциты.

Въ шейныхъ железахъ та же картина.

Въ сохъ изъ паховыхъ железъ вѣснѣе много красныхъ, есть съ ядрами. Небольшое число лимфоцитовъ. Однѣе—двѣ крупныхъ клетокъ.

Крошѣ этихъ сухихъ препаратовъ изъ железнѣе сохъ мы приготовили контрольные препараты изъ сѣдлага лимфоцитическихъ железъ 16-ти дневного, 3-хъ мѣснѣе, 6-ти лѣе и 11 мѣе. дѣе, пользуясь методомъ изобрѣенной окраски красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ сѣдла студента Петра П. П., разработанномъ въ лабораторіи Обуховской больницы подъ руководствомъ проректора больницы приват-доцента А. П. Манассѣе. Такъ какъ способъ окраски, въ сохѣ, мало пользуется, то мы приведемъ здѣе краткое описание его, которое даетъ самъ авторъ.

Способъ этотъ основанъ на свойствахъ красныхъ тѣлецъ удерживать, при жѣебномъ методѣ вѣснѣе длительного обезцвѣенія, окраску, получаемую отъ красящихъ веществъ изъ группы маляхитъ зеленъ (диаминъ три-фенил-метана); онъ даетъ возможность получить изобрѣенную и вѣснѣе съ тѣе отенъ рѣедефую окраску красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, отнесенную вѣснѣе своими изобрѣенно-зеленымъ цвѣтомъ на общемъ коричнево-желтомъ (Bismarck-brun) или красномъ и фотолетомъ съ желтымъ (Karnal) фонѣ препарата. Техника приготовления препаратовъ сѣдующая:

органы, фиксированные въ Маллеровской жидкости, вѣснѣе окрасиваются обычнымъ способомъ въ параформъ.

Приготовленные таким образом препараты представляют из предметных (или замороженных) стеклышек и освобождаются обычным путем от парафина. Препараты окрашиваются за течение 10 минут насыщенным раствором Bismark-brain'a в 1% уксусной кислоты, или за течение 20—30 минут в раствор азюбого или борного кармина; при этом последние окрашивания необходимы фиксировать препарат солино-анисовым спиртом; при употреблении возуина (Bis-mark-brain) препарат промывается водой. Затем следует окрашивание эрбаком за течение 15 минут 20% водным раствором Malschil-grün. После промывки водой препарат азюбок окрашивается разведенным в 3—4 раза водой насыщенным водным раствором индигового азюбого или красной Van Gieson'a в течение 1—1½ минуты. Затем препарат ополаскивается водой, обезжиривается и обезбелчивается как обычно с помощью абсолютного алкоголя. После просветления ксилолом или бергамотовым маслом препарат заделывается в канадский бальзам.

На цветах наших эрбаков, обработанных по вышеупомянутому способу, ясно выступают среди лимфоидных элементов, клетки, протоплазма которых окрашивается в тот же кохурово-зеленый цвет, как и красные кровяные шарики, а ядро клеток было окрашено в красноватый цвет (кармин), или в желто-бурый при окраске возуином; протоплазма расплывалась то во всей округности ядра, то ядро находилось экцентрично у края клетки, как бы готовясь из нее выйти. Эти красные ядерные шарики находились не только в сосудах желтого, но в самой железе среди лимфоидных элементов или осеудое.

И так на малых объектах картина сводится к следующему:

Среди ферриных элементов из себя железу можно отличить при окраске trisid'ом Франка следующие виды: 1) малые клетки, состоящие из большого круглого ядра, богатого хроматином и небольшого поперечнике протоплазма; 2) клетки различной величины, но всегда больше переных, с крупным, овальным, или лопастным явко-синим ядром и с однообразно окрашенной, слегка муловатой протопламой; 3) клетки такой же притаме-

тельно величины, как вторые, или несколько больше их с зернистой протопламой и одним круглым или раздвоенным ядром, непроницаемым ядром; 4) обыкновенная красная кровяная тельца, 5) кардиоциты. Последние имеют небольшое ядро круглой формы то бледное, то богатое хроматином, протоплазма их различного цвета от карминного до бледно-красного; когда она расплывается кругом ядра во время тонка, тогда кардиоциты напоминают собой лимфоциты с темноватым в протоплазме. Что касается возрастных особенностей, то мы можем сказать, что у плохих 39—40 лет. общее число ферриных элементов в железах собак представляется довольно ограниченным. Начиная с 7—8-ми месячного возраста до 20-ти летнего возраста собак представляется уже особенностей, свойственных или характерных для собак. Всегда в нем преобладают лимфоциты, количество красных тельцев обуславливается гиперемией железу; так в железах сильно гиперемизованных число их заметно увеличивается, но красные тельца находятся и в собаке из совершенно бледных желез.

Поэтому гиперемия общее число ферриных элементов в собаке бывает больше и у желез бледных, но сохних, чем красных тельцев здесь меньше, чем в гиперемизованных железах. Красная тельца с ядром встречаются во всех возрастах, начиная с ядра в 39 лет и до 50 л. возраста, но всегда в довольно ограниченном количестве, так что нельзя говорить об их относительном числе. Факт постоянного их нахождения в железах собак не позволяет думать о патологических условиях и скорее допустить мысль, что эти элементы образуются в лимфических железах. Данное предположение еще более подтверждается, по нашему мнению, препаратом, обработанным по способу Петрова, дающему нам возможность наблюдать ядерные шарики не только в железах собак, но в самой субстанции железу среди остальных лимфоидных клеток и в кровеносных сосудах железу. Переломные клетки встречаются в железах собак в различного количествах, но число их значительно меньше, чем лимфоцитов. В собаке железу рже гиперемизованных или желе-

одно перерожденным число перерожденных клеток всегда возрастает.

Последнюю группу форменных элементов желантата сюда составляют нейтрофилы. Они встречаются на всех препаратах, в числѣ очень ограниченном и преимущественно въ желваках сочных или гиперпрозрачных. Это обстоятельство заставляет предполагать, что нейтрофилы не оставляют элементов самих желваков, а скорее попадают въ сеть из крови. Что касается вопроса, каковы желваки способны функционировать: бразнестная, желтая или белая, то выясниться здесь довольно трудно, такъ какъ на трунахъ различных желваков находимъ въ равныхъ условияхъ гипереміи и сочности. Помнимъ только у плащей 39—40—43 сев. бразнестная желваки даютъ въ себѣ большее число форменныхъ элементовъ, чѣмъ остальные желваки.

Срѣзы.

Бразн. желваки. У плащей въ 39 и 40 сев. бразнестная желваки представляются очень маленькими образованиями овальной, шеставой, въ болѣе крупныхъ экземплярахъ, бобовидной формы. Капсула, окружающая желваки, толщиной въ 0,005^m, состоитъ изъ очень тонкаго слоя соединительной ткани, богатой веретенообразными клетками. Въ области hilus'a ткань болѣе ильвовозрастнаго характера и содержитъ въ себѣ довольно широкіе, выходящие форменныхъ элементами, сосуды. Поверхность разреза единаобразная, вся ткань желваки состоитъ изъ ретикулярной сети, въ петляхъ которой заложены довольно густая слѣды лимфоидные элементы, такъ что отличить корковый слой отъ мозгового, или говорить о фолликулахъ нельзя. Въ лимфатическомъ узлѣ находится уже порядочное количество сосудовъ, выходящихъ форменными элементами и протолкнувшихъ въ различныхъ направленияхъ. Требуемъ еще не вырваны, о присутствіи ихъ можно судить только по разсѣту соединительной ткани въ окружности болѣе крупныхъ сосудовъ; ткань въ этихъ шеставыхъ очень ильвая, возмужавшая въ видѣ тонкой полоски. Среди желваковой ткани аблаки сосуда видны еще довольно широкіе промежутки,

по периферіи которыхъ шеставы сохраняли эндотелиальную клетку, а въ просвѣтѣ находится небольшое количество клеточныхъ элементовъ. Среди форменныхъ элементовъ желваки преобладаютъ лимфоциты, но попадаются нѣсколько болѣе крупныхъ клетокъ съ ядромъ овальной формы, иногда допаставить и двоякообразно-окрашенной оболочкой протоплазмы. Шеставы ильвы кровяни кровяни желваки ильвы кровяни сосудахъ среди форменныхъ элементовъ. Лимфоидныхъ элементовъ въ желвакахъ еще немного. Въ сосудахъ артериальномъ лимфоциты, но попадаются и крупные клетки.

Плотно желваки представляются здесь также уже вырванными; они очень небольшихъ размеровъ круглой формы, окружены тонкой капсулой изъ ильвой соединительной ткани, но особенно богаты клеточными элементами и содержатъ въ себѣ сосуды. Въ такомъ лимфатическомъ узлѣ большое количество сосудовъ, выходящихъ кровяни элементами. Распределеніе лимфатическихъ шеставъ не особенно густое, лимфатическимъ шеставъ въ меньшемъ числѣ и ильвей величина, чѣмъ въ бразнестныхъ желвакахъ. Характеръ форменныхъ элементовъ тотъ же. На шеставъ hilus'a ткань болѣе ильва, толще и ильва чѣмъ въ себѣ лимфатическіе и кровяни сосуда.

Бразнестная желваки впада въ 43 сев. различной величины, въ большаишхъ бобовидной формы; болѣе мелкие единаобразно вырваны. Капсула желваки состоитъ изъ ильвой соединительной ткани, заключающей въ себѣ сосуды и не особенно богаты клеточными элементами. Въ периферическихъ ее слояхъ видны шеставы небольшие скопления ильвой ткани. Строение самаго лимфатическаго узла въ общемъ представляется уже ильвообразнымъ, по периферіи его расположено поразительно количество ильвей ограниченныхъ фолликулахъ; эти скопления лимфатической ткани ильвей распределены въ 2—3 ряда. Въ центральной шеставъ узла лимфоидные элементы расположены въ видѣ шеставъ, раздѣленныхъ между собой промежутками. Весь узелъ состоитъ изъ ильвей кровяни сосудахъ, ильвей ильвей форменными элементами.

Въ ильвей желваки ильвей ильвей, ильвей ильвей

сь предшлущими пропитаниями, представляется также законченной и в общах чертах тождественно съ строемъ брызжковитыхъ железъ.

Брызжковитная железа плода 48 сек. длин., вѣс. 2000д, достигнн значительнаго большого размера, чѣмъ предшущихъ железъ и представляется болѣе совершенно строемъ; поверхность железъ во ровна, съ выступами и углубленіями; углубленія сводчатостроу отходящихъ отъ капсулы вглубь ткани trabeculae; въ мѣстахъ же капсулы расплывены надъ капсулой лимфотенетическія фолликулы. Капсула железъ состоитъ изъ волокнистой ткани, во особенно богатой форменными элементами, толщина ея незначительная. Въ строеніи узла можно уже различить корковый слой отъ медуллярнаго. По периферіи железъ находится весьма круглыми или овальной формы фолликулярныя скопленія лимфотенетическихъ элементовъ; въ этихъ скопленіяхъ форменные элементы располагаются болѣе или менѣе густо въ слоевъ, среди нихъ видны сосуды; нѣкоторые скопленія отдѣляются отъ капсулы наибольшими промежутками, другія прилегаютъ къ ней довольно плотно; отъ этихъ скопленій частыя связи довольно хорошо отграничены. Въ медуллярномъ слоевъ находится тѣмъ форменные элементы, что въ фолликулярныхъ скопленіяхъ, но расположены болѣе разнообразно и менѣе густо, жѣстками мы видимъ здѣсь такія небольшія круглая скопленія лимфотенетическихъ элементовъ, жѣстками же форменные элементы распределяются продолжными рядами, соединяющимися между собой въ различныя направленія. На мѣстѣ hilus'a видно значительное утолщеніе соединительной ткани, въ которой заключаются довольно крупныя сосуды.

Шейная железа ребенка въ 40, дни (вѣс. 3450,0 длин. 54 сек.) небольшого размера, по размерѣ имѣетъ шарообразную форму боба. Капсула состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, облой клеточности элементовъ и заключаетъ въ себѣ сосуды. На мѣстѣ hilus'a соединительная ткань, образующая капсулу, представляется утолщеніемъ, въ которомъ заключены кровеносные и лимфотенетическія сосуды. Отъ капсулы, равно какъ и отъ означеннаго утолщенія отходятъ въ гллубь железистой ткани ясно выраженные

переторации. Свободнѣеюю этимъ переторациямъ, отходящимъ отъ капсулы, поверхность железъ представляется слоевъ бугристой. На мѣстѣ капсулы расположены скопленія лимфотенетическихъ элементовъ-фолликулы, они отграничены довольно рѣзко отъ окружающей лимфотенетической ткани и располагаются въ одинъ, мѣстами въ два ряда; величина ихъ различна. Отъ фолликулы въ направленіи къ hilus'у идетъ рядъ сосудовъ, состоящихъ изъ скопленій лимфотенетическихъ элементовъ; между послѣдними находится довольно широко лимфотенетическія сосуды, на стѣнкахъ которыхъ жѣстками видны довольно значительныхъ размеровъ эндотелиальные клетки. Кроме того въ железахъ есть въ trabeculae, такъ и въ лимфотенетическихъ скопленіяхъ, видны кровеносныя сосуды; болѣе крупныя изъ нихъ окружены нѣжной соединительной тканью. Среди форменныхъ элементовъ узла преобладаютъ лимфоциты. Во видю порядочное количество клетокъ болѣе крупныхъ размеровъ съ довольно большими сѣтчатого строемъ ядрами и нѣжной желто-зернистой протоплазмой. Такія клетки располагаются преимущественно по периферіи железъ непосредственно надъ капсулой, а также въ сосудѣхъ. Въ меньшемъ числѣ и по одиночкѣ отъ встрѣчаются въ фолликулярныхъ скопленіяхъ. Ретикулярная ткань железъ состоитъ изъ очень жѣсткихъ волоконцевъ, перекрещивающихся между собой.

Паховыя железы порядочныхъ размеровъ и представляются собой тоже строемъ, какъ и шейныя.

Брызжковитная железа 16-ти дневнаго ребенка довольно большихъ размеровъ; по периферіи железъ находится болѣе 20 отдѣльныхъ различной величины и формы лимфотенетическихъ скопленій. Среди форменныхъ элементовъ большое число крупныхъ клетокъ съ круглыми или овальными ядрами и гомогенно окрашенной протоплазмой; жѣстками эти клетки образуютъ небольшие скопленія, расплывенными болѣе определеннаго порядка въ фолликулахъ.

Въ шейныхъ и паховыхъ железахъ строемъ железистой ткани, раздѣленъ на корковый и медуллярный слой представляется также уже ясно выраженными.

Брызжковитная железа ребенка 1 мѣсяцъ 8 дней большой величины, чѣмъ въ предшущемъ возрастѣ; количество

соединительно-тканых перегородок представляется сравнительно с предыдущим возрастом увеличенным. Фолликулы распределены в два, реже в три ряда; некоторые из мелких фолликулов ограничены соединительной тканью; сосисы широкие; ретикулярная основа богата клетками; в фолликулах расбаны отдельные элементы из општебонных клеток.

В брызжачеших железах 2-х месячного ребенка резко отделяется корковый слой от медуллярного и представляется собой скопления различной величины и формы фолликулов по периферии железы; от капсулы толщиной в $0,0075''$ — $0,018''$ эти скопления отделяется заметно расширенным сосисом. В медуллярный слой сосисы также резко расширены, иногда они свернувшейся лифой и содержат порционное количество крупных клеточных элементов; сосисы железы выполнены кровью, эндотелий их разбух; в окружности вербачается мелкоячеистая инфильтрация. В некоторых фолликулах видим в центр больше светлые промажутки, состоящие из скопления крупных клеток с отслаивающейся ядром, круглой или овальной формы и однородно окрашенной протоплазмой. Среди лимфоидных элементов находится порционное количество оксифильных клеток. Кроме того в единичных медуллярных зонах находятся среди лимфоидных элементов красивые промаче шарки, а также клетки с резко окрашенной в красный цвет протоплазмой.

В паховых железах сосисы представляются расширенными, но крупными клеточными элементами; явные изменения вокруг сосисов тубе.

В шейных картина та же, что и в паховых железах.

В железах 3-х месячного ребенка резко увеличивается число фолликулов в корковом слое; большинство из них мелки, резко ограничены и содержат в центр ясно выраженные светлые промажутки.

В брызжачеших железах ребенка 11 мес. 2 дня число фолликулов довольно большое; толщина капсулы $0,0075''$ — $0,018''$. Светлые центры выражены в каждой фолликуле соответственно большому размеру железы; число

рабескул представляется также увеличенным и сак большей толщиной, чем в предыдущих возрастах; сосисы распределены относительно более густо чем в младших возрастах; лимфатические сосисы медуллярного слоя широки.

Тубе явления наблюдаются и в паховых, и в шейных железах.

Брызжачешия железа ребенка 2^{1/2} лет: толщина капсулы нежного больше нормы $= 0,036''$ — $0,048''$ (у взрослого она была $= 0,02''$ — $0,012''$). Она состоит из воднистой ткани, довольно плотной, бонной перегородочными клеточными элементами. В окружности капсулы видны жарейная ткань; большое число фолликулов различной величины располагаются ядрами в 2—3 слоя; сосисы более удалены друг от друга, чем в младших возрастах и больше разбросаны. Трабекулы более толсты, чем в предыдущих возрастах, состоят из возмачеи ткани. В медуллярном слое большое количество довольно широких сосисов, выполненных лимфоидными элементами.

В окружности шейных желез большое количество жаревой ткани, которая захватит и в центр железы захватит ее сосисами hilus'a. В паховых тубе картина.

Резюмируя все вышесказанное, мы видим, что железы диффузно представляются ясно выраженными у плода 39 сем., 192,0 мес., во сак еще не закончен' аз сосисы строения, все тубе представляется однородной без разделения на корковый и медуллярный слои; в дальнейшем возраст у плода 48 сем., и особенно 48 см., тубе 240,0, железа лимф. представляется увеличенной в размере; поверхность ее бугристая и слои корковой и медуллярной ясно различены под микроскопом. Дифференциация слоев обуславливается разрастанием капсулы и hilus'a внутри железы, ограничением скопления формичных элементов в корковом слое. В дальнейшем возрасте рост железы происходит, благодаря увеличению соединительной ткани и числа лимфоидных элементов. Число фолликулов заметно увеличивается к третьему месяцу жизни ребенка. Светлые промажутки в центрах фолликулов по-

являются у 2-х месячного ребенка. Отдельные инволюции крупнее и больше, равно как и по большей разросшиеся складки этих элементов заметны уже в первые дни жизни.

Микровалядамент.

Tonoporia lymphaticorum железы, служащие для складывания.

Во время всей нашей работы мы брали: 1) верхнюю часть глубины железы, 2) толстые поперечные железы и 3) брыжжистые. Выбор наш оправдывается не только более легкой доступностью этих желез, но и обширностью захватываемого ими района, так как в этом месте убиваются на краткое анатомическое очертание.

Шейная железа делится на поверхностную и глубокую. *Glandulae cervicales superficiales* от 4—6 лежат на верхней части боковой поверхности III—II quadranguli capitis, отчасти прикрыты *platysma myoides*. Без всякого затруднения от наружного уха, если шею и затылок, направляется к *gl. cervicales superficiales profundae*. Эти последние тянутся 20—30 по *Serreu* (10—16 *Krause, Henle*) лежат на боковой части глотки и инвазируют и образуют венерическую цепь на шею дивизию общей сонной артерии, по ходу внутренней артерии шеи. Принимают эти сосуды глубинных лимфатических желез, подчелюстных и сосудов зоба и его оболочек, которые образуют адвезу около роговую шей, являясь которой образуют в адвезу периваскулярных влагалища артерийки, вены и лимфатиков. Сосуды эти изучали *Koehler, Witrow, Nic, Ebbert, Retzius, Grossman* и другие и высказали путь распространения инфекции со стороны лимфатических желез на лимфатическую оболочку. Лимфатические сосуды оставляют железу через шею с внутренней артерией веной и внутренней сонной артерией; эти отводящие сосуды также направляются к *gl. cervic. profund. et inferiores* и образуют анастомозированные впадины шейные лимфатические складки. Поражения при микровалядаменте желез от обозначаются как четки особенно ясно, если слегка отклонить голову ребенка в

сторону, противоположную стороне воспаления; при наклоне складку можно наклонить в ту же сторону.

Половые железы состоят из подложной соединительной ткани Скарповского треугольника и также делится на поверхностную и глубокую. Первич от 10—15 по *Serreu* (7—15 *Krause, Henle*) лежат на *fascia cribri formis*, впереди процесса *facioformis fasciae latae* вблизи анастомоза *Ven. scapularis* и *Ven. cervicalis* и представляются треугольником, основанием направленной вверх, соответственно подложку груди, а вершиной кверху на 3 см. ниже основания.

3-ий глубина из количества 2—3 (*Serreu*), 37 (*Krause*), 3—4 (*Henle*) занимают внутреннюю часть бедренного канала между *Arter. et Ven. cervicalis*; одна из этих желез (*железа Сюсет*) принадлежит к наружному краю Жимбаровой связки. Как глубина так и поверхностная желез связаны многочисленными лимфатическими венами и образуют *plexus lymphaticus inguinalis*. Железы эти воспринимают лимфу всей нижней конечности, вливая половину брыжжистой отдачи и передней части наружных половых органов и направляются к *Gland. thymae externae*. И наконец и поверхностная железа не находится в связи с внутренними органами. Следовательно эти будут разрастаться лишь на поражение кожи, мышц, периферии и частей соединительной области. Для более легкого опухания их при микровалядаменте рекомендуется слегка согнуть отведенное бедро в тазобедренном суставе.

В виду интереса для диагноза микровалядамент подмышечных желез, мы также исследовали и их описание. Железы эти довольно многочисленные идут по наружной и внутренней сторою *arter. et ven. axillaris*; они составляют настоящие железы, который тянется безперервно от основания до верхушки локтя. Рядом с описанными находится для других групп желез, называемых передней внутренней и задней: 1-я группа, состоящая из 4—5 железок прилежит к грудной отдачи из нижней части уха, образуя треугольную мышцу и область грудных; 2-я группа (3—4) принадлежит кзади и сзади от сосиско-первого луча в соотвествии с нижней кровью III—II dorsalis et arter. scapularis inferior. Проводящие лимфатические

осуды, служащие отводными сосудами для поверхностных ахилотических, грудной желез, слѣдуютъ ходу arter. axillaris, проходятъ подъ ключицей и впадаютъ въ надключичный треугольникъ, гдѣ они соединяются въ 2—3 ствола, называемые подключичными. Ахиломериды съ лимфатическими сосудами свои, подключичные стволы принимаютъ лиффу верхней конечности, ахиллы и левую тазовина нить пушкова, открываются справа въ truncus lymphaticus communis dexter, а слева въ ductus thoracicus. Соединение ихъ съ грудной железой, близкое соседство этихъ железъ съ грудными внутренностями заставляла предполагать ихъ роль и патолого-анатомическую связь между забрюшинными внутренними органами и поверхностными подключичными железами. Большая часть анатомовъ настаивала на связи между этими железами и вилочными шейными при помощи межреберныхъ лимфатическихъ путей. Тильихъ рекомендуетъ для окривляющахъ этихъ железъ ввести пеглубоко палецъ въ подмышечную область и придать мягкую ткань съ грудной стѣнкой; ощущая эту стѣнку, наталкиваясь на эти железы, при чемъ у ребенка достаточно ввести даже одинъ палецъ.

Бразильскими железами (Gland. mesentericae, s. mesogastricae) образуютъ самое большое лимфатическое вѣтвистое сплетение въ члвчѣтскомъ организмѣ; отъ живота между листками бразильефи въ вѣтвилаго рядаго: въ самомъ наружномъ разположенномъ вѣтви и рѣдко, на расстоянии 3—6 сантим. отъ задней стѣнки тонкихъ кишечекъ; въ среднемъ ряду лежатъ болѣе объемистыя железы и гуще; внутренней крайюю стѣнкой или желейю самыхъ большихъ и гуще разположенныхъ у края бразильефи рядомъ съ стѣнкою arter. mesenter. superior et ven. mesenteric. magna; число ихъ колеблется отъ 100—200 (Krause) Немногіе определяют ихъ количество для тонкихъ кишечекъ и отъ 20—50 для ободочной кишки. Они воспринимаютъ поверхностные и глубокіе, богатые клетчаткою лимфатическіе сосуды, ведущіе во время пищеваренія къверху изъ кишечекъ въ ductus thoracicus, а въ другое время наполнены воднистой лиффою. Конечно опредѣленіе характера вѣтвиающахъ данныхъ железъ въ грудной области большинства случаевъ можетъ быть сдѣлано только на тѣхъ же самыхъ стѣнкахъ.

Микроанализъ—заборъ греческихъ словъ, которыми авторъ хотѣлъ сразу указать на сущность процесса, т. е. на многочисленность и малый объемъ характерно-вѣтвиающихся лимфатическихъ железъ,—былъ выдѣленъ въ отдѣльную болѣе исключительно французскими авторами.

Такъ какъ эта болѣзнь, несколько разъ извѣстно въ русской литературѣ по упоминовенію, то мы дадимъ здѣсь краткое ея описаніе.

За свое 14-ти дѣтнее существованіе микроанализъ разбрался съ трехъ точекъ зрѣнія. Впервые онъ былъ описанъ какъ признакъ туберкулезнаго пораженія внутреннихъ органовъ. Затѣмъ микроанализъ рассматривался какъ первичное и самостоятельное туберкулезное пораженіе лимфатической системы въ детскомъ возрастѣ, безъ слѣдовъ туберкулезныхъ комбинацій во внутреннихъ органахъ. Въ послѣднее время отъ вѣтвиающихъ железъ объясняется какъ происхожденіе страданій дѣтей тѣломъ или вѣтвиа острыми или хроническими инфекционными болезнями (корь, скарлатина, краснуха, дисентерія, туберкулезъ, сифилисъ, рангитъ).

Впервые въ 1888 году на сѣздахъ по поводу туберкулеза Легтова ослѣдилъ сообщеніе о формѣ дѣтскаго туберкулеза, вѣтвиающей нѣтъ микроанализа. Онъ горячо настаивалъ на болѣе внимательномъ отношеніи къ болѣзнымъ дѣтямъ, страдающимъ герала чаще туберкулезомъ, чѣмъ объ этомъ предпологаютъ. Туберкулезъ у дѣтей можетъ протекать быстро, скрытно, а иногда подобно неактивно, какъ бы непривидимому къ организму: „Les enfans, sont follement, empoisonnés et sourdement tuberculeux“. Въ этомъ отношеніи легко убѣдиться, что прослѣдить за дѣтскими болезнями, кабуляторски. Трудность диагноза дѣтскаго туберкулеза обусловливается разнообразіемъ его проявленія у дѣтей въ противоположность односторонней и допотопу рѣзкой картинѣ туберкулеза взрослыхъ. Туберкулезъ у дѣтей проходитъ вслѣдствіемъ; болѣе или менѣе упорной кашлемъ, отягощеніемъ въ теченіи года, суставныхъ болей, продолжительныхъ кишечныхъ расстройствъ... все это должно изучать ослѣженно и подорѣбно на туберкулезѣ. Кто изъ прочей не обращаетъ вниманія на етодь вѣтвиа увеличенія периферическихъ железъ у дѣтей? Но для объясненія этого явленія спору нѣтъ слово

„лифогитизм“, которое спокойно исторически и будет повторяться, отделив внимание от более старательного исследования причин данного явления. Подобным мало говорящим клиническому диагнозом как „лифогитизм“ объясняют в основном на период прорезывания зубов, частая легкая заболтанность горла, хронический порок сердца и на основании ошибок каннического наблюдения и продолжают делать патологические выводы по лифогитическим железам у детей. Если эти увеличенные железки у детей проявляют себя более длительно процессом и называются, тогда слово „лифогитизм“ сменить названием „мазотуза“. Именно из железкам, не проявляющих себя на первых порах явлениями фурунги или лимфитиса Legroux и относится чрезвычайно подозрительно, или вообще, как прямо их считать симптомом внутреннего туберкулеза.

Эти маленькие, круглые или овальные железки, более или менее плотные, сидящие под язычком, как горошинки, или спаянные друг с другом, выходящие точкой под кожей, без признаков воспаления, а главное абсолютной безболезненности—служат лучшим диагностическим признаком состояния лимфатической лифогитической системы Legroux и представляют название „микровиделиты“. Этот микровиделитизм является у детей, страдающих хроническим туберкулезом (конкари, Телог альба, бубонь Pott's, spina ventosa). С другой стороны большой микровиделитизм, появившийся все время торопшимся здоровьем и не обнаруживающий никаких признаков туберкулеза, открывает несомненно старые туберкулезные фокусы, стоит только такому ребенку заболеть, горло, поклюшить, бронхонеймомией; часто открывают туберкулезные поражения внутренних органов только при вскрытии. В сомнительных случаях туберкулеза как клинической диагноз ставится положительным раз только мы находим у ребенка микровиделиты. Вот же, что для нас важна профессору Legroux.

Вскоре на встречу его клинического диагноза показались лабораторная работа д-ра Marinacci, который микроскопически старался преобразить клинические выводы Legroux. Счи-

таже только с взглядом Legroux, Marinacci брать железки от трупах малом туберкулезных. Результаты его работы следующие:

Пазухи, подмышечными и шейными железами, патия у туберкулезных детей, окружены частью жиром, частью тканью, охватывающей железки соответственно складкам; величина их варьируется между некоторыми периодами величинами отбыва. Самые маленькие, наиболее встречаемые, являются твердыми, красновато-белыми, их поверхность представляла неровности. При разрыве их центр или находится малый белый беловато-серый очаг. Под капсулой железки замечались образовано-желтоватые бугорки, величина их была от 0,5 до 1 мм; в некоторых случаях они были настолько близко расположены друг к другу, что представляли целое бугорчатое скопление. Обследовав автор не встречал. Некоторые железки не представляли никаких туберкулезных поражений для невооруженного глаза, а только гистологическое и бактериологическое исследование ясно доказывало специфический характер поражения. Таким образом вей случаи делится на четыре категории: 1) Железы, не дающие невооруженному глазу никаких следов туберкулезных изменений; 2) большие железки—в маленькую горошинку, или орбическую, красную, представляющие видения туберкулезных поражений; 3) Железы розоватые в орбис, мезонимы; 4) совсем маленькие железки—в чечевичное зерно, плотные, представляющие невооруженному глазу маленький казеозный очаг.

Начальны поражений на сери препаратом главным образом из железки, на вид как будто вздутые, видело: капсула белого цвета, сероватая в глубине цвета мезонимом, аморфными клетками окрашены в красный цвет софраниново, образуя скопления вдоль и вокруг расширенных и перерожденных кровеносных сосудов, стенок которых почти поразены; в некоторых сосудах красные кровяные шарики сохранили нормальную форму и цвет; в других местах они были обесцвечены, их гемоглобин растворен; лейкоциты в нормальном состоянии. Соединительная ткань, идущая от капсулы к железу и идущая из ворот в субстанцию

железы находится в стадии гиперплазии. Спущен расширены и содержат лимфоидные клетки с ядрами, окрашенными в темно-красный цвет; большие клетки с бледными ядрами; большое количество гранулированных клеток, окрашенных осливиной кислотой в черный цвет. Фолликулы увеличены вследствие разрастания центральных сосудов; на отдаленных ветвях препарата встречаются одна или несколько гигантских клеток; впереди или по краям фолликулы является ядро сплюснутое зингеринишная клеток. Протоплазма лимфоидных клеток, находящаяся внутри расширенных sinusов, ясно отграничена, безымянна; ядро круглое, одинаково окрашенное со всю паразитическим янтаром, часто встречается клетки радиальной формы (кубические, круглые, звездчатые). Рядом с этими клетками видны широкие каналы со сплюснутым, то заключенным в овальную капсулу и лимфоидными клетками рядом с нормальными и хорошо окрашенными ядрами. Присутствие жира в периферических железах является весьма характерным для туберкулеза, есть присутствие тела лимфоидными сосудами, где общие ядра у членистых констатируют еще Villen'soma.

Сосудистая инвазия характеризуется сильным расширением, гипертрофией эндотелиальных клеток, ядра которых находится в состоянии пероксиде, расширением гемоглобина, коагуляцией фибрина, ломание тромбов. Больше поздней инвазия выступила во препаратах из железы 2-й категории. Как и в предыдущих железах соединительная ткань представляет легкую степень гиперплазии. Казеозная инвазия совершенно отсутствует в центр, а туберкулезные бугорки находятся по периферии железы. В сосудах, сосудах и фолликулах тоже инвазия, что в предыдущих железах. В соседств казеозного отага реализовать обыкновенные бугорки, или ябры, остатки их; здесь видим гигантских клеток, окруженных казеозным расплавлением. Зингеринишная клетки встречается по всей железе и в большом количестве. Почти всегда в центр железы можно различить казеозный отага больше или меньше обширный, либо резко ограниченный, либо пославший отростки в соседнюю ткань. На

здесь почти срыбах находились в лимфоидных стнусах жировые капли.

В 3-й категории отосланы железы казеозно-перерожденные; нормальная ткань существовала лишь на очень небольших пространствах близ капсулы фолликулы очень казеоза, лимфоидные спущен совершенно не видны; гигантских клеток наблюдается с трудом, так как протоплазма их сильно перерождена; большая часть ядер совершенно исчезла, другие удлиняются; ядерная протоплазма в состоянии зернистости.

В железах 4-й категории казеозный расплавление сменяется склеротическими изменениями. Как уже было сказано, по общему виду очень малы, капсула резко утолщена; в некоторых препаратах встречаются ее в 2—3 раза толще чем в нормальном состоянии; ядрами она даже кажется более мелкими железами. От капсулы и от ядра отходят больше пучки соединительной ткани, которые проникают в глубину железы и склеивают лимфоидные сосуды и туберкулезные массы. Лимфоидные фолликулы уменьшены до 1/2 своего объема, некоторые совершенно отсутствуют соединительной тканью. Вокруг сосудов видны концентрические круги, состоящие из очень большого количества эмбриональных клеток, окрашенных в темный цвет сафранином. Пространство сосудов уменьшается до маленького отверстия или щели, содержащей явственно лейкоцитов или кр. кр. шариков. Ядрами соединительная ткань становится гомогенной. Туберкулезные бугорки ядрами склеротической тканью. Между гигантскими клетками и фибриной тканью видны остатки эндотелиальных клеток, разрушенных наступательного действия склеротического процесса, который особенно выражен в окрестности сосудов. Общий вид отна срыбах тот же, что и при атрофическом широким печени. Изменения в казеификации, то склероза Marinets объясняют следующим образом: если облитерация сосудов и останки кровеносных артерий переходят на большого протяжении, то железа подвергается казеозному перерождению, так как продуцированный процесс рано лишается крови. Если облитерация происходит медленно шаг за шагом, вследствие

endoperiarthritis и соединительно-тканной гиперплазии, остановка циркуляции крови пронизывает постепенно, туберкулезные бугорки продолжают орошаться кровью, но соединительная ткань выводится в тоже время из состояния постоянного раздражения, она сильно пролиферирует и склеротический процесс берет верх над воспалением. При микроплазменной скарлатине больше всего анализе, его находят во самых маленьких железах, особенно в паховой области. Казеозное перерождение встречается в больше круглых железах и чаще в подмышечной и паховой областях. Прививки из перерожденных желез были сделаны пяти морским свинкам, но никак не умерли спустя 11 дней, а три спустя 2—3 месяца. Возраст последних трех показало общий туберкулез. При бактериологическом исследовании желез бациллы всегда находились в железах первой категории. В железах, где находились казеозные очаги, бациллы также всегда были налицо. В железах 3-й и 4-й категорий бациллы встречаются в порядочном количестве, хотя могут совсем отсутствовать. В конце своей диссертации Marinacci приводит 7 клинических случаев микроплазменной, наиболее, по его мнению, типичных. В 3 случаях подтвердил клинически диагноз общ. тубери., а в двух других — бронхальная аденопатия тубери. прорезающей. Аутоносия подтвердил клинич. диагноз.

Marfan, воспользовавшись теми же клиническими и лабораторными данными, выдвигает в своих лекциях микроплазменную в особый вид дробного туберкулеза, называя его общим хроническим безликардовым туберкулезом. Проявляет эта форма, говорит Marfan, медленно, скрытно, не порывая резко ни одного внутреннего органа и встречается чаще всего в самом раннем возрасте и не позже 2—5 лет. Иногда указание на эту форму туберкулеза можно найти у Bouchet, Rilliet и Barthez, Henoch, Aviragnet. В течение данной болезни можно различить три периода: 1-й начальный, обыкновенно очень короткий, 2-й период стойких симптомов, очень длинный, он может продолжаться многие месяцы и 3-й период конечный, приводящий постепенно к большой чахотке. В начале эта форма ту-

беркулеза диагностируется довольно трудно. Первым предвестником является иногда диаррея с своеобразной диарральной бронхит, возникая, все от случайных заболеваний скоро могут пройти, температура падает. Но пердыю остается влажной сухая кашель на много месяцев и полным здоровьем дети уже являются не являются. Они приобретают характерный желтый вид; худощавость, сухость кожи, бледность кожных покровов, поразительно худая конституция (кожа за кожей), тусклый зрачок, черты лица вытянуты, волосы тусклые, дети выражают усталость и даже-то неопределяемую грусть. У подрастающих детей, по мнению Marfan'a, обыкновенно хорошо развит волосяной покров, длинные черные ресницы, глаза обведены темными кругами и особенно блестящие. При более подробном исследовании мы находим трахео-бронхиальную аденопатию, незначительная уплотнения в легких, отсутствие лимфаденопатии, увеличение печени и селезенки, а главное микроплазменность. При нарастающем истощении дети могут умереть в любой стадии без боли, без стонов, их лица имеют вследствие отравления медленным беспрестанно дробствующим ядом. Но иногда жизнь этих живых существых продолжается очень быстро вследствие присоединения вторичной стрептококковой или пневмококковой инфекции. Встретить всегда возможность на туберкулезная изменения внутренних органов; железам именно встречается такая, как описаны Marinacci.

Спустя 5 лет после диссертации Legieux вышло диссертация Pascal'a, в которой совместно работа Pascal'a и Lesage'a где эти авторы указали на микроплазменную как на раннюю, а также самостоятельное заболевание периферических лимфатических желез без налета на поражение туберкулезом, какого-либо из органов грудной или брюшной полости, как бы старательно не применялись исследования последних. Во многих случаях аутоносия у детей часто не находил никаких определенных патологических изменений, разв. только легкая атрофия железы в желудочно-кишечном тракте, да и то не всегда, и все эти дети идут под общую рубрику атрофических атрофия—переносит мало обильный и не указывающий на

чтобы столь важный и интересный вопрос не оставался открытым и многие так и другие авторы не дают полного ответа. Lesage и Rascol считают твердо установленным порочнее и исключительное поражение лимфатической системы и характеризуют данное заболевание следующими признаками: 1) прогрессирующая кахексия, 2) микрополиденит, 3) отсутствие заболевания внутренних органов, 4) отсутствие заболевания кишечного тракта и 5) булемия.

Кахексия является единственным более ярким признаком, сразу бросающимся в глаза наблюдателя. Здесь авторы приводят характерное описание Marfan's. Тот же общий вид, жила и вены малые, выдающиеся скулы, лопатки резко выступают, грудная клетка и ребра резко выдаются; грудная клетка внизу расширена, живот большой, вздутый, резко бросающийся в глаза в сравнении с общей худобой и худыми длинными конечностями; легкие так же напоминают большие, спавшиеся Лешанковские; циррозность печени. Лихорадка отсутствует, если быть осторожной; в pulse ниже нормальной, пульс же уверенно, циркуляция крови затруднена и конечности всегда холодны.

Что касается второго признака—вида хронически существующих желез, то авторы, конечно, придают приоритет классическое описание жгз. данное Legroux.

В то же заболевание лимфатических желез различают восходящий путь и нисходящий; в первом случае сперва поражаются паховые, затем подмышечная и шейная. При увеличении течения болезни, поражающиеся при золотухе, дельта начинают сь подмышечных, а затем поражаются ключичная, грудная, железы средостения, подмышечная и т. д. Такое последовательное, ползучее распространение заболевания желез естественно туберкулезу и также раннему появлению образования. Микрополиденитически происходящие образования грудных желез вызывают резкое малое в несколько мгновений и очень скоро опять выражают яркую худобу, так что за сутки они вызывают 2—3 литра мочи. При этом следует отметить, что они довольно хорошо усваивают большое количество воспринятой пищи, так как со стороны желудочно-кишечного тракта нет никаких патологиче-

ских явлений: ни рвоты, ни диаррей. Однако худобой продолжает нарастать и единственной причиной этого можно считать только туберкулез лимфатической системы. Что касается природы анемии, расширения грудной клетки, увеличения Траубе'ского пространства, то это зависит от поражения брыжжечных желез, вследствие чего замедляется всасывание кишечного сока, а более долгое пребывание его в кишечнике способствует обильному размножению кишечной флоры и развитию гнилост. Патологическая картина рисуется авторами следующим: при самом внимательном исследовании во внутренних органах не находят ничего характерного; все сосредоточено в лимфатических железах, которые являются большими и значительно плотнее нормальных. При разрывании желез находят бутоны. Редко находят всю железу, превращенную в одну массу, обыкновенно порочена $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{4}$ железы. В белых точках случаются находить иногда одну или две железных сферических точки и те при микроскопических срезах. Остальная пораженная часть является более кровной, чем в нормальной железе; пораженная часть плотна, кровя сферическими; в них находят бациллы туберкулезные, или характер заболевания подтверждается признаком. По мнению этих двух авторов это первичное заболевание желез не следует связывать с поражением внутренних органов, описанными Lancetens и Marinosa. Rascol приводит 6 наблюдений: 1) Diagnostic: Micropolydenitis tuberculosa progressiva без поражения внутренних органов. 2-ой случай наблюдаем вместе с Lesage'ем. Диагноз тот же. Возраст этих детей 1 год 6 месен. В 3 случаях (1^й, 4^й, 5^й, 7 м.) с микрополиденитом присоединился meningitis tub., во внутренних органах не были поражены. 6-ой случай 5 м. ребенка с признаком туберкулезной трахео-бронхиальной аденопатии.

Potier в последнее время, составив сь факты существования микрополиденита на почве исключительно местного туберкулеза лимфатических желез, возмущал на эту болезнь шире, охватил ее сь резким течением и назвал большой раком наблюдений, чем предшествовавшие авторы. Работы в области профессора Grancher,

пользуясь достаточною книжечкою материалов, Potier чаще и чаще стал отмечать хронически персистирующие железки у детей, столь тщательно описанные Legendre. Автор задумал мыслью прообразить вывод, из которого пришла его предположительно, на сколько микропаразиты связаны с туберкулезом. В своей диссертации Potier привнес к убеждению, что микропаразиты есть прямое следствие реакции лимфатических желез по той или другой причине, найденных в их субстанции, указавши вместе с тем степень сопротивляемости индивидуума данной инфекции. Это особенно вытекает из того, что при микропаразитах всегда такие увеличены и дегенерируют, т. е. все органы, участвующие в достижении цели борьбы с инфекцией, будь то эритроциты лейкоциты, макрофаги, нейтрофилы, должны быть усиленно функционировать, вследствие чего может возникнуть увеличение объема этих органов. Микропаразиты встречаются во преимуществу у грудных детей и до 3-х летнего возраста; реже встречается от 3-х до 6 лет. В очень редких случаях его можно найти у детей 9, 10 лет.

Разбираясь в этиологических моментах этого обширного паразитарного лимфатического железки в детском организме, Potier говорит, что оно длительною чаще всего встречается при детском туберкулезе во всех его проявлениях (в формах ли менингеальной, или аристовальной, инфильтративной и т. п.). Но микропаразиты встречаются и при острых хронических формах септицемии у грудных детей и детей первого года жизни. Важным этиологическим моментом данного заболевания является ассоциация инфекционных хронических септицемий, развивающихся одновременно и сближающихся каждая за свой счет образованию периферической микропаразитации. По частоте на первом месте после туберкулеза следуют воспаление хроническая гастроэнтериты у детей вследствие их кормления рожками, усложни для более легкой и частой инфекции и желудочно-кишечных заболеваний, или вследствие вообще неадекватного питания в более старшем возрасте. Третье место по частоте занимает воспалительный сифилис. Potier находила также микропаразиты у

выздоровляющихся детей от определенных острых заболеваний (особенно после кори, осложненной бронхопневмонией, коклюша, рubeola scarlatina), развивавшихся после или же во продолжительное воспалительное состояние: во всех этих случаях воспалительная лимфатическая железка в начале поражается острою воспалительным процессом и в поздней период же, конечно, имеет бальную форму аденита, вызванную поражениями соседних участков. Но с возрастанием железки железки эти большие воспалительные уменьшаются в объеме, становятся твердыми и склеиваются с железными железами преимущественно паразитами, в результате и получается после названного острых болезней обшир периферическая микропаразитация, которая по виду на микропаразиты при хронических заболеваниях.

Начав данный вопрос экспериментально Potier пришел к заключению, что принося из железки уже микропаразитический туберкулезный, описанный Marinetti, всегда дала положительный результат. Что касается железки, микропаразитически до представляющих туберкулезных формаций, то инкубация дала положительный результат, если у ребенка констатирована наряду с микропаразитическим мiliary туберкулезом; если паразиты остаются незрелыми только в железах, то принося животным всегда воспроиздались отрицательным результатом. Наконец в случаях микропаразитации у детей, страдающих только хроническим гастро-энтеритом, или сифилитическим пахисией, или другими кожными заболеваниями хроническими заболеваниями, принося животным из паразитических железки не дала также положительного туберкулеза. Под микроскопом Potier не находил ни гигантских клеток, ни факультет. Они видны только слегка увеличенную капсулу железки, гистерическую соединительнотканную оболочку, абсолютное расширение фолликула и лимфатический элемент.

Всех находивший Potier в своей диссертации привел двенадцать случаев, которые могут быть распределены следующим образом: 5 случаев с клиническим диагнозом разных форм туберкулеза; железки также

оказались туберкулезными; в двух случаях бактерии были найдены; прививка животным дала положительный результат; в трех случаях не найдены, прививка также не дала положительных результатов. В 7 случаях туберкулеза микрорезультаты отсутствовали и исследования после смерти также не дали положительных результатов; 2 случая микрорезультата после козыря; животны оказались не туберкулезными, прививка животным дала отрицательный результат; тогда при 4 случаях микрорезультата при гастро-интеритах. 1 случай гастро-интерита с микрорезультатом без летального исхода. 2 случая микрорезультата при воспалительном скарлатине. 2 случая острой инфекции (сифилис+пневмония; сифилис+гастро-интерит); прививки во всех случаях дали отрицательный результат. 1 случай микрорезультата, где животны пришли в порядок под влиянием меркуриального лечения и 3-х месячного последующего скарлатина.

Не могу не сказать в конце этого литературного очерка несколько слов о том старом типе микрорезультата, который с талантом немого художника изображал Marfan. Он настолько же удивляет строгую критику, за сколько основательно отругое дѣлание на два типа (привидный и эритемный) выдоху, о которых еще Leleie сказал, что золотушный может быть блондином и брюнетом, толстым и худощавым, большого и малого роста с бѣдыми и ружавыми лицами, с выпятой и флегматичной характером, с голубыми и черными глазами, жемья этимъ сказать что это клиническая, документальная группировка симптомовъ въ природѣ не встрѣчается. Тогда, конечно, можно сказать и о дѣтяхъ, страдающих микрорезультатомъ, что они могут быть съ длинными и короткими рѣсницами, съ блестящими и тусклыми глазами, съ черными и сѣдыми волосами, съ большими, густыми волосами и съ рѣдкой растительностью. Даже житье вовсе не обязательно большое, но говоря уже о питании и обьемообразованности видѣ лица.

Считаю не лишнимъ тутъ же дать опредѣленіе клиническому термину „лимфатизмъ“, которое, по мнѣнію Legend, такъ часто злоупотребляютъ педиатры. По опредѣленію французскихъ авторовъ сюда слѣдуетъ отнести дѣтей, у кото-

рыхъ лимфатическія железы болѣе развиты, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и вслѣдствіе усиленнаго своего роста болѣе склонны къ гипертрофіи и поэтомуму перерожденію; сосудистый тонусъ у такихъ дѣтей пониженъ, мышечная и нервная дѣятельность болѣе слаба, чѣмъ у нормальныхъ дѣтей; раны часто гноятся, медленно заживаютъ при малыхъ градуацияхъ. Отъ этого состоянія, по выраженію Pettit'a одинъ только шагъ къ золотухѣ.

Болѣе подробное объясненіе этому своеобразному состоянію организма, по моему мнѣнію, даетъ нашъ глубокоуважаемый учитель профессоръ Н. П. Крѣзінъ, патолого-анатомъ, соединивъ съ клиническими о существующихъ взаимозависимостяхъ болѣзней золотухи, выдѣляющей такія субъекты въ такъ называемый „лимфатическій типъ“, т. е. такой организмъ, въ которомъ рѣдкое соединительная ткань и жидкая состоящая часть значительно преобладаютъ надъ плотной тканью, въ противоположность „фиброзному телу“. Отсюда получается слабо развитая кровная система съ тонкими стѣнками, чрезвычайно расширенными Гроверовыми капиллярами, широкая *lymphatis nutritiva*, слабо развитая адвентиція сосудистой системы, вслѣдствіе бѣдности упругой тканью т. е. получается какъ бы almost оскудѣлая и лимфатическая система, что даетъ болѣе широкій и свободный путь для проникновенія инфекции. Поэтому, что въ такомъ организмѣ и мышечная система будетъ слабо развита. Въ переносителю органы увеличены какъ вслѣдствіе слабо развитой стромы, преобладанія паренхимы, такъ съ другой стороны вслѣдствіе большого количества жидкости, замедленнаго оттока отъ этихъ органовъ и болѣе усложненной протекціи въ нихъ клеточныхъ элементовъ. А такъ какъ почти всѣ паренхиматозные органы принимаютъ участие (особенно сильно въ дѣтскомъ возрастѣ) въ образованіи бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, то является поводъ почитать столь частая у этихъ лимфатическихъ, селезеночная и желтожелчная лейкоми. Циркуляция крови замедлена, что мешаетъ быстрому удаленію изъ организма болѣе активного агента и способствуетъ невозможу застоя въ разныхъ органахъ. Вотъ почему такіе дѣтя склонны къ хроническимъ катаральнымъ заболеваниямъ слизистыхъ оболочекъ (бронхитъ, плевъ,

рты, кишечника). Этими же условиями вполне удовлетворительно объясняется и столь частое обострение детей туберкулезом. В виду того, что у детей излюбленным местом пролиферации bacilli является лимфатическая система, которая у малышей детей особенно доступна и открыта для инфекции, поэтому отсюда попадают ко детям наиболее опасной деятельностью — лимфатическая железа, где для них условия для более долгого их там пребывания с другой стороны следует признать по вниманию чрезвычайно медленное движение туберкулезных bacilli, которых зато считали совершенно неспособными к самостоятельному размножению. Здесь же, согласно взгляду Baumgarten'a, что элементы, находящиеся в состоянии или в состоянии сверхнормального роста и размножения, оказывают развитие лишь при возникновении после рождения, или восприимчивого к употреблению пищи среды более длительного сопротивления, таким образом чрезвычайно иная кожная bacilla замедляется в своем развитии. (В тех же железах bacilla, действительно, находится в очень малом числе). С другой стороны вынужденное долгое пребывание туберкулезной bacilla в лимфатических железах вызывает раздражительность его и мы получаем скорее туберкулезную интоксикацию организма, а не инфекцию. Этим, обратно, можно объяснить столь разнообразное течение и хроническое течение туберкулеза у детей, так часто встречающееся здесь в виде так называемого мезенцеального туберкулеза. Таким образом, по мнению профессора В. Кривина, та автор, которые отдают предпочтение золоту с туберкулезом, объясняют причину ее следствием.

Собственные наблюдения.

При собирании материала по данному вопросу мы были привлечены к еще более детальному исследованию. Многим, несомненно трудная работа, изобилие, с какой трудностью удается выбор его для определенных целей, так же тем более трудно это сделать, что удалось же в сравнительно редких случаях; судя по незначительному количеству случаев Passet'a и Lesage'a, мы конечно, анализируют что трудно найти первичное поражение ту-

беркулезных желез без туберкулеза внутренних органов. Кроме того для нас важно было найти характернейшие у детей изменения. Много детских трупинов мы видели при различных крайних степенях туберкулеза и железах была плена и малы, но, из соображений, аутогенной стерильности обширный туберкулезный порок. Вряд ли лимфатическая железа от выщелачивания туберкулезных трупинов для нас является невыгодным, так как микробиологический в таком виде, как его впервые описал Legroux, после подробного гистологического разбора Maréchal'a и вообще широкого разбора туберкулеза лимфатических желез, не удалось из дальнейшего подтверждения. Мы могли дать конкретный случай. Для изучения же микробиологического в том направлении, как она разработана Passet'a и Potier предельно не только подбору трупного материала, но его нужно исследовать и клинически, что требует потребовать воспроизведения долгого времени. Мы только могли убедиться в том, что как часто детская клиника имеет дело с туберкулезом детей, но септический столь малых их в еще большем количестве. Нам важно было найти железу таинной, какими их описал Legroux, но при этом, воспроизводя требования Passet'a, мы брали только такие случаи, где ни клиника, ни септический столь не давали указания на туберкулез внутренних органов. Соединить такую патолого-анатомическую картину с ювенильной клиникой считаемся оказалось делом трудным. Этим трудностям и объясняется возмачательное число наших наблюдений.

1-й случай: Надежда Яковна 1 г. 2 мб, вѣс 1250 grm., длина туловища 51 смт. Diagnosis: Tuberculosis, otitis media purulenta. Eriopsis: Pneumonia cassaosa tuberculosa disseminata cum cavernosis superiorib. Cirsiosis hepatis tuberculosa. Degeneration parenchymatosa cum tuberculo renis dextrae.

Взвешана одна почка железой величиной в боб, плоткой консистенции, бледная. На разрезе по периферии железы выступают белые величинной в булавочную головку и больше массово перерожденные бугорки. Разомь с этой железой была меньшая железа, бледно-розовая, почти по

плотная, на разрыве споровидная, издает запах туберкулезных пахиваний не имеет.

На срезах из первой железы, окрашенных не только гематоксилин-эозином, но и по Van Gieson'у, видны под микроскопом следующие капиллы утолщены; отходящая от них trabecula состоит из волокнистой ткани и представляются также замкнутыми утолщенными. В центре наблюдается значительное разрастание соединительной ткани. Поверхность железы, особенно ее верхнюю часть, представляется утолщенной бугорками с кожными расплодом в центре; величина бугорков крайне разнообразна: от очень маленьких, окруженных радиально грануляционными элементами, до больших, сливающихся между собой и состоящих сплошь из казеозного расплода. Лимфатическая ткань железы представляется сетью между казеозными массами. Сосуды железы весьма богаты расплодом в их окружности соединительной тканью, проследив их в центре печени. В верхнюю часть, вытолпленную казеозно-переродившимися бугорками, сосудов почти не видно. В окружности многих из казеозных утолщений наблюдается развитие плотной волокнистой ткани; в некоторых бугорках ткань проникает в самый центр и замещает собой туберкулезное образование.

Во второй железе, не смотря на микроскопические отступления бугорков, общая картина среза представляется такой же, как и в первой железе; различия только заключаются в меньшем числе и меньшей величине казеозно-растившихся бугорков. Сетью расплодом, из просвета их находится большое количество лимфоцитов и эпителиальных клеток. Бациллы в железах не найдены.

И-оп случай Ивковой Розенталя 4 лет. *Diagnosis* Nephritis acuta. Micropolyadenitis. Eptosis. Anasarca, hydrothorax duplex, ascites. Dilatatio cordis, degeneratio parenchymatosa cordis magni gradus, oedema pulmonum, nephritis parenchymatosa acuta, perihepatitis et perisplenitis chronica fibrosa, hyperplasia acuta lienis, hyperemia venosa et degeneratio parenchymatosa hepatis parvi gradus. Degeneratio caseosa glandularum mesenterii. Бациллы в железах не найдены.

Вместо брыжжечной железы представляется плотная

беловато-розоватая, достаточно гетими. На разрыве по периферии железы выступают белые казеозно-переродившиеся бугорки, немного больше по величине бугорков первой железы; в центре железы однородны.

Микроскопическая картина: капиллы железой значительно утолщены и состоят из волокнистой ткани, лимфой бледно клеточными элементами; отходящая от них trabecula рвано утолщена, что особенно заметно из крупных trabeculaх, до видны также на малых-них отростках, отходящих от капиллы. В центре соединительная ткань также представляется толще, находящаяся здесь trabecula выступают отсюда рвано, так что железы во всем протяжении представляются разрывной соединительной тканью на вырванные участки. Ретикулярная соединительная ткань на отдельных участках, преимущественно в окружности крупных фолликулов, представляется замкнуто утолщенной и образует крупные петли, в которых залегают лимфоидные элементы, а среди них отдельные казеозные эпителиоидных клеток. Некоторые из фолликулов представляются совершенно замкнутыми соединительной тканью при чем в центре многих фолликулов послыжная является фибрино-плотной, почти не содержать клеточных элементов, а на периферии имеют вид грубо-волнистой соединительной ткани, в петлях которой залегают остатки клеточных элементов. В центре других фолликулов находится склерозия из грануляционных эпителиоидных элементов; в окружности этих склерозий видно развитие волокнистой соединительной ткани, которая проникает в центр склерозий и замещает собой клеточные элементы. В одном фолликуле видна была гигантская клетка с 8-ми ядрами. Сосуды рвано расширены, особенно в верхнюю часть, вытолплены свернувшись лимфой и эпителиоидными клетками. Сосуды сетки расплодом соединительной тканью большею частью из них цветом; вытолплен капиллярный выбух. Число ферментных элементов в железе представляется уменьшенным сравнительно с первой. Среди лимфоидных элементов находится поразочное количество розовых без определенного порядка эпителиоидных клеток.

Надлежащие железы увеличены по объему, резко бледная, плотная, мало сочная. На разрезе совершенно однородна.

На срезах надпочечника капсула утолщена; в hilus'a заметно развитие соединительной ткани, трабекулы также представляются утолщенными; сосуды выстланы фиброзными элементами, соединительная ткань в них оскудевает утолщена и инфильтрирована; утолщение соединительной ткани мѣстами замѣтно и в ретикулярной ткани. Общее число лимфатиц, соединительных элементов в железах представляется уменьшенным сравнительно с нормой; по периферии железы разбросаны макроэозинофильные узелки, состоящие из эозинофильных клеток, в окружности их замѣтно утолщение соединительной ткани, которая мѣстами проникает в центр эозинофильных скопления. Эозинофильные клетки в этих мѣстах представляются измененными, ядра часто красятся, в некоторых клетках ядра вакуоли. Отдельные эозинофильные клетки разбросаны среди фиброзных элементов железы. Во особенно много их встречается мѣстами в синусах.

Шейная железа больше боба, резко гиперемична; во задней железе при разрезе в центр замѣтно бледноватое звездчатое формы ядро, напоминающее рубцовую ткань; железа довольно сочная.

Капсула в железах представляется значительно утолщенной и состоит из волокнистой соединительной ткани довольно блѣдой клеточными элементами. Трабекулы слегка утолщены. Сосуды железы расширены и выстланы крупными элементами; в окружности более крупных сосудов замѣтно развитие соединительной ткани. Во мѣст многих фолликулов надто развитие соединительной ткани, в корнях которой заложены эозинофильные клетки. В синусах железы, а также среди лимфатических элементов, находится порядочное количество эозинофильных клеток.

III случай Александръ Семеновъ 1 г., вѣкъ 54,0, длина тела 68 см. *Diagnosis* Anæmia Splenica Microphadentia. *Epiërisis* Hepatitis interstitialis chronica, splenitis parenchimatosa et interstitialis chronica, nephritis interstitialis chronica. *Anæmia* perniciose chronica.

Шейная железа увеличена в объеме, плотна, совершенно блѣдая, на разрезе однородна.

Капсула железы утолщена, также какъ и отходящая от нея перикапсула. Вокругъ сосудовъ в корняхъ слѣз железы наблюдается значительное развитие соединительной ткани, спущивающей просветъ сосудовъ; на некоторыхъ изъ нихъ это сумажно доходить почти до полного закрытiя просвета; окруженный сосуды соединительная ткань имеетъ плотный характеръ; в фолликулахъ железы находится ограниченныя скопления круглыхъ и неправильной формы большихъ клетокъ съ круглыми ядрами и блѣдно-окрашенной цитоплазмой; среди этихъ клетокъ наблюдаются лимфоциты; сами скопления окружены густымъ слоемъ лимфоидныхъ элементовъ. Кроме того на препаратахъ находится довольно большой фокусъ в видѣ неправильной массы, расположенной в корняхъ, индуцированной слѣз, гдѣ фиброзные элементы представляются слабоокрашенными, слитными между собой. При большомъ увеличении в этомъ фокусѣ видны разбросанные лимфоидные элементы и сосуды резко различнаго размера соединительной тканью. На отдельныхъ мѣстахъ препарата при внимательномъ его изученiи видны начальная стадия образования гигантскихъ клетокъ. Спущенъ железу въ микроскопъ слѣз ограничены утолщенной соединительной тканью, богатой ворсенообразными клетками; сами спущенъ расширены и выстланы клеточными элементами, среди которыхъ находится порядочное количество большихъ клетокъ, некоторыхъ опонимыхъ выше въ фолликулярныхъ скопленияхъ.

Брюшннечная железа микроскопически похожа на шейную. Капсула железы, соединяетъ ткань hilus'a и трабекулы представляются слегка утолщенными; соединительная ткань в окружности сосудовъ мѣстами значительно утолщена; железа очень богата форменными элементами; в ткани ее мѣстами находится форменные элементы слабо окрашеннаго окраску; много въ сосудахъ инволютированныхъ элементовъ и расширена. В фолликулахъ железу разбросаны ограниченныя скопления изъ довольно крупныхъ клетокъ съ блѣдно-окрашеннаго протоплазмой и круглыми ядрами; скопления окружены лимфоидными элемен-

также. Сосуды железом расширены и выполнены клеточными элементами. Здесь также можно заметить начальные стадии образования гигантских клеток. Характер изменений в оболочке железных призматических туберкуловых, хотя бачилась не найдена.

IV-й случай микрококковой. Андрей Дювиев, 2 месяца, вѣсъ 3200, длина 15 смт. *Erysiclis Pneumonia catarrhalis acuta lobaris confuens dextra et lobaris sinistra. Oedema et anemia raris matris et cerebri. Atrophia universalis.*

Шестью железом блѣдно-розовая, величиной въ горошину, плотноваты, мало сочны. На разрьбѣ однородны.

Важуда железом шимѣто утолщена и состоитъ изъ довольно грубой волокнистой соединительной ткани; разрастание волокнистой соединительной ткани выражено также довольно рѣзко въ trabeculaхъ и hilis'ахъ. Сосуды железом представляются вышешшими формами элементовъ въ окружности ихъ, въ особенности болѣе крупныхъ сосудовъ, довольно рѣзко разрастание соединительной ткани, окружающей ихъ просѣтъ. Въ интоторахъ изъ периферическихъ фолликуловъ выпираются очень небольшія, круглой формы сплюснутыя интоторидыя элементы; сплюснуты эти окружены слоемъ грануляционныхъ клетокъ. Сосуды железом расширены и заключаютъ въ себѣ небольшое число лимфоидныхъ элементовъ.

Въ паховой железе соединительная ткань представляется также утолщенной на всѣхъ вышешначенныхъ мѣстахъ. Среди лимфоидной ткани попадаются отщипаны сплюснуты круглой или овальной формѣ, состояща изъ крупныхъ клетокъ съ пучкообразными ядрами и окруженныхъ грануляционными элементами. Вообще видна наклонность къ образованию соединительной ткани на счетъ уменьшенія самой субстанции железом.

Бразжесочина железом блѣдно, больше горошину, плотноваты, довольно сочны. На разрьбѣ однородны.

Капсула и отходящія отъ нея trabeculae представляются утолщенными. Болѣе мелкія trabeculae инфальерированы веретенообразными элементами и образуютъ паразитную сеть среди лимфоидной ткани. Сосуды въ железе выполнены пропитаны элементами, ядотелыи ихъ пабухъ.

Соединительная ткань въ окружности болѣе крупныхъ сосудовъ заметно утолщена и состоитъ изъ просѣтъ. Сами лимфоидныя элементы распределены довольно густымъ слоемъ, но между ними попадаются значительное число какъ отщипаны лимфоидныхъ такъ и образовавшихся желѣзъ сплюснуты интоторидныхъ клетокъ. Кроме того въ препаратѣ видны очень маленькихъ размеровъ круглыя ограниченныя образования фиброзной соединительной ткани, вѣроятно, послѣдствія перерожденія капсулярныхъ перекладныхъ. Въ оболочке до рѣзко лимфатическихъ железомъ мы имеемъ какой-то прогрессирующій гиперпластическій процессъ sui generis. Бачилась въ железахъ не найдена.

На основаніи вышнихъ микрококовскихъ исследований мы считаемъ себя въ правѣ сказать, что микрококковидныя не есть только сплутныя туберкуловыя интоторидныя органы, но они могутъ существовать и самостоятельнымъ туберкуловымъ поражениемъ лимфатическихъ железъ при полномъ отсутствіи такового въ другихъ мѣстахъ организма. При этомъ имѣваніи въ железахъ представляются много микрококковидныхъ особенностей. Мы убѣдились, что интоторированіе сплутаннаго характера длинныхъ интоторидъ представляется далеко не всегда легкимъ и простымъ. Мы думаемъ, что въ многихъ случаяхъ безусловнаго туберкулова лимфатическихъ железомъ микроскопия не можетъ дать рѣшительнаго отвѣта и диагнозъ можетъ считаться положительнымъ только при положительныхъ результатахъ микрорентгеновальныхъ примыковъ. Эти особенности въ теченіи туберкуловнаго процесса въ лимфатическихъ железахъ оставались неизвѣстны многимъ авторамъ, но отъ и до сихъ поръ далеко не научены во всѣхъ своихъ проявленіяхъ. Такъ, мы находимъ указанія у Frenkel'a, Brault'a, Pizani, Tisher'a, Nisell и друг. въ то, что буторова палочка, задержавшись на своемъ пути лимфатическими железами, могутъ въ послѣднихъ вынуждены иногда только явленія процесъ гиперплазій, а въ интоторахъ, случаются остаются въ скрытомъ состояніи, но вышешны вышешныхъ микрококковидныхъ интоторидъ. Вотъ почему мы, на основаніи интоторидныхъ данныхъ и собственныхъ исследованийъ, должны здѣсь же сказать, что однообразіи болѣею частью методъ

вскрытия застаивать часто пропускают исследование периферических желез. Находим железу, если можно так выразиться, совершенно из виду. Между тем самостоятельное заболевание их, без явного заблуждения во внутренних органах, иногда объяснено чисто анатомическими данными. И в наших случаях поражение лимфатических желез было констатировано, благодаря только нашему специальному интересу к трупу. Мы хотим бы здесь высказать пожелание, чтобы у детей, по крайней мере до 7 лет, при вскрытии не пропускалось ни одного случая без исследования не только глубоких, но и периферических лимфатических желез. Мысли немаловажная клиническая задача выли бы себя объяснение и число детей больных туберкулезом еще более возросло бы, необходимость борьбы с этим болезнью человека стала бы еще яснее. Наконец микроанализ может являться последствием общего состояния организма на почве разных длительных и упорных заболеваний.

Во всех случаях своего присутствия микроанализать указывать на более или менее серьезное поражение органа, вот почему ему следует уделять большое внимание со стороны клиницистов педиатров. Эти железки железки, являющиеся как бы естественными компенсаторными данными, могут часто привести к большим результатам, открыть и объяснить много болезненных явлений, избавив нас от необходимости строить разные теории, лишённые патолого-анатомического, т. е. научного основания. В этих случаях, вернувшись к своим исследованиям, мы должны искать объяснение не отказываясь от обычного метода разных заболеваний в детском возрасте; присутствие его должно быть предостережением от благопри-

ного прогноза там, где мы при других условиях себе могли бы его поставить.

В заключение выразим полное согласие с Grancher, что название, данное Legros "микроанализать" почти парадокс, хотя предложение Grancher охарактеризовать данное состояние периферических лимфатических желез названием "периферическая папилломатоз" являясь при этом более удачным. Нам кажется бы, что проще всего теперь можно обратить внимание на эту область двумя легкими словами "сигнатура Legros".

На основании всего вышесказанного мы позволим себе сделать следующие

Выводы:

- 1) Первым анатомическим отличием лимфатических желез у грудных детей является относительно слабое развитие капсулы и преобладание лимфатической ткани.
- 2) Относительно большое богатство железой крови.
- 3) Меньший размер железки и соответственно с этим меньшее число фолликулов.
- 4) Широкие лимфатические синусы, не уступающие по размерам синусам взрослых.
- 5) Центры размножения, начинающие обозначаться к 2-м месяцам, особенно выступают только к 2-х летнему возрасту.
- 6) Обнаруживая железу зрелая ткань слабо выражена к грудному возрасту и развивается из достаточной количества к 2-м годам.
- 7) Клетки ретикулярной сети у грудных детей более протоплазмной и более сбиты уже.
- 8) Форменные элементы лимфатических желез к морфологическому отношению таковы, что у взрослых, во 2-м грудном возрасте, соответственно более легкой редуцируемости железки, встречаются чаще и в большем числе крупные клеточные элементы.
- 9) Патолого-анатомическая картина к лимфатическим железам при микроанализать большое число носить характер туберкулезных изменений; туберкулез во внутренних органах может совершенно отсутствовать.

10) Изменения при мѣтвомъ туберкулезѣ лимфатическихъ железъ разнообразны и микроскопическій диагнозъ является иногда труднымъ.

11) Патолого-анатомическая картина микролиаденита на почвѣ какой-либо наситы характера агрегирующаго гиперпластическаго процесса.

12) Микролиаденитъ является поражениемъ цѣлыхъ группъ не только периферическихъ лимфатическихъ железъ, но и глубокихъ.

13) Важнымъ клиническимъ симптомомъ микролиаденита служатъ иногда стойкія гипосидозы.

Заканчивая настоящую работу, считаемъ приятнымъ для себя долгомъ выразить самую искреннюю, душевную благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Петровичу Гудобову, какъ за предложенную тему, такъ и за любезно предоставленное право работать въ лабораторіи клиники подъ его непосредственнымъ наблюдениемъ при постоянномъ самомъ заботливомъ отношеніи и полной готовности помочь всегда дѣломъ и ободравшимъ словомъ въ трудная минуты работы.

Выражаю благодарность приватъ-доценту Александру Ивановичу Монаеву за цѣпныя указанія при окраскѣ препаратовъ по способу модифицированной окраски красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ срѣзкахъ.

Примочу также мои благодарности за разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ профессору С.-Петербургскаго императорскаго дома профессору Николаю Философовичу Винагрову и начальству тѣхъ учреждений, въ которыхъ я пользовался матеріаломъ для работы.

Литература.

- Arnold, Keen und Zelltheilung bei acuten Hyperplasie der Lymphdrüsen und Milz Wirchow's Archiv. Bd. 96 1894 r.
- Берфордъ. О лептоцитлахъ, какъ бактеріидныхъ агентахъ. Русск. Арх. патолог. проф. Подвисоцкаго. 1899 г.
- Бэмъ и Дэвидсонъ. Учебникъ гистологіи человека. 1896 г. Berlin G. Georg. Labbe Marc.
- Виноградовъ К. проф. Къ вопросу о значеніи селезенки въ организмѣ. „Врачъ“, 1895 г. № 7.
- Ueber die Veränderung des Blutes, der Lymphdrüsen und des Knochen markes nach des Milzextirpation Centrbl. f. d. med. Wissensch. 1882 № 50.
- Wirchow R. Cellulardarstellung pathologica ser. Чап. 1896 г.
- Гудобовъ И. проф. О морфогенезѣ и метаморфозѣ крови дѣтѣ. Grancher. Traité des maladies de l'enfance т. IV. 1898 г.
- Губбонери В. Къ вопросу о бугорчаткѣ лимфатическихъ железъ. Дисс. СПб. 1891 г.
- Grünberg. Experimentelle untersuchungen über die regeneration der Blutkörperchen in den Lymphknoten. Diss. Dorpat. 1891 г.
- Gulland Lowell G. The development of lymphatic glands. The Journal of pathology and bacteriology. May 1894 r. Referat von Marchand in den Fortschritten der Medicin 1894 r. № 18. Leipzig, von Saxer'y.
- His W. Untersuchungen über die Lymphdrüsen. Zeitschr. f. Wissensch. Zool. Bd. XI. 1861 r.
- Boyer Heine. Beitrag zur kenntnis der Lymphdrüsen Archiv. Mikros. Anat. Bd. 34 1899 r.

- Hertwig Oscar, Lehrbuch der Entwicklungsgeschicht des Menschen und der Wirbelthiere.
- Kölliker. Ueber den feineren Bau und die Funktion des Lymphdrüsen. Verhandl. der physik. medic. Gesellschaft zu Würzburg, Bd. IV.
- Орт-зо. Handbuch der Gewebelehre 1867 г.
- Орт-зо. Entwicklungsgeschichte der Menschen und der höheren Thiere.
- Роговскъ Н. Къ морфологичи промененія. Двог. Сиб 1890.
- Klaatsch. Ueber die Bethheiligung von Drüsenbildungen am Aufbau der Peyer'schen Plaques Morph. Lehrb. Bd. 19.
- Krause W. Allgemeine und Mikroskopisch. Anatom. 1876 г.
- Орт-зо. Nachträge zur allgemeinen und mikros. Anatom 1881 г.
- Орт-зо. Handbuch der Anatom. des Menschen. Leipzig 1899 г.
- Koeppe. die Bedeutung des Lymphstromes für die Zellentwicklung in den Lymphdrüsen Arch. f. Anat. und Physiol. (Phys. abth. Supp. Bd. 1890).
- Кульчицкй П. проф. О происхождении окрашеннаго тьмьмъ крови лейкоцитическихъ. Труды общест. науки. прирды при Им. X. У. Т. XV.
- Курата М. Г. Объ измѣненіяхъ крови у безклеточныхъ животныхъ въ течение первого года жизни во влажномъ состоянии. Протв. 1899 г.
- Löwit. Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe Jena 1892 г.
- Lesage et. Pascal Polyadenite tuberculeuse primitive du premier âge Arch. gen de medecine 1893 T. XI.
- Legroux. Congrès de la tuberculose. 1-re session 1888 1-er fasc. p 400.
- Labbi Marc et Bertin G. La presso medicale 1902 г. № 9. Das reaction ganglionnaires chez les enfants.
- Laser. Deutsch. medicin. Wochenschr. 1894 № 31.
- Leydig. Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere 1857.
- Marinescu. Micropoliadenopathie peripherique. Thèse de Paris 1899 г.
- Marfan. Contribution a l'étude de la tuberculose du premier âge Polyadenite generalisée primitive Semaine medicale Decembre 1892 г. № 64.

- Maurer P. Die erste Anlage der Milz und das erste Auftreten von lymphatischen Zellen bei Amphib. Morph Jahrb 16. Bd. Mensch. Объ отнесеніи желточнаго къ зародку въ кровь. Докладъ на сессіи. Двог. Сиб 1895 г.
- Oppel A. Unsere Kenntniss von der Entstehung der roten und weissen Blutkörperchen Zusamm. fars. Refor. in Centrbl. für allgem. Pathol. und path. Anat. Bd. III 1892 г.
- Orth. Untersuchungen über Lymphdrüsenentwicklung Diss. Bonn. 1879 г. Изв. на Frey's u Chievitz'y.
- Персовъ Н. И. Новая способъ приготовления окраски красныхъ кровяныхъ тьмьмъ изъ птицъ. „Ботк. Газета“ 1899 г. стр. 194.
- Potier. Polyadenite peripherique chronique chez les enfants Thèse de Paris 1894 г.
- Pascal. Contribution a l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse de Paris 1892 г.
- Ribbert. Ueber Regeneration und Einwirkung der Lymphdrüsen Beiträge von Ziegler. Bd. VI 1899 г.
- Ranvier. Техническ. соединеніи гистологичи перен. подл. проф. Торжанова 1881 г.
- Sartell. Ueber die Entwicklung der Lymphdrüsen Sitzungsber. d. Wiener Akademie, math. naturw. Kl. Bd. 54 II 1. Abt. 1896 г.
- Saxer. Fr. Ueber die Entwicklung und den Bau Lymphdrüsen und die Entstehung der roten und weissen Blutkörperchen. Anat. Beft VI. Bd. 1896 г.
- Sappey. Traite complet d'anatomie, ou description des toutes les parties du corps humain. Paris 1894 г.
- Stöhr. Lehrbuch der Histologie.
- Орт-зо. Ueber die Lymphknoten des Darmes. Arch. d. Anat. 33 Bd.
- Тихончукъ. „Медиц. обзоръ.“ январь и февль 1892 г.
- Тихончукъ. Къ вопросу о туберкулезѣ лимфат. железъ. Двог. 1890 г. Сиб.
- Усковъ. Кровь, какъ ткань. 1899 г.
- Frey H. Untersuchungen über die Lymphdrüsen der Menschen und der Säugethiere Leipzig 1891 г.
- Pfeffer. Entwicklung und Stand der Kenntnisse über Amiotose. Merkel Bannet Ergebnisse. Bd. II.

Chliewitz. Zur Anatomie einiger Lymphdrüsen im erwachsenen und Stalen Zustande Arch. f. Anat. und Physiol. Anat.-Abt. 1881 г.

Чугаевъ. Попытка выяснить значение лимфатических железъ въ организмѣ собакъ. Дисс. СПб. 1893 г.

Schumacher, Ueber die Lymphdrüsen des Muscusp. chesus Archiv f. Mikrosk. Anat. und Entwickl. gesch. Bd. 48 1896 г. Bd. 54 1899 г.

Положеніи.

1. Лимфотерапія даетъ очень хорошіе результаты у дѣтей, страдающихъ эрозивными и туберкулезными пораженіями лимфатическихъ железъ и костей даже при недостаточномъ питаніи и плохихъ гигіеническихъ условіяхъ. Крѣпость раки въ 2%. Вомя яркокрасно переносится ими.

2. Пороки сердца и arteriosclerosis не могутъ служить противопоказаніемъ при необходимости прѣдвзѣтія различныхъ методовъ лимфотерапіи.

3. Въ искусственныхъ углекислыхъ ваннахъ имъ имѣеть прекрасное средство для леченія различныхъ неврозовъ сердца.

4. Абсолютный постельный режимъ и малочная диета должны быть первыми сердечными средствами у нарѣдковъ въ періодѣ разстройства коагуляціи.

5. Pulvis Vitae orientalis иногда обнаруживаетъ паразитическій мочегонный эффектъ, гдѣ другія мочегонныя средства вовсе не дѣйствуютъ.

6. При осудативныхъ воспаленіяхъ тазовой стѣнки и меншій не слѣдуетъ дѣлать асептіи свода, такъ какъ это затягиваетъ ходъ болѣзни.

7. Въ виду развитія бальнеологіи и гидротерапіи въ медицинскихъ факультетахъ слѣдуетъ учредить особую кафедру по бальнеологіи отдѣльно отъ фармакологіи.

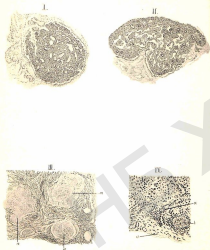
8. Для поднятія уровня знаній въ отечественныхъ учебникахъ водныхъ средъ студентамъ-медикамъ медицинскихъ факультетамъ слѣдовало бы побуждаться, чтобы на 4-мъ и 5-мъ курсахъ медицинскаго факультета устраивались дѣтныя экскурсіи студентовъ группами въ наши лечебныя центры.

Curriculum vitae.

Мейше Сружаничъ Фельдманъ, Еврейскаго вѣроисповѣданія, родился въ г. Одессѣ въ 1870 году. Въ 1890-мъ году окончилъ курсъ Одесской 3-й мужской гимназии. Въ 1891 г. поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Харьковского Университета, который окончилъ со степенью лекаря съ отличиемъ въ 1894-мъ году; въ томъ же году удостоенъ званія уѣзднаго врача. Въ 1897 и 1901 г. г. слушалъ вспомогательный курсъ для врачей въ институтѣ Великой Княгини Елены Павловны. Въ 1900 году избранъ врачомъ при Одесской Городской лечебницѣ для приходящихъ больныхъ большихъ, гдѣ состоитъ и понынѣ.

Заслужилъ на степень доктора медицины сдать при И. В. медицинскій Академіи въ 1900—1901 учебномъ году.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: „*Туберкулезные железы и микрококциденныя у животных*“ представляетъ для соисканія степени доктора медицины.



Объяснение рисунковъ.

Рис. I и II Паховая и брыжеечная железы жлода 39 сент., вѣс. 280 грм.: Низкая тонкая оболочка, односторонность поверхности сѣток; богато лимфоидной тканью, отсутствие особенностей въ видѣ фолликуловъ. Широко спущен.

Угол. I 80 Zeiss Object. A. Ocul. 4. Увелич. II 80 Zeiss-object. A. ocul. 2.

Рис. III *Microgadydenitis* №1 а) Фолликулы, совершенно увеличенные соединительной тканью, по периферии пикнофильный видъ грубой волокнистой ткани. Увеличение 50, Zeiss Object A. ocul. 2.

Рис. IV. *Microgadydenitis* № IV. а) Разрастание соединительной ткани капсулы и капсулярныхъ перегородокъ; в) фолликулы съ отдѣльными сплюснутыми очень маленькими круглой формы эпителиоидными клетками. Увеличен. 240, Zeiss. Object. D., ocul. 2.