

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1896—97 учебномъ году.

№. 63.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ

измѣненія

АВТОМАТИЧЕСКИХЪ НЕРВНЫХЪ УЗЛОВЪ СЕРДЦА

при сифилисѣ.

— * —

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Л. И. Браславскаго.

— * —

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

— * —

Цензорами диссертаци, по порученію конференціи, были профессора:
В. М. Тарновскій, Е. Н. Виноградовъ и привать-доцентъ А. И. Моисеевъ.

— * —

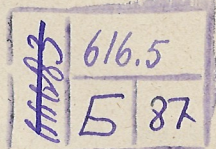
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Паровая Типо-Литографія И. Г. Гершуна. Столярн. 14.

1897.

Серія докторських дисертацій, допущенихъ въ зашитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1896—97 учебномъ году.

№. 63.



ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ

измѣненія

АВТОМАТИЧЕСКИХЪ НЕРВНЫХЪ УЗЛОВЪ СЕРДЦА

при сифилисѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Л. И. Браславскаго.

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

Цензорами диссертаціи, по порученію конференціи, были профессора:
В. М. Тарновскій, К. Н. Виноградовъ и привать-доцентъ А. И. Моисеевъ.

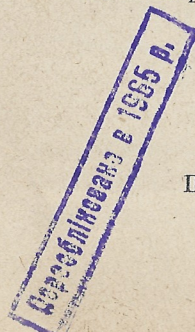
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Царовая Типо-Литографія И. Г. Гершуна. Столяри. 14.

1897.

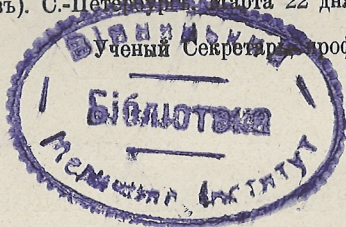


82575



Докторскую диссертацию лекаря Лазаря Ицкова-Лейбова Браславскаго подъ заглавіемъ «Патолого-анатомическія измѣненія автоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при сифилисѣ», печать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы, по отпечаніи, было представлено въ конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экзempl. диссертации (125 экз. въ Канцелярію, 375 въ Академическую бібліотеку) и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюмэ ея (выводовъ). С.-Петербургъ, Марта 22 дня 1897 года.

Ученый Секретарь профессоръ В. Діанниъ.



Нормальная гистологія и фізіологія нервныхъ узловъ сердца стала предметомъ изученія съ половины нынѣшняго столѣтія. Въ 1844 г. Ремакъ впервые описалъ въ телячьемъ сердцѣ нервныя узлы и клѣтки. Послѣдующими работами Lee, Cloetta, Шкляревскаго, Скворцова, Догеля, Vignal'я, Eisenlohr'a, Ott'a и др. наши свѣдѣнія по этому вопросу были въ значительной степени пополнены и расширены. Въ то-же время классическія опыты Stannius'a (1852 г.), затѣмъ труды Bidder'a, Weber'a, Догеля и др. установили важное въ фізіологическомъ отношеніи значеніе нервныхъ узловъ, какъ центровъ автоматически-ритмической дѣятельности сердца. Мысль о роли и объ участіи нервнаго аппарата сердца и въ частности нервныхъ узловъ его въ различныхъ патологическихъ процессахъ давно уже зародилась у клиницистовъ, но впервые она получила фактическое подтвержденіе лишь послѣ того, какъ проф. Ивановскій (въ 1876 г.) для объясненія клиническихъ явленій со стороны сердца (слабость, аритмія, параличъ) при сыпномъ тифѣ обратилъ вниманіе на сердечныя узлы и показалъ, что происходящія въ нихъ патолого-анатомическія измѣненія настолько значительны, что въ состояніи объяснить всѣ прижизненныя явленія со стороны сердца. Съ тѣхъ поръ въ литературѣ накопилось уже не малое количество изслѣдованій, главнымъ образомъ русскихъ авторовъ, которыми патологическая гистологія нервныхъ узловъ сердца была въ значительной степени разработана. Несмотря, однако, на сравнительно большое количество работъ, многое въ этой области намъ еще остается неизвѣстнымъ, такъ, напр., мы не знаемъ еще, какого рода измѣненія претерпѣваютъ нервныя узлы сердца при нѣкоторыхъ общихъ патологическихъ процессахъ, оказывающихъ рѣзкое вліяніе на различные органы человѣческаго тѣла. Къ числу такихъ процессовъ относится, напр., сифилисъ, далѣе алкоголизмъ и др. Настоящая работа и имѣетъ цѣлью пополнить наши свѣдѣнія по патологической гистологіи нервныхъ узловъ сердца; вмѣстѣ съ тѣмъ она будетъ способствовать расширенію нашихъ знаній по патологической гистологіи сифилиса.

Приступая къ литературному обзору изслѣдованій по патологической гистологіи нервныхъ узловъ сердца, мы можемъ ихъ подраздѣлять прежде всего на двѣ большія группы: экспериментальныя и собственно патолого-анатомическія.

Патолого-анатомическія работы въ свою очередь можно распредѣлять по роду изслѣдованныхъ болѣзненныхъ процессовъ на слѣдующія подгруппы: къ 1-ой изъ нихъ могутъ быть отнесены тѣ, которыя изучаютъ измѣненія нервныхъ узловъ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, затѣмъ ко 2-ой,—при хроническихъ болѣзняхъ (сердца, почекъ, легкихъ и др.) и наконецъ къ 3-й,—при различныхъ отравленіяхъ.

Изъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней впервые изслѣдовано было состояніе сердечныхъ узловъ при сыпномъ тифѣ проф. Ивановскимъ. Въ общемъ изслѣдованіе это показало, что сердечные узлы претерпѣваютъ при этомъ такія же измѣненія, какъ и всѣ остальные органы при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и въ частности при сыпномъ тифѣ,—именно: измѣненія паренхиматозныя. Авторъ констатировалъ набуханіе и помутнѣніе нервныхъ клѣтокъ, ядра которыхъ часто плохо различались или совсѣмъ не могли быть видны; рѣже наблюдались въ клѣткахъ блестящія, сильно преломляющія свѣтъ зернышки одновременно съ исчезаніемъ ядеръ. Эндотелій капсулъ также часто набухалъ; въ стромѣ узла появлялись круглыя элементы, которые мѣстами проникали и въ полость капсулъ нервныхъ клѣтокъ.

При другой острой инфекціонной болѣзни—крупозной пневмоніи—сердечные узлы были изслѣдованы проф. Виноградовымъ (1886 г.). И здѣсь измѣненія въ нервныхъ узлахъ были, какъ и въ остальныхъ внутреннихъ органахъ, паренхиматознаго характера, причѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти измѣненія шли рука объ руку съ измѣненіями въ сердечной мышцѣ, въ другихъ же превосходили измѣненія въ этой послѣдней. Въ существенныхъ чертахъ измѣненія нервныхъ клѣтокъ выражались набуханіемъ ихъ, помутнѣніемъ, часто зернистостью, исчезаніемъ ядеръ. Клѣтки эндотелія набухали, умножались иногда. Число ненормальныхъ нервныхъ клѣтокъ возросло при болѣе сильныхъ пораженіяхъ. Нервные волокна также часто были измѣнены: мѣлинь и осевые цилиндры представлялись зернистыми, причѣмъ зернистость большей частью была не жировой натуры. Въ одномъ случаѣ въ межузловой жировой клѣтчаткѣ были многочисленныя свѣжія кровоизліянія. Авторъ ставитъ наблюдав-

шійся при жизни значительный упадокъ сердечной дѣятельности въ зависимость отъ вышеуказанныхъ измѣненій въ узлахъ.

При дифтеритѣ патолого-анатомическія измѣненія нервныхъ узловъ изучены были Вѣтвинскимъ (1891 г.). Такъ какъ при дифтеритѣ, благодаря вторичной инфекціи, часто наступаютъ явленія септицеміи, то авторъ предпріялъ одновременно и параллельно съ этимъ и изслѣдованіе сердечныхъ узловъ при послѣродовой и послѣопераціонной септицеміи, чтобы путемъ сравненія и исключенія опредѣлить, какія именно измѣненія характерны для дифтерита. Оказалось, что при томъ и другомъ процессахъ въ нервныхъ узлахъ происходятъ паренхиматозныя измѣненія, причемъ при септицеміи выступаютъ главнымъ образомъ явленія бѣлковаго перерожденія, тогда какъ для дифтерита очень характернымъ является распространенное и рѣзковыраженное жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ. Кромѣ указанныхъ измѣненій при дифтеритѣ часты также обширныя кровоизліянія въ межузловой и межмышечной клѣтчаткѣ. Найденными измѣненіями авторъ объясняетъ упадокъ сердечной дѣятельности при дифтеритѣ; въ наступленіи паралича сердца при этой болѣзни, по мнѣнію автора, играютъ большую роль замѣченныя имъ въ области нервныхъ узловъ кровоизліянія, которыя могутъ своимъ давленіемъ быстро подавить и безъ того нарушенную и ослабленную ихъ дѣятельность.

При холерѣ состояніе нервныхъ узловъ сердца было изслѣдовано Стомою (1893 г.). При этой болѣзни также найдены были въ узлахъ паренхиматозныя измѣненія. Это, впрочемъ, относится, собственно только къ острымъ случаямъ холеры, между тѣмъ какъ при болѣе зятяжномъ теченіи этой болѣзни въ процессѣ начинаютъ принимать участіе и соединительнотканныя части узловъ. Дѣйствительно, Стома нашель въ очень острыхъ случаяхъ холеры (до 1 дня) явленія слабой бѣлковой дегенерациі (набуханіе, мутность, зернистость протоплазмы, исчезающая отъ ас. aceticum и т. п.), въ случаяхъ, длившихся 2—3 дня явленія бѣлковой дегенерациі были рѣзче выражены, въ случаяхъ, протекавшихъ медленно (болѣе 4 дней), кромѣ указанныхъ измѣненій, наблюдалось еще жировое перерожденіе, затѣмъ вакуолизациа, некрозъ нервныхъ клѣтокъ; но рядомъ съ этими паренхиматозными измѣненіями въ такихъ зятяжныхъ случаяхъ въ нервныхъ узлахъ клѣтки эндотелія пролиферировали, располагались въ 2 слоя, капсулы нервныхъ клѣтокъ утолщались; кромѣ того, строма узловъ была довольно сильно инфильтрована круглыми эле-

ментами, что въ меньшей степени наблюдалось и въ болѣе острыхъ случаяхъ.

При возвратной горячкѣ сердечные узлы были изслѣдованы Пушкаревымъ (1887 г.) и Натансономъ (1896 г.). Пушкаревъ нашелъ и при этой болѣзни различныя паренхиматозныя измѣненія въ узлахъ. Но кромѣ того, авторъ отмѣчаетъ еще измѣненія со стороны эндотелія капсулъ, наблюдающіяся и при другихъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, но, повидимому, здѣсь въ бѣльшей степени и съ бѣльшимъ постоянствомъ; такъ, эндотелій капсулъ набухаетъ, число клѣтокъ его увеличивается, онѣ располагаются въ 2 ряда и сдавливаютъ нервныя клѣтки; самыя капсулы часто бываютъ утолщены.

Изслѣдованія Натансона въ общемъ подтверждаютъ найденныя предыдущимъ авторомъ измѣненія, но нѣкоторыя частности патологическаго процесса отмѣчены Натансономъ болѣе подробно. И этотъ авторъ нашелъ въ узлахъ при возвратной горячкѣ паренхиматозныя измѣненія: мутное набуханіе, зернистое перерожденіе, жировое перерожденіе, разрѣженіе протоплазмы, вакуолизацию нервныхъ клѣтокъ, атрофію, некрозъ ихъ. Что касается въ частности жироваго перерожденія, то авторъ отмѣчаетъ, что перерожденіе это тѣмъ сильнѣе выражено, чѣмъ больше приступовъ перенесъ больной, умершихъ въ первомъ приступѣ болѣзни оно обыкновенно отсутствуетъ. Далѣе, Натансонъ обращаетъ вниманіе на сильное переполненіе кровью сосудовъ въ узлахъ и по сосѣдству съ ними; кромѣ того, онъ указываетъ на частоту кровоизліаній въ рыхлой клѣтчаткѣ, окружающей узлы. Затѣмъ, инфильтрація круглыми элементами наблюдается въ узлахъ часто, но въ болѣе сильной степени она выражена при болѣе продолжительномъ теченіи возвратной горячки; эндотелій капсулъ часто умножается.

Сходныя съ вышеописанными измѣненія были замѣчены Васильевымъ (1876 г.) въ сердечныхъ узлахъ при бѣшенствѣ. Нервные клѣтки были при этомъ мутны, ядра ихъ были мало или вовсе незамѣтны; въ перичеллюлярныхъ пространствахъ, равно какъ въ стромѣ узловъ попадались круглыя элементы. Самымъ выдающимся и постояннымъ явленіемъ было то, что нервныя клѣтки не выполняли капсулъ, а отставали отъ нихъ болѣе или менѣе значительно; это явленіе Васильевъ объясняетъ скопленіемъ въ полости капсулъ отечной жидкости на томъ основаніи, что, какъ показали измѣренія, величина нервныхъ клѣтокъ не была уменьшена.

При *Beri-beri* Чоловскимъ (1886 г.) также замѣчены были паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ.

Кромѣ вышеуказанныхъ авторовъ проф. А. Ott (см. ниже) также наблюдалъ различныя паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ при нѣкоторыхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (при брюшномъ тифѣ, крупозной пневмоніи, септицеміи, острой желтой атрофіи печени и др.)

Патолого-анатомическія измѣненія сердечныхъ узловъ при различнаго рода хроническихъ болѣзняхъ были часто предметомъ изученія; при этомъ изслѣдователями раньше и больше всего было обращено вниманія на состояніе сердечныхъ узловъ при различнаго рода болѣзняхъ сердца (его мышцы, клапановъ, сосудовъ). Здѣсь первой по времени является работа Путятинъ (1877 г.). Матерьялъ, бывшій въ рукахъ автора, представлялъ различныя болѣзни сердца, начиная съ такихъ, гдѣ поражены были только клапаны аорты (язвеннымъ эндокардитомъ), въ самомъ же сердцѣ измѣненія были очень незначительны и только при жизни наблюдались стенокардическіе приступы, кончая такими, гдѣ были рѣзковыраженныя и разнообразныя страданія клапановъ и мышцы сердца. Патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ узлахъ были при этомъ тоже различны: тамъ, гдѣ измѣненія въ сердцѣ были незначительны, въ сердечныхъ узлахъ наблюдались только первыя стадіи воспалительнаго процесса въ видѣ расширенія сусудистой сѣти узловъ и инфильтраціи ихъ стромы круглыми элементами; тамъ же, гдѣ клапаны или мышца сердца были рѣзко измѣнены, сердечные узлы представляли болѣе значительныя отступленія отъ нормы; въ узлахъ при этомъ наблюдались интерстиціальныя измѣненія рука объ руку съ паренхиматозными; внутри-узловая соединительная ткань въ такихъ случаяхъ была болѣе или менѣе разрощена, нервныя клѣтки были болѣе или менѣе раздвинуты другъ отъ друга, капсулы нервныхъ клѣтокъ утолщены; въ нервныхъ клѣткахъ наблюдались различныя дегенеративныя измѣненія (бѣлковое, жировое, пигментное и др.).

Интересно отмѣтить, что въ одномъ изъ изслѣдованныхъ Путятинимъ случаевъ сердечное страданіе было осложнено сифилисомъ; въ этомъ случаѣ авторъ замѣтилъ значительное увеличеніе соединительнотканыхъ составныхъ частей нервныхъ узловъ и даже отложеніе въ нихъ мѣстами известковыхъ частицъ; рядомъ съ этимъ и нервныя клѣтки также были измѣнены (мутны, зернисты, ядра часто не были видны и т. п.).—Путятинъ приходитъ къ заключенію,

что найденныя имъ въ сердечныхъ узлахъ измѣненія несомнѣнно оказываютъ на ихъ функцію значительное вліяніе; этими измѣненіями онъ считаетъ возможнымъ объяснить клиническія явленія при *angina pectoris*.

Измѣненія сердечныхъ узловъ при атрофіи (простой и дегенеративной) и гипертрофіи сердца въ зависимости отъ различныхъ общихъ истощающихъ процессовъ и мѣстныхъ заболѣваній сердца и сосудовъ были изслѣдованы Коплевскимъ (1881 г.). Матерьялъ автора распредѣляется имъ на 4 группы: къ 1-й отнесены атрофированныя сердца (при раковой кахексіи, при язвенномъ эндокардитѣ и т. п.); ко 2-й—такія же сердца при хронической пневмоніи, при *phtisis pulmonum*; къ 3-й—гипертрофированныя сердца при старыхъ законченныхъ процессахъ въ клапанахъ и оболочкахъ его (*sclerosis aortae, insuf. v.v. aortae, morbus Brightii* и др.), наконецъ къ 4-й—отнесены гипертрофированныя сердца при свѣжихъ измѣненіяхъ на клапанахъ и оболочкахъ его (*pericarditis, atheromatosis aortae* и др.). Патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ узлахъ въ случаяхъ 1-й группы выражаются больше частью уменьшеніемъ нервныхъ клѣтокъ въ размѣрахъ (простой атрофіей), но нерѣдко также клѣтки пигментно-и жирноперерождены; такія же измѣненія нерѣдки и въ эндотелии капсулъ, иногда же клѣтки эндотелия капсулъ умножаются, располагаются концентрическими слоями и вызываютъ подчасъ значительное суженіе полости капсулъ. Жировое и пигментное перерожденіе авторъ наблюдалъ одновременно и въ сердечной мускулатурѣ. Вышеописанныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ авторъ считаетъ послѣдовательными, стоящими въ непосредственной зависимости отъ перерожденія сердечной мускулатуры, аналогично тѣмъ послѣдовательнымъ измѣненіямъ въ клѣткахъ переднихъ роговъ спиннаго мозга, которыя наступаютъ вслѣдъ за ампутаціей конечности; но онъ придаетъ извѣстное значеніе въ происхожденіи этихъ измѣненій также и разстройству питанія нервныхъ клѣтокъ въ зависимости отъ общаго истощенія организма. Нервные узлы въ случаяхъ 2-й группы находились въ начальныхъ періодахъ воспаленія: подперикардіальная, межузловая и внутриузловая соединительная ткань содержала расширенныя мелкіе сосуды и капилляры и была инфильтрована въ большемъ или меньшемъ количествѣ грануляціонными элементами; кромѣ того, капсулы нервныхъ клѣтокъ, *adventitia* сосудовъ, нервныя влагалища были болѣе или менѣе утолщены. Вышеуказанныя воспалительныя явленія авторъ объясняетъ распространеніемъ процесса *per continuitatem*

съ воспаленныхъ увеличенныхъ бронхіальныхъ железъ по ходу бронховъ, сердечныхъ нервовъ и сосудовъ въ рыхлую подперикардіальную и межузловую клѣтчатку и внутриузловую соединительную ткань. Измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ здѣсь сходны съ тѣми, что описаны были въ случаяхъ 1-й группы; измѣненія эти авторъ объясняетъ отчасти тѣми же самыми причинами (мускулатура сердца и здѣсь была въ большей или меньшей степени перерождена), отчасти же давленіемъ на нервные клѣтки круглыхъ элементовъ. Въ 3-й группѣ измѣненія выражались увеличеніемъ ширины мышечныхъ клѣтокъ, а съ другой болѣе или менѣе значительнымъ увеличеніемъ въ объемѣ нервныхъ клѣтокъ. Кромѣ того, въ нервныхъ клѣткахъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ найдены и дегенеративныя измѣненія, что всегда стояло въ полномъ соотвѣтствіи съ такими же измѣненіями въ сердечной мышцѣ. Въ случаяхъ 4-й группы авторъ замѣтилъ распространеніе воспалительнаго процесса съ перикардія и интимы аорты на межузловую клѣтчатку и внутриузловую соединительную ткань. Нервные клѣтки подвергались при этомъ въ различной степени дегенеративнымъ измѣненіямъ, подобнымъ вышеописаннымъ. Эндотелій капсулъ часто подвергался набуханію и умножался. Вообще степень и интенсивность процесса въ нервныхъ узлахъ всегда находилась въ зависимости отъ большей или меньшей близости ихъ къ мѣсту первичнаго заболѣванія (перикардія, интимы).

При острыхъ и подострыхъ эндокардитахъ (различныхъ клапановъ) состояніе нервныхъ узловъ сердца было изслѣдовано Кузнецовымъ (1892 г.). Эндокардитъ былъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ свѣжій, острый, въ другихъ же острый, но развившійся на почвѣ хроническаго. Во всѣхъ этихъ случаяхъ наблюдалась полная однородность и тѣсная связь измѣненій въ узлахъ и въ пораженныхъ клапанахъ. При остромъ эндокардитѣ авторъ нашелъ въ нервныхъ узлахъ рѣзкія явленія сосудистогрануляціоннаго воспаления, — расширеніе венъ и капилляровъ, скопленіе вокругъ и вдали отъ сосудовъ грануляціонныхъ элементовъ, часто находившихся и въ капсулахъ нервныхъ клѣтокъ; кромѣ того наблюдалось: со стороны эндотелія капсулъ набуханіе и пролиферація его, со стороны нервныхъ клѣтокъ уменьшеніе, сморщиваніе ихъ, измѣненіе формы, пигментное, жировое перерожденіе, со стороны нервныхъ волоконъ — распаденіе міэлина на зернышки. На топографическихъ разрѣзахъ изъ пораженнаго клапана вмѣстѣ съ прилежащей частью перегородки предсердій всегда можно было убѣдиться, что воспалительный процессъ распространяется

въ область сердечныхъ узловъ изъ пораженнаго клапана, постепенно ослабъвая по мѣрѣ удаленія отъ этого послѣдняго.

Совершенно иныя измѣненія замѣчены были авторомъ въ нервныхъ узлахъ при обострившихся хроническихъ эндокардитахъ; въ этихъ случаяхъ кромѣ свойственнаго острому эндокардиту болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго сосудисто-грануляціоннаго воспаления, Кузнецовъ нашелъ еще въ нервныхъ узлахъ явленія, стоящія въ непосредственной связи съ хроническимъ процессомъ въ клапанахъ, съ хроническимъ эндокардитомъ,—а именно: разращеніе соединительной ткани въ узлахъ, утолщеніе капсулъ нервныхъ клѣтокъ; кромѣ того въ нервныхъ клѣткахъ замѣчено было жировое и пигментное перерожденіе, ядра плохо или совсѣмъ не были видны.

При склерозѣ вѣчныхъ артерій нервныя узлы сердца были изслѣдованы Полетикой (1886) и отчасти Гоффманомъ (1886 г.). Первый авторъ изслѣдовалъ нервныя узлы въ 2-хъ случаяхъ смерти отъ паралича сердца, вѣчные сосуды котораго были склерозированы, причемъ склерозъ былъ найденъ и въ мозговыхъ сосудахъ и въ аортѣ и ея крупныхъ вѣтвяхъ. Авторъ одновременно съ нервными узлами изслѣдовалъ и состояніе сердечной мускулатуры, измѣненія которой были гораздо менѣе значительны и отступали на задній планъ предъ измѣненіями въ сердечныхъ узлахъ. Эти измѣненія состояли въ жировомъ и пигментномъ перерожденіи нервныхъ клѣтокъ, въ неясности и исчезаніи ядеръ и ядрышекъ, въ сморщиваніи нервныхъ клѣтокъ; кромѣ того эндотелій капсулъ часто былъ умноженъ и сдавливалъ нервныя клѣтки (особенно во 2-мъ случаѣ), въ эндотелиальныхъ клѣткахъ замѣтны были въ большемъ или меньшемъ количествѣ гялиновыя капельки, которыя мѣстами свободно помѣщались въ полости капсулъ; капсулы клѣтокъ были сильно утолщены (особенно во 2-мъ случаѣ), равно какъ капсулы узловъ и влагалища сердечныхъ нервовъ. Авторъ замѣтилъ также утолщеніе и стекловидное перерожденіе наружной оболочки мелкихъ артерій.

Гоффманъ, непосредственной задачей котораго было изученіе патолого-анатомическихъ измѣненій въ сердечной мышцѣ при склерозѣ вѣчныхъ сосудовъ, изслѣдовалъ между прочимъ въ одномъ случаѣ и нервныя узлы. Вотъ что онъ нашелъ: „значительное увеличеніе соединительной ткани между нервными клѣтками, въ соединительной ткани большое количество круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ; протоплазма нервныхъ клѣтокъ содержитъ много зеренъ, ядеръ не видно, клѣтки эндотелія капсулъ умножены, волокнистыя капсулы нервныхъ клѣтокъ сильно утолщены“.

Объ измѣненіяхъ въ нервныхъ узлахъ сердца при хроническихъ нефритахъ мы находимъ лишь краткія свѣдѣнія въ работѣ Ускова (1883 г.), который подвергнулъ подробному изученію собственно только нервы сердца. Въ сердечныхъ узлахъ измѣненія выражаются „утолщеніемъ капсуль и пролифераціей ядеръ. Напротивъ, протоплазма нервныхъ клѣтокъ никогда не представляла какихъ нибудь замѣтныхъ измѣненій“.

Состояніе сердечныхъ узловъ при различныхъ болѣзняхъ сердца, легкихъ (туберкулезъ, эмфизема), почекъ и другихъ было изслѣдовано проф. Отт'омъ. Въ общемъ найденныя имъ измѣненія при болѣзняхъ сердца согласуются съ вышеприведенными изслѣдованіями русскихъ авторовъ. Такъ, изслѣдованія Отт'а тоже отмѣчаютъ въ этихъ случаяхъ интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ и различныя дегенеративныя явленія въ нервныхъ клѣткахъ узловъ. При хроническихъ нефритахъ тоже болѣе или менѣе рѣзко выступаютъ интерстиціальныя измѣненія (утолщеніе капсуль, набуханіе ихъ эндотелія и друг.) и дегенеративныя измѣненія нервныхъ клѣтокъ, выраженныя въ большей или меньшей степени; при острыхъ нефритахъ съ уреміей на первый планъ выступаютъ паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ. При болѣзняхъ легкихъ измѣненія въ нервныхъ узлахъ тоже имѣютъ одновременно и интерстиціальныя и паренхиматозныя характеръ. Вообще, Оттъ приходитъ къ заключенію, что въ нервныхъ узлахъ при хроническихъ страданіяхъ сердца, легкихъ, почекъ главнымъ образомъ происходятъ интерстиціальныя измѣненія въ зависимости отъ долго длящихся разстройствъ кровообращенія; при этомъ застой крови въ различныхъ органахъ, въ томъ числѣ и въ сердце и его узлахъ, ведетъ къ разрастанію ихъ соединительно-тканныхъ частей; вмѣстѣ съ тѣмъ этимъ же застою даются условія, благопріятствующія наступленію паренхиматозныхъ измѣненій въ нервныхъ клѣткахъ.

Относительно зависимости и связи клиническихъ явленій со стороны сердца съ патолого-анатомическими измѣненіями въ нервныхъ узлахъ авторъ ничего опредѣленнаго высказать не можетъ. Большею частью сердечная дѣятельность была слаба и часто очень ускорена, иногда же былъ нарушенъ правильный ритмъ

Eisenlohr (1886 г.) изслѣдовалъ состояніе сердечныхъ узловъ при различныхъ случаяхъ смерти, происшедшихъ, повидимому, отъ паралича сердца и гдѣ не было въ мускулатурѣ сердца или другихъ органахъ измѣненій достаточныхъ для объясненія причины смерти. Авторъ

находилъ при этомъ главнымъ образомъ мутное набуханіе нервныхъ клѣтокъ и нѣкоторыя другія паренхиматозныя измѣненія.

Въ противоположность съ вышеуказанными изслѣдователями, Halle White не нашелъ измѣненій въ нервныхъ узлахъ при такихъ патологическихъ процессахъ, при которыхъ другими найдены болѣе или менѣе рѣзкія измѣненія (пороки сердца, аневризма аорты, хроническій нефритъ, туберкулезъ и друг.). Однако, работа Halle White'a въ расчетъ не можетъ быть принята въ виду того, что этотъ авторъ искалъ нервные узлы тамъ, гдѣ ихъ очень мало (въ стѣнкѣ лѣваго уха); при этомъ онъ могъ случайно натолкнуться на узлы очень мало или вовсе неизмѣненные, такъ какъ обыкновенно, какъ явствуетъ изъ изслѣдованій многихъ авторовъ (Ивановскій, Вѣтвинскій, Виноградовъ и другіе), патологическія измѣненія распределены большей частью неравномѣрно въ различныхъ нервныхъ узлахъ. Тѣмъ обстоятельствомъ, что Halle White для отысканія нервныхъ узловъ бралъ неподходящее мѣсто объясняется также то, что нервные узлы были имъ найдены только въ 8 случаяхъ изъ 36 взятыхъ для изслѣдованія.

Изъ собственно патолого-анатомическихъ изслѣдованій намъ осталось еще рассмотреть тѣ, которыя описываютъ измѣненія, наступающія въ нервныхъ узлахъ подѣ влияніемъ отравленій.

Но въ виду того, что большинство экспериментальныхъ работъ имѣетъ своимъ предметомъ также обусловленныя отравленіями измѣненія, удобнѣе будетъ всѣ эти однородныя работы рассмотреть вмѣстѣ.

Измѣненія, вызванныя хлороформнымъ отравленіемъ, были нѣсколько разъ предметомъ изслѣдованія. Въ этомъ отношеніи мы имѣемъ работы проф. Виноградова, проф. А. Ott'a и Бочарова. Первый (въ 1884 г.) имѣлъ возможность изслѣдовать въ 2-хъ случаяхъ сердце погибшихъ отъ хлороформнаго наркоза. Найдя въ сердечной мышцѣ лишь очень незначительныя измѣненія, авторъ для объясненія причины смерти въ этихъ случаяхъ обратился къ изслѣдованію состоянія сердечныхъ узловъ, которые оказались значительно измѣненными. Въ общемъ найденныя авторомъ измѣненія сводятся къ рѣзко выраженному бѣлковому перерожденію нервныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ, въ меньшей степени нервныхъ волоконъ (гл. обр. осевыхъ цилиндровъ). Нервные клѣтки были въ рѣзкой степени зернисты и малопрозрачны, благодаря чему ядра часто становились невидными, такая же зернистость наблюдалась и въ нѣкоторыхъ ядрахъ; отъ укусной к-ты зернистость исчезала и ядра обнару-

живались. Совершенно такія же измѣненія въ клѣтках нервныхъ узловъ получены были авторомъ экспериментально при отравленіи животныхъ путемъ вдыханія хлороформа или введенія его въ желудокъ, а также при дѣйствіи на вырѣзанное сердце хлороформныхъ паровъ.

Проф. А. Ott (1890 г.) тоже изслѣдовалъ сердечныя узлы въ 2-хъ случаяхъ смерти во время хлороформнаго наркоза. Въ обоихъ своихъ случаяхъ авторъ тоже нашелъ лишь паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ (протоплазма нервныхъ клѣтокъ была сильнозерниста и содержала кромѣ того черныя зернышки—жировое перерожденіе—, ядра и ядрышки нервныхъ клѣтокъ были значительно увеличены, между капсулами и клѣтками находилась мелкозернистая масса). Сердечная мышца и въ этихъ случаяхъ не представляла существенныхъ измѣненій.

Найденныя измѣненія нервныхъ клѣтокъ, по мнѣнію автора, могли въ значительной степени способствовать наступленію смерти; но самыя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ были, повидимому, вызваны гл. обр. предшествовавшимъ операциі состояніемъ организма (анемія и др.) и лишь въ малой степени хлороформомъ.

Бочаровъ (въ 1893 г.) при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ нашелъ въ сердечныхъ узлахъ различныя измѣненія въ зависимости отъ постановки опытовъ. Результаты значительно отличались, смотря по тому подвергались-ли животныя (собаки, кролики) однократному или повторному наркозу. Въ первомъ случаѣ (смерть животнаго наступала или во время хлороформированія или чрезъ нѣкоторое время по прекращеніи его) найдено было бѣлковое и жировое перерожденіе (набуханіе, помутнѣніе, зернистость нервныхъ клѣтокъ, неясность или исчезаніе ядеръ, различныя степени жироваго перерожденія отъ очень слабыхъ до рѣзкихъ). Во второмъ случаѣ (при повторныхъ наркозахъ) кромѣ рѣзко выраженаго жироваго перерожденія нервныхъ клѣтокъ наблюдалось и вакуольное ихъ перерожденіе, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ сильно развитое. Кромѣ того при повторныхъ наркозахъ наблюдалось еще: пролиферація внутриузловой соединительной ткани, появленіе въ ней мелкихъ ядерныхъ элементовъ, благодаря чему нервныя клѣтки были раздвинуты другъ отъ друга и представлялись сильно уменьшенными въ объемѣ. Авторъ подчеркиваетъ то обстоятельство, что въ мышцѣ сердца хлороформъ гораздо труднѣе и позже вызываетъ дегенеративныя явленія и что патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ узлахъ значительно преобладаютъ надъ таковыми же измѣненіями въ мышечныхъ

волокнахъ. Эти измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ сердечныхъ узловъ можно считать, по заключенію автора, причиной смерти отъ хлороформа.

По вопросу объ измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца при отравленіи кокаиномъ имѣются двѣ работы, — одна экспериментальная Занчевскаго (1888 г.), другая патолого-анатомическая проф. Виноградова (1889 г.) Первый авторъ наряду съ другими органами изслѣдовалъ и сердечные узлы при остромъ и хроническомъ отравленіи собакъ; при остромъ отравленіи найдена большей частью бѣлковая дегенерация нервныхъ клѣтокъ, при хроническомъ отравленіи наряду съ болѣе рѣзкими проявленіями бѣлковой дегенерации, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось и жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ. Эндотелій капилляровъ узловъ иногда представлялся набухшимъ.

Проф. Виноградовъ констатировалъ въ одномъ случаѣ кокаиноваго отравленія въ нервныхъ клѣткахъ паренхиматозное или гіалиновое перерожденіе (клѣтки блестящи, однородны); ядра въ тѣхъ и другихъ клѣткахъ были неясны. Далѣе, были найдены кровоизліянія въ области узловъ и кромѣ того слабое бѣлковое помутнѣніе и зернистость эндотелія капсулъ.

Афанасьевъ (въ 1885 г.) нашелъ аналогичныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ при отравленіи собакъ бертолетовой солью: въ острыхъ и въ болѣе рѣзкой степени въ хроническихъ случаяхъ отравленія наблюдались различныя проявленія бѣлковаго перерожденія.

При остромъ отравленіи собакъ минеральными кислотами Кацовскій (въ 1894 г.) нашелъ въ нервныхъ узлахъ сердца также паренхиматозныя измѣненія, которыя выражались въ слѣдующемъ. Протоплазма нервныхъ клѣтокъ становится очень крупно-и неравномѣрно-зернистой; при рѣзко выраженномъ измѣненіи клѣтка превращается въ конгломератъ зеренъ; такія зернисто-перерожденныя клѣтки часто увеличиваются въ объемъ до того, что плотно выполняютъ капсулу. Другое измѣненіе нервныхъ клѣтокъ состоитъ въ томъ, что онѣ становятся безъядерными, гомогенными и диффузно красятся ядерными красками, словомъ, — подвергаются некрозу. Далѣе, авторъ замѣтилъ еще увеличеніе перипеллюлярныхъ пространствъ и одновременно съ этимъ измѣненіе формы нервныхъ клѣтокъ, которыя изъ болѣе или менѣе округлыхъ становятся многоугольными влѣдствіе появленія отростковъ, которые протягиваются черезъ перипеллюлярное пространство; эти измѣненія авторъ

объясняетъ отекомъ капсулъ. Наконецъ, авторъ находилъ еще вакуолизацию ядеръ нервныхъ клѣтокъ, выражавшуюся исчезаніемъ ядрышка и хроматиннаго в-ва и превращеніемъ всего ядра въ прозрачный правильной формы пузырь, величина котораго большей частью превышала величину нормальнаго ядра. Протоплазма клѣтокъ съ такимъ измѣненіемъ ядеръ обыкновенно находилась въ состояніи зернистаго перерожденія и мутнаго набуханія. Капилляры и мелкіе венозные стволики были всегда растянуты кровью, что иногда вело къ кровоизліяніямъ въ межузловую клѣтчатку.

Сходныя же паренхиматозныя измѣненія въ сердечныхъ узлахъ описалъ Королевъ (въ 1894 г.) при механическомъ затрудненіи дыханія, искусственно вызванномъ у собакъ. Авторъ посредствомъ сжиманія резиновой трубки, введенной въ трахею (черезъ рану въ ней) вызывалъ различной продолжительности (отъ $\frac{1}{2}$ до 7 сутокъ) затрудненіе дыханія; кромѣ того авторъ въ 2-хъ случаяхъ прекращалъ опытъ и затѣмъ черезъ различные промежутки времени изслѣдовалъ сердечные узлы съ цѣлью опредѣлить, въ какой срокъ и какимъ образомъ возстановляется нормальное состояніе сердечныхъ узловъ. Опыты автора привели его къ заключенію, что чѣмъ дольше длится затрудненіе дыханія, тѣмъ измѣненія въ нервныхъ узлахъ рѣзче. Уже послѣ $\frac{1}{2}$ суточнаго затрудненія дыханія наблюдается мутное набуханіе и зернистость нервныхъ клѣтокъ, благодаря чему ядра плохо различаются, но все эти явленія исчезаютъ отъ укуской к-ты; при большей продолжительности опыта (черезъ 2 сутокъ и болѣе) многія нервныя клѣтки набухаютъ и совершенно выполняютъ капсулу, протоплазма становится гомогенной, оч. плохо окрашивается, ядра тоже плохо окрашиваются (водянистое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ). Перипеллюлярныя пространства при большей продолжительности стеноза увеличиваются. Жировое перерожденіе наступаетъ послѣ нѣсколькихъ сутокъ затрудненія дыханія (начиная съ 5-хъ) и прогрессируетъ при дальнѣйшемъ существованіи стеноза; жировое перерожденіе главнымъ образомъ развивается въ клѣткахъ подвергшихся водянистому перерожденію.

Далѣе авторъ наблюдалъ и вакуольное перерожденіе нервныхъ клѣтокъ. Одновременно съ этими паренхиматозными измѣненіями при затрудненіи дыханія въ нервныхъ узлахъ наступаютъ и интерстиціальныя измѣненія, выражающіяся инфильтраціей стромы узловъ лимфоидными элементами, проникающими подчасъ и въ полость капсулъ нервныхъ клѣтокъ; чѣмъ дольше длится затрудненіе дыханія, тѣмъ сильнѣе выражена круглоклѣточковая инфильтрація.

Кромѣ того во всѣхъ случаяхъ капилляры были сильно растянуты кровью и нерѣдко наблюдались въ окружности узловъ кровоизліянія.—На основаніи опытовъ, при которыхъ устранялось затрудненіе дыханія и черезъ извѣстные промежутки времени изслѣдовались сердечные узлы, авторъ приходитъ къ заключенію, что слабый инсультъ скоро проходить, а болѣе сильный настолько разстраиваетъ питаніе нервныхъ клѣтокъ, что измѣненія въ нихъ прогрессируютъ и по устраненіи вреднаго момента. Ядра нервныхъ клѣтокъ скорѣе всего оправляются и начинаютъ снова хорошо краситься.

Наконецъ, при голоданіи въ нервныхъ узлахъ сердца, равно какъ въ *gn. coeliacum*, *gn. segv. sup. n. sympathici* и др. были найдены Успенскимъ (въ 1896 г.) болѣе или менѣе рѣзкія паренхиматозныя измѣненія. Авторъ *) прежде всего отличаетъ двоякаго рода клѣтки—темныя и свѣтлыя, хотя въ сердечныхъ узлахъ разница между тѣми и другими выражена не такъ рѣзко, какъ въ другихъ узлахъ. Темныя клѣтки встрѣчаются рѣже свѣтлыхъ; темныя не выполняютъ капсулъ, оставляя большей или меньшей величины перичеселлюлярныя пространства; тѣло этихъ клѣтокъ болѣе или менѣе сморщено и имѣетъ нерѣдко болѣе или менѣе неправильную форму. Темныя клѣтки красятся интенсивнѣе ядерными красками. Ядро въ темныхъ клѣткахъ красится интенсивнѣе и нерѣдко является не пузырькообразнымъ, а неправильнымъ, угловатымъ, гомогеннымъ. Темныя клѣтки представляютъ собой болѣе старую стадію жизни нервной клѣтки, въ пользу чего говоритъ частая гомогенность и угловатость ядеръ этихъ клѣтокъ, что Pfitzner считаетъ старческимъ измѣненіемъ. Точно также въ пользу этого взгляда говорить и то, что темныя клѣтки часто являются сморщенными. При голоданіи темныя клѣтки поражаются раньше и сильнѣе чѣмъ свѣтлыя; при этомъ измѣняется какъ протоплазма, такъ и ядра нервныхъ клѣтокъ. Въ протоплазмѣ наблюдается главнымъ образомъ разрѣженіе ея, сморщиваніе же и вакуолизация (центральная и периферическая) лишь въ высшихъ степеняхъ голоданія. Въ ядрѣ наблюдается перемѣщеніе ядрышка въ протоплазму клѣтки, разрѣженіе ядра, вакуолизация его, потеря способности краситься или усиленіе этой способности, уменьшеніе въ объемѣ и превращеніе въ безструктурное. яркоокрашенное тѣльце. Всѣ эти дегенеративныя измѣненія

Trzebinsky

1896

*) какъ Конева въ *gn. Gasserii* и межпозвоночныхъ узлахъ, Trzebinsky въ спинномъ мозгу, de-Quervain—въ центр. нервной системѣ.

въ сердечныхъ узлахъ выражены слабѣе, чѣмъ въ остальныхъ. Чѣмъ сильнѣе выражена потеря въ вѣсѣ животнаго, тѣмъ рѣзче наблюдаемая въ узлахъ дегенеративныя измѣненія, которыя могутъ повести къ гибели нервныхъ клѣтокъ. Кромѣ указанныхъ измѣненій, со стороны кровеносныхъ сосудовъ наблюдается переполненіе венъ и капилляровъ, но эти явленія въ сердечныхъ узлахъ выражены не такъ рѣзко и лишь при высокихъ степеняхъ голоданія. Затѣмъ, авторъ изслѣдовалъ также измѣненія въ нервныхъ узлахъ при откармливаніи животныхъ послѣ голоданія, при чемъ оказалось, что раньше всего восстанавливаются ядра нервныхъ клѣтокъ, что наблюдалъ и Королевъ въ аналогичныхъ своихъ опытахъ.

Обзоръ вышеприведенныхъ изслѣдованій позволяетъ намъ сдѣлать то заключеніе, что узлы сердца, какъ нервныя образованія, очень чувствительны по отношенію къ различнаго рода вреднымъ вліяніямъ и что измѣненія въ нихъ легко наступаютъ при разнообразныхъ патологическихъ процессахъ. Эти патологическія измѣненія двоякаго рода: паренхиматозныя и интерстиціальныя. Первые развиваются, какъ и въ остальныхъ внутреннихъ органахъ, при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и при острыхъ отравленіяхъ разнообразными ядами, равно какъ и при голоданіи. Такая однородность измѣненій въ нервныхъ узлахъ объясняется вполне удовлетворительнымъ образомъ тѣмъ, что при всѣхъ указанныхъ процессахъ наступаетъ однородное нарушеніе нормальнаго состава крови вслѣдствіе поступленія въ нее продуктовъ жизнедѣятельности возбудителей болѣзней и самихъ больныхъ тканей, равно какъ и вслѣдствіе введенія тѣхъ или другихъ ядовитыхъ веществъ. Однако, кромѣ паренхиматозныхъ измѣненій, какъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ, такъ и при отравленіяхъ, могутъ развиваться въ нервныхъ узлахъ и интерстиціальныя измѣненія; это происходитъ, именно, при болѣе затяжномъ теченіи инфекціонной болѣзни (см., напримѣръ, изслѣдованія Пушкарева, Стоммы) или отравленія (см., напримѣръ, изслѣдованія Бочарова). Повидимому, на участіе соединительнотканной основы нервныхъ узловъ въ этихъ патологическихъ процессахъ надо смотрѣть, какъ на послѣдовательное явленіе; повидимому, пролиферація соединительной ткани наступаетъ лишь при болѣе значительномъ накопленіи въ организмѣ тѣхъ или иныхъ ядовитыхъ веществъ, которыя вызываютъ непосредственное рѣзкое пораженіе нервныхъ клѣтокъ и даже гибель многихъ изъ нихъ; лишь послѣ этого начинаются послѣдовательныя измѣненія со стороны соединительнотканнхъ частей нервныхъ узловъ.

Если теперь обратиться къ хроническимъ болѣзнямъ сердца, легкихъ, почекъ и др., то здѣсь уже патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ узлахъ всегда проявляются въ видѣ сочетанія обоюродныхъ процессовъ, паренхиматознаго и интерстиціального, но часто на первый планъ выступаютъ явленія со стороны соединительнотканной основы. Наступающія здѣсь паренхиматозныя и интерстиціальныя измѣненія объясняются опять-таки въ значительной степени нарушеніемъ нормальнаго состава крови (при хроническихъ нефритахъ, при хроническихъ болѣзняхъ дыхательныхъ органовъ, при болѣзняхъ сердца), но также и нарушеніемъ условій правильнаго кровообращенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ, какъ, на примѣръ, при страданіяхъ клапановъ сердца, обусловливаются прямымъ распространеніемъ воспалительнаго процесса съ этихъ клапановъ по промежуточной соединительной ткани на нервные узлы (см., на примѣръ, изслѣдованія Кузнецова).

Патолого-анатомическія измѣненія, производимыя сифилисомъ, были точно и систематически описаны Вирховомъ въ цѣломъ рядѣ изслѣдованій, результаты которыхъ подробно изложены въ классическомъ его сочиненіи: „Ученіе объ опухоляхъ“ (въ главѣ о грануляціонныхъ опухоляхъ, стр. 263—334). По Вирхову, сифилитическій ядъ имѣетъ особенное отношеніе къ соединительнотканной основѣ различныхъ органовъ человѣческаго тѣла; это отношеніе сказывается въ особомъ раздражающемъ вліяніи; въ тѣхъ случаяхъ, которые Вирховъ называетъ легкими, сказанное вліяніе сифилиса проявляется въ видѣ простой разлитой гиперплазіи соединительнотканной основы; въ случаяхъ тяжелыхъ, гдѣ раздражающее вліяніе очень велико, развиваются гуммозные опухоли. Затѣмъ Вирховъ отличаетъ еще амилоидныя измѣненія, но считаетъ ихъ свойственными не самому сифилису, а производимой имъ кахексіи. Взгляды Вирхова прочно установились въ патологической анатоміи и въ настоящее время соединительнотканная гиперплазія въ видѣ гуммозныхъ опухолей считается характерной и типической особенностью сифилитическаго процесса; что же касается разлитой гиперплазіи, то она представляетъ обычное и постоянное явленіе при этой болѣзни.

Наблюдаемая при сифилисѣ различныхъ внутреннихъ органовъ паренхиматозныя измѣненія ставятся въ зависимость отъ измѣненій

интерстициальных; паренхиматозныя измѣненія обыкновенно происходятъ вторичнымъ путемъ вслѣдствіе механическаго сдавленія клѣточныхъ элементовъ паренхимы и сосудовъ разросшейся соединительной тканью. Однако, на ряду съ этимъ возрѣніемъ существуетъ еще другое, по которому паренхиматозныя измѣненія внутреннихъ органовъ могутъ развиваться при сифилисѣ первично, какъ результатъ непосредственнаго воздѣйствія сифилитическаго яда на железистые элементы внутреннихъ органовъ. Такойъ взглядъ высказанъ Веер'омъ, проф. Ивановскимъ. Первый (въ «die Eingeveidesyphilis») находилъ, напр., рѣзкія измѣненія почечнаго эпителия на ряду съ незначительными измѣненіями въ соединительной ткани и вообще считаетъ возможнымъ на ряду съ интерстициальной и смѣшанной формами пораженія признавать существованіе и чисто паренхиматозной. Точно также и проф. Ивановскій (въ своей диссертаци) собралъ большой патолого-анатомическій матерьялъ, гдѣ паренхиматозныя измѣненія (въ видѣ бѣлковаго и жироваго перерожденія) въ различныхъ железистыхъ органахъ (печени, почкахъ, яичкахъ, яичникахъ, щитовидной железнѣ, слюнныхъ железахъ и др.) наступали одновременно или даже раньше измѣненій въ соединительной ткани.

Въ работѣ Петрова («Измѣненія симпатической нервной системы въ конституціональномъ сифилисѣ»), имѣющей непосредственное отношеніе къ интересующему насъ вопросу объ измѣненіяхъ въ сердечныхъ узлахъ при сифилисѣ, мы находимъ въ извѣстной степени подтвержденіе вышеизложеннаго взгляда. Петровъ изслѣдовалъ нижній шейный узелъ, грудныя и брюшныя сплетенія. Въ одной группѣ случаевъ были измѣнены только нервныя клѣтки (пигментное и др. перерожденія), въ другой — измѣненія касались главнымъ образомъ соединительной ткани: она значительно разрослась между нервными элементами, капсулы нервныхъ клѣтокъ были утолщены; всѣ эти измѣненія были причиной различныхъ дегенеративныхъ измѣненій въ нервныхъ элементахъ.

Прежде чѣмъ изложить результаты своихъ собственныхъ изслѣдованій, считаю нужнымъ указать на примѣнявшіеся мной методы изслѣдованія.

Необходимые для изслѣдованія объекты брались мной, согласно указаніямъ проф. Иванова, изъ ниже-задней части перего-

родки предсердій. Нелишнее отмѣтить, что наиболѣе богатыми крупными узлами оказались тѣ кусочки, которые брались изъ части перегородки, переходящей въ стѣнку лѣваго предсердія; эти кусочки состоятъ изъ мышцы, небольшого слоя жировой клѣтчатки и эпикардія. Тѣ кусочки, которые соотвѣтствуютъ средней части перегородки и которые содержатъ большое количество жировой клѣтчатки, не богаты узлами и узлы въ нихъ небольшой величины; менѣе всего пригодны кусочки перегородки, соотвѣтствующіе стѣнкѣ праваго предсердія. Кромѣ того, нижнія лежація недалеко отъ вѣнечной борозды части перегородки, оказались по величинѣ и количеству узловъ наиболѣе пригодными для изслѣдованія.

Для фиксаціи и уплотнѣнія объектовъ я примѣнялъ мюллеровскую жидкость, формоль-мюллеровскую смѣсь (по Орту ^{*)}), флеммингову жидкость и жидкость Marchi. Способъ примѣненія всѣхъ этихъ жидкостей ничѣмъ не отличался отъ обычнаго ихъ употребленія. Скажу только о формоль-мюллеровской смѣси. Ортъ рекомендовалъ эту смѣсь, состоящую изъ 10 к. с. формалина и 100 к. с. мюллеровской жидкости, какъ очень удобную фиксирующую и уплотняющую жидкость. Способъ употребленія, примѣненный мной согласно указаніямъ Орта, слѣдующій: кусочки до 1 к. с. величиной помѣщаются на 1—1½ сутки въ смѣсь; если пользоваться термостатомъ (при 37—38°), то для фиксаціи и уплотнѣнія кусочковъ величиной въ нѣсколько кубич. миллим. до ½ к. с. достаточно 3—4-хъ часовъ, болѣе же крупные кусочки до 1 к. с. должны лежать въ смѣси часовъ 12 (въ теченіи ночи). Слѣдующее за тѣмъ промываніе въ текучей водѣ должно длиться нѣсколько больше, чѣмъ при примѣненіи мюллеровской жидкости, но для маленькихъ кусочковъ суточного промыванія обыкновенно достаточно; за промываніемъ слѣдуетъ окончательное уплотнѣніе и обезвоживаніе въ 70°, 90° и абс. алкоголѣ (сутки въ каждомъ). Затѣмъ слѣдуетъ по обычнымъ правиламъ заключеніе въ целлоидинъ. Окрашиваніе срѣзовъ, подвергавшихся дѣйствію формоль-мюллеровской жидкости, прекрасно уадается различными красками, ничуть не хуже, чѣмъ при примѣненіи мюллеровской жидкости. Для окрашиванія я примѣнялъ обыкновенно двойную окраску гематоксилиномъ и эозиномъ, борнымъ карминомъ и индигокарминомъ (слабымъ спиртнымъ растворомъ его), затѣмъ van Gieson'овскую смѣсь; кромѣ того для препаратовъ, подвергавшихся

^{*)} Berliner. klin. Wochenschr. 1896 г. № 13, см. также рефератъ во «Врачѣ» 1896 г.

дѣйствию осміевоі к-ты—сафранинъ, иногда въ сочетаніи съ пикриновой кислотой.—Сравненіе препаратовъ, обработанныхъ формоль-мюллеровской смѣсью, съ препаратами, подвергавшимися дѣйствию мюллеровской жидкости, показываетъ, что фиксація при примѣненіи формоль-мюллеровской смѣси получается вполне удовлетворительная, дѣлающая употребленіе этой смѣси вполне желательнымъ. По отношенію къ мюллеровской жидкости эта смѣсь имѣетъ то особенное преимущество, что приводитъ къ цѣли, безъ всякаго ущерба, гораздо быстрее.

Препараты я заключалъ только въ целлоидинъ; заключеніе въ параффинъ въ данномъ случаѣ, когда требуется отыскиваніе нервныхъ узловъ, непримѣнимо. Дѣйствительно, не каждый срѣзь содержитъ узлы, благодаря тому, что эти послѣдніе разсѣяны въ подперикардіальной жировой клѣтчаткѣ безъ всякаго порядка, на различномъ разстояніи другъ отъ друга; вслѣдствіе этого случайно вырѣзанный кусочекъ можетъ содержать много клѣтчатки и мало узловъ. Поэтому срѣзъы, при самомъ ихъ приготовленіи время отъ времени должны быть контролируемы подъ микроскопомъ, пока въ нихъ не начнутъ появляться узлы. Но и тогда, когда узелъ уже будетъ найденъ, все-таки время отъ времени надо убѣждаться, не разложенъ ли онъ весь на срѣзъы, такъ какъ узлы имѣютъ самую разнообразную величину: одни, напр., видны простымъ глазомъ (въ нѣсколько десятыхъ миллиметра и даже до миллиметра), другіе же малы и подъ микроскопомъ (въ нѣсколько сотыхъ миллиметра и меньше).

Дальнѣйшая обработка срѣзозъ производилась по обычнымъ правиламъ.

Такъ какъ подробное описаніе сердечныхъ узловъ было многократно сдѣлано уже прежними изслѣдователями, то я ограничусь въ этомъ отношеніи лишь самымъ необходимымъ. Нервные узлы различной величины заложены въ перегородкѣ предсердій подъ перикардіемъ въ рыхлой жировой клѣтчаткѣ. Каждый узелъ состоитъ изъ волокнистой капсулы, изъ составляющей строму узла соединительной ткани, изъ проходящихъ въ этой послѣдней нервныхъ волоконъ и изъ нервныхъ клѣтокъ; эти послѣднія лежатъ въ особыхъ полостяхъ стромы, высланныхъ небольшимъ количествомъ эндотелиальныхъ клѣтокъ; нервныя клѣтки представляютъ крупныя образованія, имѣютъ очень нѣжнозернистую протоплазму, крупное, пузырькообразное ядро, снабженное крупнымъ ядрышкомъ и бѣдное хроматиновымъ веществомъ. Иногда въ клѣткѣ два ядра (что не представляетъ такого рѣдкаго явленія, какъ думаютъ нѣкоторые изслѣ-

дователи). Число клѣтокъ въ узлѣ различно: отъ 3—4, до 45—50 (въ одномъ изъ моихъ случаевъ), самое обыкновенное—10—15, но нерѣдко 20 клѣтокъ. Изъ окружающей жировой клѣтчатки въ узлы проникають капилляры.

Обращаясь къ изложенію результатовъ собственныхъ изслѣдованій, замѣчу прежде всего, что бывшій въ моемъ распоряженіи патолого-анатомическій матерьялъ происходилъ гл. обр. отъ субъектовъ, у которыхъ сифилисъ былъ застарѣлый, въ третичномъ періодѣ, хотя были также немногіе случаи, гдѣ сифилисъ выражался поздними проявленіями вторичнаго періода (случ. 9 и 21). Гуммы въ внутреннихъ органахъ были лишь въ 3-хъ случаяхъ (12, 17 и 20). Во всѣхъ этихъ случаяхъ въ нервныхъ узлахъ сердца измѣненія были совершенно однороднаго характера и выражались прежде всего явленіями интерстиціальными. Правда, не во всѣхъ случаяхъ процессъ выраженъ былъ одинаково рѣзко, въ нѣкоторыхъ онъ былъ развитъ въ высокой степени (напр., случ. 1, 2, 4 и др.), въ нѣкоторыхъ менѣе рѣзко (напр., случ. 7, 8, 18, 19), но во всякомъ случаѣ, какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ онъ выражался однородными измѣненіями въ соединительнотканной стромѣ узловъ. Такимъ образомъ общій характеръ замѣченныхъ мной измѣненій въ нервныхъ узлахъ при сифилисѣ вполне соответствуетъ господствующему взгляду на производимыя имъ патолого-анатомическія измѣненія въ организмѣ.

Въ частности эти интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ проявлялись прежде всего въ инфильтраціи ихъ стромы круглыми и веретенообразными элементами, располагавшимися въ промежуткахъ между капсулами нервныхъ клѣтокъ. Эта инфильтрація обыкновенно была разсѣяна болѣе или менѣе равномерно внутри узла, хотя не во всѣхъ узлахъ (одного и того же случая) была одинаково сильно выражена: попадались на ряду съ сильно пораженными узлами и такіе, гдѣ инфильтрація, повидимому, только начинала развиваться. Инфильтрація круглыми и веретенообразными элементами далеко не всегда ограничивалась одной только областью узла, напротивъ, она изъ этого послѣдняго нерѣдко распространялась на окружающую жировую клѣтчатку, въ которой, кромѣ того, наблюдались и совершенно самостоятельные очаги, составленные изъ такихъ же круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ (напр., случаи 6, 18 и др.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такая инфильтрація

была выражена слабо, но за то нервныя клѣтки были раздвинуты болѣе или менѣе сильно промежуточной волокнистой соединительной тканью (напр., случай 13 и др.). Въ этихъ случаяхъ мы, повидимому, имѣли дѣло съ тѣмъ же основнымъ процессомъ, но уже далеко зашедшимъ, съ конечной стадіей процесса, когда изъ молодой соединительной ткани богатой клѣточными элементами, развилась волокнистая, бѣдная таковыми, ткань. Точно также и въ межузловой жировой клѣтчаткѣ далеко нерѣдко можно было встрѣтить замѣщающія жировую ткань полосы плотной волокнистой ткани, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ большомъ количествѣ (напр., случаи 2, 4, 5, 11 и др.). Въмѣстѣ съ тѣмъ въ такихъ случаяхъ волокнистыя капсулы отдѣльныхъ нервныхъ узловъ были часто утолщены, причемъ это утолщеніе нерѣдко распространялось не на всю капсулу, а лишь на нѣкоторую часть ея.

Наряду съ указанными явленіями, въ стромѣ узловъ, какъ обычное и постоянное явленіе, выступаютъ еще характерныя измѣненія со стороны клѣточныхъ капсулъ. Эти измѣненія въ капсулахъ нервныхъ клѣтокъ также интерстиціального характера и выражаются онѣ въ началѣ процесса размноженіемъ эндотелія капсулъ, который затѣмъ въ дальнѣйшемъ складывается нѣсколькими концентрическими слоями вокругъ нервныхъ клѣтокъ (см. рис. 1), причемъ нерѣдко полость капсулы представляется болѣе или менѣе суженной. Дальнѣйшія измѣненія состоятъ въ томъ, что въ утолщенныхъ концентрически-слоистыхъ капсулахъ увеличивается количество соединительнотканнхъ волоконъ, тогда какъ число ядерныхъ элементовъ уменьшается; эти послѣднія измѣненія въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаютъ значительнаго развитія, что выражается бѣдностью толстыхъ волокнистыхъ капсулъ клѣточными элементами (случаи 10, 11, 13, 16, см. рис. 3). Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ утолщеніе капсулъ достигло уже болѣе или менѣе значительной степени, мы уже не находимъ эндотелія на внутренней поверхности капсулъ, при менѣе же значительномъ утолщеніи ихъ нерѣдко можно видѣть, что число клѣтокъ эндотелія на внутренней поверхности капсулъ болѣе или менѣе увеличено, отдѣльныя клѣтки набухли, округлились и расположились непрерывнымъ слоемъ соответственно большей или меньшей части периферіи нервной клѣтки. Нерѣдко также на препаратахъ можно замѣтить, что въ полость утолщенной клѣточной капсулы проникли круглые элементы, количество которыхъ можетъ возрасти до значительной степени; въ такихъ случаяхъ обыкновенно сильно измѣненная и сморщенная нервная клѣтка

покрывается и пронизывается вѣдряющимися въ нее круглыми элементами; иногда капсула заполняется круглыми элементами, а отъ нервной клѣтки остается лишь небольшой плохоокрашивающійся комочекъ протоплазмы. И здѣсь, аналогично тому, что описано выше относительно капсулъ и относительно внутриузловой стромы, встрѣчаются дальнѣйшія стадіи того же процесса, выражающіяся запусѣніемъ клѣточныхъ капсулъ, которыя выполняются въ такихъ случаяхъ волокнистой, содержащей въ большемъ или меньшемъ количествѣ круглыя и веретенообразныя ядра, соединительной тканью (напр., случай 4, см. рис. 2). Въ такихъ случаяхъ на характеръ происходившаго здѣсь процесса указываютъ различныя переходныя формы отъ слегка лишь утолщенной капсулы до рѣзкаго ея утолщенія и до окончательнаго запусѣнія; кромѣ того округлость и концентрически-слоистое строеніе такихъ образованій даетъ намъ указаніе на то, съ чѣмъ мы въ сущности имѣемъ здѣсь дѣло.

Должно замѣтить, что вышеописанныя измѣненія въ клѣточныхъ капсулахъ выражены далеко не во всѣхъ нихъ въ одинаковой степени; напротивъ, въ нервныхъ узлахъ наряду съ сильно измѣненными капсулами нервныхъ клѣтокъ встрѣчаются такія, гдѣ процессъ лишь начинается и выраженъ слабо и такія, которыя занимаютъ среднее мѣсто между указанными крайними формами проявленія процесса. Въ особенности въ большихъ узлахъ, содержащихъ много нервныхъ клѣтокъ, можно встрѣтить разнообразныя стадіи процесса и потому крупныя узлы (въ 15 — 20 клѣтокъ и болѣе) особенно удобны для изслѣдованія. Вышеуказанное относится не только къ отдѣльнымъ нервнымъ узламъ, но и къ различнымъ, такъ какъ и въ нихъ интерстиціальныя измѣненія развиваются не въ одинаковой степени: и здѣсь на ряду съ болѣе или менѣе сильно измѣненными узлами попадаются (въ томъ же случаѣ) и такіе, которые представляютъ лишь незначительныя отступленія отъ нормы. Въ этомъ можно видѣть проявленіе общихъ свойствъ сифилитической инфекции, которая обыкновенно имѣетъ склонность вызывать въ различныхъ органахъ гнѣздыя пораженія. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отношеніе количества сильно измѣненныхъ нервныхъ узловъ къ количеству мало измѣненныхъ подвержено значительнымъ колебаніямъ; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ процессъ выраженъ очень рѣзко, перевѣсъ всегда на сторонѣ первыхъ (сильно измѣненныхъ узловъ), и наоборотъ.

Вотъ въ общихъ чертахъ всѣ тѣ явленія интерстиціальнаго

характера, которыя составляютъ сущность вызываемыхъ сифилисомъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ нервныхъ узлахъ.

Что касается нервныхъ волоконъ, то и въ нихъ встрѣчалось скопленіе круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ въ промежуткахъ между отдѣльными волоконцами; кромѣ того въ нервныхъ волокнахъ нерѣдко болѣе или менѣе утолщены были ихъ соединительнотканныя влагалища. Въ общемъ измѣненія въ нервныхъ волокнахъ были выражены менѣе рѣзко, чѣмъ въ нервныхъ узлахъ.

Но на ряду съ указанными интерстиціальными измѣненіями въ нервныхъ узлахъ во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ наблюдались и паренхиматозныя измѣненія. Нервныя клѣтки во всѣхъ случаяхъ были болѣе или менѣе измѣнены. На препаратахъ можно было замѣтить разнообразныя проявленія бѣлковаго и жироваго перерожденія. Такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, нервныя клѣтки были мутны, набухли, какъ бы запылены и ядра ихъ были плохо или совсѣмъ незамѣтны; другія клѣтки совсѣмъ потеряли ядра и плохо красились (некрозъ); нѣкоторыя были вакуолизированы (съ центральной и периферической вакуолизацией), другія находились въ состояніи сѣтчататаго разрѣженія. Далѣе, жировое перерожденіе было отмѣчено въ очень многихъ случаяхъ, разумѣется, въ различной степени. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ клѣткахъ наблюдался пигментъ въ небольшихъ количествахъ (но считать это явленіе патологическимъ нельзя, такъ какъ у пожилыхъ субъектовъ въ нервныхъ клѣткахъ узловъ пигментъ появляется и при нормальныхъ условіяхъ). Ядра нервныхъ клѣтокъ тоже нерѣдко были измѣнены, такъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ нервныя клѣтки вмѣсто нормальнаго пузырькообразнаго крупнаго ядра, съ крупнымъ ядрышкомъ и незначительнымъ количествомъ хроматиннаго вещества имѣли ядро въ видѣ угловатаго или мелкозубчатаго плотнаго хроматиннаго комочка, интензивно и равномерно окрашивавшагося ядерными красками; при этомъ въ началѣ ядрышко еще замѣтно, но затѣмъ и оно исчезаетъ. Подобныя измѣненія въ ядрѣ наблюдалъ Успенскій при голоданій и др. Въ моихъ случаяхъ эти измѣненія въ ядрахъ были далеко нерѣдки. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ наступали другія измѣненія, именно: вокругъ ядеръ появлялся свѣтлый ободокъ, причемъ протоплазма представлялась набухшей, болѣе или менѣе однородной и плохо окрашивалась.

Перицеллюлярныя пространства въ нѣкоторыхъ случаяхъ были слабо или даже совсѣмъ не выражены, но за то въ другихъ случаяхъ они были очень велики, при этомъ нервныя клѣтки были сморщены,

малы и соединялись съ капсулой посредством тоненькихъ отростковъ.

Всѣ вышеуказанныя паренхиматозныя измѣненія не могутъ, конечно, быть приписаны всецѣло сифилису и съ полнымъ правомъ должны быть отнесены на счетъ тѣхъ сопутствующихъ патологическихкихъ процессовъ, которые найдены были въ трупахъ сифилитиковъ, отъ которыхъ былъ взятъ мой матерьялъ. Однако, извѣстная часть этихъ измѣненій можетъ быть поставлена въ связь съ сифилисомъ. Дѣло въ томъ, что нерѣдко различныя дегеративныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, напр. атрофія ихъ, жировое перерождение, сѣтчатое разрѣженіе, некрозъ, были болѣе или менѣе рѣзко выражены въ тѣхъ изъ нихъ, капсулы которыхъ были очень сильно утолщены (см. рис. 1) и механически сдавливали клѣтки. Въ этихъ случаяхъ дегенеративныя измѣненія нервныхъ клѣтокъ могутъ быть истолкованы, какъ послѣдовательныя, вторично развившіяся вслѣдъ за сильными измѣненіями клѣточныхъ капсулъ.

Но и помимо этого, указанные паренхиматозныя измѣненія въ извѣстной степени могутъ быть приписаны производимымъ сифилисомъ измѣненіямъ въ сосудахъ, которыя наблюдались и въ нашихъ случаяхъ. Дѣйствительно, въ нашихъ случаяхъ очень часто встрѣчалось гіалиновое перерождение капилляровъ нервныхъ узловъ и волоконъ, а также капилляровъ и мелкихъ сосудовъ междузловой и межмышечной клѣтчатки; сверхъ того въ 3-хъ случаяхъ (6, 14, 16) было констатировано также и амилоидное перерождение *) капилляровъ въ узлахъ (см. рис. 4) и окружающихъ частяхъ. Амилоидное перерождение есть обычное явленіе при сифилисѣ; что же касается гіалиноваго, то и оно можетъ обусловливаться сифилисомъ; въ пользу этого говорить то обстоятельство, что большинство изслѣдователей считаетъ гіалиновое перерождение предшествующей стадіей амилоиднаго; кромѣ того, существуютъ прямыя указанія на возможность появления этого перерожденія при сифилисѣ. Такъ, профессоръ Ивановскій (см. диссертацию его) нашель при сифилисѣ въ сосудахъ яичниковъ гіалиновое перерождение. Усковъ нашель гіалиновое перерождение сосудовъ мягкой мозговой оболочки у сифилитика, умершаго въ кондиломатозномъ періодѣ. Введенскій нашель гіалиновое перерождение сосудовъ въ первичномъ склерозѣ, Омельченко—въ сосудахъ кожи при папулезномъ сифилисѣ, Зельдовичъ—въ сосудис-

*) Для опредѣленія амилоиднаго перерожденія были примѣнены обычные реактивы: іодъ, іодъ съ сѣрной кислотой, генціанавіолетъ.

тыхъ петляхъ мальпигіевыхъ клубочковъ почекъ у дѣтей при врожденномъ сифилисѣ.

Вышеуказанныя измѣненія въ сосудахъ, естественнымъ образомъ, могли послужить причиной разстройства питанія нервныхъ клѣтокъ и вызвать въ этихъ послѣднихъ цѣлый рядъ дегенеративныхъ измѣненій. Но кромѣ этого, условія нормальнаго питанія нервныхъ клѣтокъ могли нарушиться въ нашихъ случаяхъ еще благодаря сдавленію сосудовъ инфильтрирующими строму нервныхъ узловъ и часто межузловую клѣтчатку круглыми и веретенообразными элементами.

Но, съ другой стороны, нельзя также отрицать возможности того, что дегенеративныя измѣненія нервныхъ клѣтокъ, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторой степени, обязаны своимъ происхожденіемъ непосредственному дѣйствию сифилитическаго яда. Въ пользу такой возможности говорятъ вышеприведенныя изслѣдованія Веег'а, проф. Ивановскаго, отчасти Петрова и кромѣ того общія соображенія. Дѣйствительно, всѣ инфекціонныя заболѣванія вызываютъ болѣе или менѣе рѣзкія паренхиматозныя измѣненія въ органахъ, слѣдовательно, и сифилитическая инфекція, какъ и всякая другая, можетъ быть причиной паренхиматозныхъ измѣненій.

Одновременно съ нервными узлами изслѣдованы были въ нѣкоторыхъ случаяхъ (1, 2, 4, 7, 8, 9, 12, 18, 21) и внутренніе органы (печень, почки, сердечная мышца, иногда лимфатическія железы, яички). Во всѣхъ этихъ случаяхъ были констатированы обычныя при сифилитическомъ процессѣ патолого-анатомическія измѣненія, т. е. тѣже интерстиціальныя измѣненія, что и въ нервныхъ узлахъ.

Если сравнить вышеизложенные результаты съ результатами изслѣдованія нервныхъ узловъ при другихъ патологическихъ процессахъ, то, какъ видно изъ вышеприведеннаго очерка патологической гистологіи нервныхъ узловъ, оказывается, что при сифилисѣ патолого-анатомическія измѣненія въ узлахъ представляютъ въ извѣстной степени сходство съ измѣненіями, найденными при различныхъ хроническихъ болѣзняхъ (сердца, почекъ и другихъ). Такъ какъ у нѣкоторыхъ изъ изслѣдованныхъ мной сифилитиковъ были эти хроническія болѣзни (напр., нефритъ, интерстиціальныя и паренхиматозныя, былъ въ случаяхъ 2, 6, 12, 16, 17 и др., недостаточность клапановъ аорты и расширение ея—въ сл. 7, 11, недостаточность клапановъ аорты, интерстиціальныя миокардитъ — въ сл. 8, недостаточность и хроническій эндокардитъ клапановъ двухстворчатаго,

трехстворчатого и аорты—въ сл. 15, артерioskлерозъ—въ большинствѣ случаевъ), то можетъ возникнуть вопросъ, не играли-ли здѣсь большей или меньшей роли въ развитіи интерстиціальнаго измѣненія въ нервныхъ узлахъ эти сопутствующія болѣзни? Но противъ такого предположенія говоритъ, во-первыхъ, то обстоятельство, что въ моемъ патолого-анатомическомъ матерьялѣ были случаи чистые (напримѣръ, 1, 3, 4, 20), гдѣ побочныхъ хроническихъ болѣзней не было и гдѣ интерстиціальныи процессъ въ нервныхъ узлахъ былъ выраженъ очень рѣзко. Во-вторыхъ, описанныя измѣненія были въ нѣкоторыхъ случаяхъ развиты въ умѣренной степени, между тѣмъ какъ указанные побочныя заболѣванія въ этихъ же случаяхъ были выражены сильно (напр. случаи 7, 8 и др.), и наоборотъ. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ на ряду съ интерстиціальными измѣненіями въ нервныхъ узлахъ были найдены такія же измѣненія и въ другихъ органахъ (печени, почкахъ, сердечной мышцѣ, яичкахъ, лимфатическихъ железахъ); всѣ эти однородныя измѣненія служили, слѣдовательно, выраженіемъ одного и того же общаго патологическаго процесса, т. е. сифилиса.

Къ этому можно прибавить еще то, что сифилисъ самъ по себѣ можетъ быть причинойъ различныхъ заболѣваній сердца и большихъ сосудовъ (артерioskлероза, недостаточности клапановъ аорты, аневризмы аорты, склероза вѣнечныхъ артерій). Въ этомъ отношеніи мы можемъ сослаться на Dittrich'a, Oppolzer'a, Landouzy, Jaccoud, Cornil,я и др. *), давшихъ описанія различныхъ сифилитическихъ поражений сердца и аорты. Точно также и болѣзни почекъ (въ видѣ паренхиматознаго и интерстиціальнаго нефрита) могутъ порождаться сифилисомъ, въ пользу чего говорятъ, на примѣръ, наблюденія Веер'a, Ивановскаго, Wagner'a, Virchow'a, Mauriac'a *) и др. Такимъ образомъ и въ нашихъ случаяхъ указанные сопутствующія болѣзни (сердца, почекъ) могутъ быть, по крайней мѣрѣ въ извѣстной степени, отнесены на счетъ сифилиса.

Все вышеизложенное можетъ быть вкратцѣ резюмировано слѣдующимъ образомъ.

1) Нервные узлы сердца претерпѣваютъ при позднихъ проявленіяхъ вторичнаго періода и при третичномъ періодѣ сифилиса измѣненія совершенно аналогичныя тѣмъ, которыя наблюдаются при томъ же процессѣ въ другихъ органахъ.

2) На первый планъ въ нервныхъ узлахъ сердца при сифилисѣ

*) Цитировано по Neumann'у, Syphilis. 1896 г.

выступаютъ измѣненія интерстиціальныя, которыя выражаются: а) инфильтраціей стромы узловъ круглыми и веретенообразными элементами и б) болѣе или менѣе рѣзкимъ утолщеніемъ капсулъ нервныхъ клѣтокъ.

3) Утолщеніе капсулъ нервныхъ клѣтокъ ведетъ нерѣдко къ болѣе или менѣе значительному суженію полости капсулъ и даже къ полному ихъ заустѣнію.

4) Инфильтрирующіе строму нервныхъ узловъ, равно какъ капсулы нервныхъ клѣтокъ, круглые и веретенообразные элементы могутъ подвергаться такимъ же измѣненіямъ, какія вообще наблюдаются въ молодой соединительной ткани, т. е. на ихъ мѣстѣ можетъ развиться волокнистая бѣдная клѣточными элементами соединительная ткань.

5) Въ нервныхъ узлахъ наблюдаются также свойственныя сифилису измѣненія въ сосудахъ: амилоидное и гіалиновое ихъ перерожденіе.

6) Нервные клѣтки сердечныхъ узловъ подвергаются часто при сифилисѣ различнымъ дегенеративнымъ измѣненіямъ, которыя частью развиваются послѣдовательно: а) благодаря сильному утолщенію капсулъ нервныхъ клѣтокъ и б) вслѣдствіе ненормальныхъ условій питанія, являющихся результатомъ вышеуказаннаго перерожденія сосудовъ въ узлахъ, частью же, вѣроятно, развиваются первично, какъ результатъ непосредственнаго воздѣйствія сифилитическаго яда.

Приношу искреннюю свою благодарность многоуважаемому профессору Константину Николаевичу Виноградову за предложеніе темы и за совѣты при выполненіи настоящей работы. Считаю также своимъ долгомъ выразить благодарность гг. прозекторамъ больницъ и Клиническаго Военнаго Госпиталя, изъ которыхъ я получалъ патолого-анатомическій матерьялъ: докторамъ Н. И. Кускову, Е. А. Пастору, А. И. Моисееву и И. П. Коровину.

П Р И Л О Ж Е Н І Е.

Случай 1-й. Купецъ О. Од—ій, около 45 л., умеръ въ С.-Петербургской лечебницѣ душевнобольныхъ д-ра Фрея 30 Юля 1894 г. Покойный давно имѣлъ сифились. Въ 1891 г. первый апоплектический ударъ, чрезъ нѣсколько времени послѣ того развилось слабоуміе. Въ день смерти утромъ рвота и скоро затѣмъ смерть. Вскрытіе произведено проф. Виноградовымъ 31 Юля.

При вскрытіи найдено: На кожѣ ничего особеннаго, только небольшой бѣловатый рубецъ на правомъ бедрѣ около паха. Крѣпкое сложеніе, хорошее питаніе. Черепъ брахицефалич. типа, утолщень и склерозированъ, лобная кость на внутренней поверхности шероховата. Dura mater напряжена и утолщена. Извилины мозга сдавлены. Ріа гиперемирована, тонка, снимается легко. Лѣвое полушаріе склерозировано, особенно затылочная доля. Въ правомъ полушаріи два гнѣзда свѣжаго кровоизліянія (одно спереди полосатаго тѣла въ куриное яйцо, другое сзади и снаружи thalamus opticus въ гусиное яйцо), сообщающіяся съ боковымъ желудочкомъ и между собой чрезъ nucleus lenticularis. Желудочекъ растянуть и наполнить жидкой кровью со свертками. Правое полушаріе въ задней половинѣ рѣзко склерозировано, трудно рѣжется; подъ ріа на темянной и височной его доляхъ разлитое кровоизліяніе. Подъ lobus paracentralis на уровнѣ corp. callosum тотчасъ подъ истонченной корой кистовидная полость въ миндальный орѣхъ съ плотными сильно пигментированными стѣнками; кзади отъ нея вторая подобная же полость въ лѣсной орѣхъ. Въ лѣвомъ nucleus lenticularis кистовидная полость съ небольшую горошину и другая кзади въ лѣсной орѣхъ, наполненная свернувшюся кровью. Въ лѣвой затылочной долѣ близъ коры мелкія кистовидныя полости. Такія же полости въ мозжечкѣ и продолговатомъ мозгѣ. Ткань мозжечка склерозирована, почти хрящевой плотности. Артеріи на основаніи мозга сильно склерозированы и расширены. Артеріи на поверхности мозга и мозжечка склерозированы мѣстами, представляя видъ четокъ или шнур-

ковъ съ узловатыми бѣлыми утолщеніями до мельчайшихъ развѣтвленій. Лѣвое легкое многокрово, эмфизематозно; въ верхней долѣ творожистый плотный узелъ съ горошину и 2 размягченныхъ бѣловатыхъ гнѣзда въ крупный лѣсной орѣхъ и въ кедровый орѣхъ. Правое легкое многокрово, отечно. Сердце увеличено, покрыто жиромъ, вѣнечныя артеріи имѣютъ узловатый видъ отъ склеротическихкихъ разсѣянныхъ на нихъ бляшекъ. Стѣнка праваго желудочка нормальной толщины, лѣваго утолщена, блѣдна съ желтоватыми участками подъ эндокардомъ лѣваго желудочка. Двустворчатый клапанъ по свободному краю утолщенъ, зернистъ. Клапаны аорты слегка и равномерно утолщены, sinus Valsalvae расширены, на мѣстѣ устья вѣнечныхъ артерій вдавленія и склеротич. бляшки intimaе до 1 сант. въ диаметрѣ. Intima вышележащихъ частей аорты слегка шероховата и неровна. Печень сморщена, немного уменьшена, зерниста на разрѣзѣ, многокровна, буроватаго цвѣта. Селезенка увеличена значительно, немного плотна, пульса выскабливается въ небольшомъ количествѣ; около hilus ея добавочная селезенка въ лѣсной орѣхъ.—Почки дряблы, нѣсколько гиперемированы, капсула снимается легко, подъ нею поверхность почки съ небольшими атрофическими вдавленіями. На правой почкѣ почти по срединѣ на корковомъ слоѣ выдается мягкая мозговидная опухоль въ лѣсной орѣхъ. Въ желудкѣ венозная гиперемія, въ выходѣ тисоза тонка, плотна и зерниста. Тонкія кишки блѣдны; въ начальной части толстыхъ солитарныя железы увеличены до просянаго зерна. Мочевой пузырь растянутъ свѣтлой мочей. Яички дряблы, во влагалищной оболочкѣ ихъ немного серозной жидкости, сѣмянные каналцы изолируются довольно легко.

Микроскопическое изслѣдованіе. Нервные узлы съ различнымъ числомъ нервныхъ клѣтокъ (до 30-ти). Капсулы нѣкоторыхъ узловъ довольно значительно утолщены, часто только съ одной стороны. Нервные клѣтки большею частью окружены сильно утолщенными концентрически-слоистыми капсулами, которыя содержатъ большое количество концентрически же расположенныхъ круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Нерѣдко полости капсулъ болѣе или менѣе сильно сужены и содержатъ вмѣсто нервныхъ клѣтокъ небольшіе безъядерные комочки; въ другихъ случаяхъ полость капсулъ занята большимъ количествомъ круглыхъ элементовъ, между которыми едва замѣтны остатки протоплазмы; попадаются также и совершенно запустѣвшія капсулы и лишь концентрически-слоистое сложеніе и величина этихъ образованій указываетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Клѣтки эндотелія, выстилающія внутреннюю поверхность капсуль, въ нѣкоторыхъ случаяхъ округлились и увеличились въ числѣ, но во многихъ сильно утолщенныхъ капсулахъ эндотелій уже незамѣтенъ.—Въ нервныхъ узлахъ попадаютъ также болѣе или менѣе нормальныя клѣтки, но часты клѣтки съ набухшей, мутноватой или зернистой протоплазмой нерѣдко съ неяснозамѣтнымъ ядромъ; часты также клѣтки, гдѣ ядра изъ пузырькообразныхъ округлыхъ тѣлъ превратились въ угловатые или мелкозубчатые комочки, безъ ядрышекъ, интенсивно и равномерно окрашивающіеся ядерными красками. Въ внутри-узловой стромѣ разсѣяны въ большомъ количествѣ въ промежуткахъ между нервными клѣтками круглые и веретенообразные элементы.—Въ нѣкоторыхъ узлахъ попадаютъ гіалиновсперерожденные капилляры, которые встрѣчаются и въ нервныхъ волокнахъ; въ нѣкоторыхъ нервныхъ волокнахъ также замѣтна инфильтрація круглыми и веретенообразными элементами. Гіалиновое перерожденіе замѣчается и въ сосудахъ межузловой и межмышечной клѣтчатки; здѣсь же встрѣчаются сосуды съ сильно утолщенными стѣнками.— На препаратахъ, обработанныхъ жидкостью Marchi, замѣтно жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ несильно выраженное, тоже и въ мышцѣ.—Вышеописанныя измѣненія выражены не во всѣхъ нервныхъ узлахъ въ одинаковой степени, но въ общемъ рѣзко.—Въ мышцѣ замѣтна фрагментация миокарда; кромѣ того, довольно рѣзко выражено разращеніе межмышечной соединительной ткани.

Въ почкахъ эпителий нѣкоторыхъ канальцевъ мутенъ, зернистъ, мѣстами безъ ядеръ; количество межуточной соединительной ткани во многихъ мѣстахъ увеличено, она состоитъ главнымъ образомъ изъ волокнистой ткани, но въ ней попадаютъ и скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

Случай 2-й. Ив. Зах—въ, 31 г., поступилъ въ сифилитическое отдѣленіе клиническаго военнаго госпиталя 23 Октября, умеръ 23 Ноября 1894 г. Первичное сифилитическое затвердѣніе въ Августѣ 1886 года. Въ Маѣ 1894 г. головныя боли, лѣчился втираніями ртутной мази и инъекціями сулемы. 20 Октября 1894 г. припухлость и боль языка, по краямъ котораго разсѣяны небольшія язвы. 10 Ноября кровотеченіе изъ носа, 14 Ноября тоже. 18 Ноября большое количество бѣлка въ мочѣ, уремическія явленія. Смерть при явленіяхъ паралича сердца.

Протокол вскрытія. Трупъ средняго сложенія, нѣсколько исхудалый, подкожный жиръ на животѣ значительно истонченъ и окрашенъ въ шафранножелтый цвѣтъ, причѣмъ желтушнаго окрашиванія кожи незамѣтно. На правой голени нѣсколько небольшихъ ссадинъ съ буроватою окраской. Сердце $10\frac{1}{2}$ снт. длиною, въ поперечникѣ 11 снт. Перикардій безъ измѣненій, по бороздамъ незначительное количество жира. Стѣнка лѣваго желудочка 11 мм., плотна, блѣдна, мѣстами съ желтоватымъ оттѣнкомъ, особенно въ папиллярныхъ мышцахъ; двустворчатый клапанъ по свободному краю немного утолщенъ, клапаны аорты безъ измѣненій, intima около клапановъ зерниста. Правый желудочекъ нѣсколько увеличенъ, мускулятора мягка, блѣдна, intima безъ измѣненій, стѣнки желудочка нормальной толщины, клапаны безъ измѣненій. Правое легкое объемисто, плевра безъ измѣненій, верхняя и средняя доли по краямъ эмфизематозны. Ткань легкаго отечна, особенно въ нижней долѣ и усѣяна многочисленными узлами гепатизации блѣдносѣраго цвѣта, величиной съ горошину. Лѣвое легкое также свободно, верхняя доля эмфизематозна, нижняя объемиста, сильно отечна и на поверхности разрѣза представляетъ такіе же узлы, какъ и правое легкое. Въ трахеѣ и бронхахъ большое количество пѣнистой жидкости, надъ правой ложной голосовой связкой язва съ конопляннѣе зерно. Печень нѣсколько увеличена, передній край закругленъ, въ поперечникѣ $26\frac{1}{2}$ с., длина правой доли 19, лѣвой 15, толщина 8; при разрѣзѣ ткань нѣсколько плотна, глинистаго цвѣта. Селезенка уменьшена, 11 с., капсула сморщена, ткань дрябла, малокровна. Почки нормальной величины, капсула напряжена, снимается съ трудомъ, поверхность почекъ нѣсколько зерниста, ткань блѣдна, корковый слой испещренъ многочисленными желтоватыми полосками, соотвѣтствующими мочевымъ канальцамъ. Яички нормальной величины, свободны, сѣменные канальцы не изолируются. Паховыя лимфатическія железы довольно велики, плотны, въ корковомъ слоѣ представляютъ бѣловатыя гнѣзда.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ выражены очень рѣзко. Большинство нервныхъ клѣтокъ имѣетъ сильно утолщенныя капсулы, состоящія изъ нѣсколькихъ concentрическихъ (2—5) слоевъ волоконъ, между которыми заложены круглые и веретенообразныя эмененты въ довольно большомъ количествѣ; при этомъ часто капсулы утолщены неравномѣрно: большею частью на сторонѣ, обращенной къ сосѣдней клѣткѣ онѣ тоньше, чѣмъ на свободной сторонѣ. Эндотелій въ сильно утол-

щенныхъ капсулахъ не замѣтенъ, между тѣмъ какъ въ не очень толстыхъ капсулахъ часто видны набухшія и умножившіяся клѣтки эндотелія. Нервные клѣтки въ нѣкоторыхъ капсулахъ имѣютъ нормальный видъ, но въ сильно утолщенныхъ капсулахъ чаще всего попадаются измѣненныя нервныя клѣтки; однѣ изъ нихъ находятся въ состояніи простой атрофіи, онѣ малы, но сохранили ядра и ядрышки, другія болѣе или менѣе зернисты, ядра ихъ плохо или совсѣмъ не видны, въ другихъ клѣткахъ ядра изъ пузырькообразныхъ превратились въ безъядерныя, угловатыя, однородныя комочки, равномерно красящіяся ядерными красками. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ замѣтна периферическая вакуолизация, попадаютъ также въ небольшомъ количествѣ клѣтки сильно сморщенные, окруженныя большими перичеселлюлярными пространствами. Въ нѣкоторыхъ сильно утолщенныхъ капсулахъ нервныя клѣтки уже не видны, вмѣсто нихъ находятся круглыя и веретенообразныя элементы; между такими запустѣвшими капсулами и нормальными попадаютъ различные переходы.—Въ промежуткахъ между нервными клѣтками разсѣяны въ большомъ количествѣ круглыя и веретенообразныя элементы.—Жировое перерожденіе (на препаратахъ изъ жидкости Magchi) выражено въ умѣренной степени; болѣе рѣзко оно въ тѣхъ клѣткахъ, которыя лежатъ въ полостяхъ сильно утолщенныхъ капсулъ. Въ мышцѣ жировое перерожденіе слабо выражено. Въ нервныхъ узлахъ, какъ и въ нервныхъ волокнахъ, попадаютъ гялиновоперерожденные капилляры. Межузловая жировая клѣтчатка мѣстами замѣщена плотной волокнистой соединительной тканью. Въ мышцѣ сердца соединительнотканная прослойка утолщена. Въ яичкахъ слабовыраженныя паренхиматозныя измѣненія, мѣстами количество промежуточной соединительной ткани увеличено; въ ней попадаютъ скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Въ почкахъ—рѣзковыраженныя явленія паренхиматознаго нефрита, мѣстами попадаютъ гнѣзда круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

Случай 3-й. Н. А.—въ, 38 л., отставной штабсъ-капитанъ поступилъ въ Николаевскій военный госпиталь 6 Марта 1894 г., умеръ 24 Января 1895 г. 12 лѣтъ т. наз. заболѣлъ сифилисомъ. Съ начала 1894 года стали обнаруживаться признаки психической ненормальности, постепенно развилась картина прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Въ срединѣ Юня--апоплектический приступъ, послѣ котораго больной постепенно оправился. Скончался при явленіяхъ прогрессирующей сердечной слабости, послѣ цѣлаго ряда внезапно-развившихся эпилептическихъ приступовъ.

Протокол вскрытія. Трупное окоченѣніе выражено рѣзко. Зрачки неравномѣрно полусъжужены. Кости свода почти не утолщены. Мягкая мозговая оболочка по сводамъ умѣренно мутна, сильно пропитана полупрозрачной жидкостью. Венозные сосуды налиты кровью. Мягкая мозговая оболочка снимается свободно, но мѣстами съ в-вомъ мозга. Въ боковыхъ желудочкахъ обильное количество той-же жидкости. Сосудистое сплетеніе кистовидно перерождено. В-во мозга блестяще, въ разрѣзѣ выступаетъ громадное количество красныхъ кровяныхъ точекъ, довольно быстро появляющихся послѣ смыванія, причѣмъ послѣ смыванія в-во мозга имѣетъ розовый оттѣнокъ. Въ полостяхъ сердца обильное количество красныхъ, частью подубезцвѣченныхъ сгустковъ. Клапаны сердца безъ измѣненій, на аортѣ нѣсколько возвышающихся надъ уровнемъ intimaе бляшекъ по плотности немного отличающихся отъ ткани аорты. Intima вѣчныхъ сосудовъ умѣренно бугриста. Мышца сердца плотна, буроватаго цвѣта. Легкія рѣзко отечны, правое приращено плотными перемычками. Печень хруститъ подъ ножомъ, въ разрѣзѣ краснобураго цвѣта, границы долекъ ясны. Селезенка уменьшена въ размѣрѣ, капсула нѣсколько утолщена, трабекулы ясно видны, pulpa выскабливается съ трудомъ. Капсула съ почекъ снимается съ трудомъ и мѣстами съ в-вомъ почекъ; корковый слой немного утолщенъ. Въ кишкахъ особенныхъ измѣненій не найдено.

Epicrisis. Encephalitis chr. Hyperaemia cerebri.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ въ общемъ сходны съ вышеописанными, выражены довольно рѣзко. Не во всѣхъ узлахъ интестиниальные измѣненія одинаковы: на ряду съ узлами, въ которыхъ капсулы нервныхъ клѣтокъ сильно утолщены, встрѣчаются и такіе, гдѣ это утолщеніе не такъ рѣзко; то же самое относится и къ отдѣльнымъ узламъ. Указанная особенность замѣчается не только въ данномъ, но и въ остальныхъ случаяхъ. Гіалиновое перерожденіе капилляровъ встрѣчается какъ въ нервныхъ узлахъ, такъ и въ сосѣднихъ частяхъ. Соединительнотканная прослойка между мышечными пучками сердца мѣстами довольно рѣзко утолщена, что сильнѣе выражено въ предсердіяхъ, чѣмъ въ лѣвомъ желудочкѣ.

Случай 4-й. И. Л-въ, учитель, 25 л., поступилъ во второй разъ въ Маріинскую больницу 28 Августа 1896 г., умеръ 29 Октября 1896 г. Въ Февралѣ 1894 г. заразился сифилисомъ, лѣчился ртутью, чрезъ 8 мѣсяцевъ появился болѣзненный періоститъ пра-

вой голени и язвы во рту. Въ первый разъ поступилъ въ больницу 5 Апрѣля 1895 г. на слѣдующій день послѣ мозгового инсульта, результатомъ котораго была афазія и правосторонняя гемиплегія. 11 Октября внезапно возобновилась двигательная афазія. 13 Октября обоюдосторонній параличъ языка, парезъ мягкаго неба, глотаніе невозможно, глаза отведены вправо, сознаніе притуплено. Такое состояніе продолжалось до смерти.

Протоколъ вскрытія. Dura на внутренней поверхности сѣрвата, ріа безъ особыхъ измѣненій. Ткань спиннаго мозга умѣренной плотности, въ центральной части праваго боковаго столба неясносѣрная пятнышки. Кости черепа обыкновенной толщины, lamina vitrea неравномѣрной толщины, мѣстами бѣлая. Dura безъ видимыхъ измѣненій, ріа значительно гиперемирована, синевата, сильно западаетъ на границѣ задней части лѣвой височной доли и центральной извилины, здѣсь образуется углубленіе, имѣющее въ ширину 4 с., въ глубину 2 с. Выпуклость лѣвой лобной доли меньше выражена, чѣмъ правой. Вѣсъ мозга 1265 грм. Въ растянутыхъ боковыхъ желудочкахъ небольшое количество прозрачной жидкости. Nucleus caudatus съ лѣвой стороны атрофированъ, толщиной до $3\frac{1}{2}$ мм.; capsula interna въ двухъ переднихъ третяхъ и nucleus lentiformis на всемъ своемъ протяженіи замѣщены рыхлой, пропитанной серозной жидкостью, сѣрой тканью; такъ же измѣнена и capsula externa. Въ задней части праваго nucleus lentiformis маленькая полость въ чечевицу величиной; справа отъ середины nucleus lentiformis ткань на пространствѣ квадратнаго снт. западаетъ. Коровое в-во темно, бѣлое значительно всюду гиперемировано. Ependyma желудочковъ зерниста, утолщена, тоже и въ 4-мъ желудочкѣ. Задняя вѣтвь art. fossae Sylviae dext. на ограниченномъ протяженіи имѣетъ узловатое утолщеніе, около котораго находится полупрозрачный, плотный, сѣрый тромбъ, продолжающійся въ одну изъ вѣтвей какъ сѣрый, а далѣе какъ красный. Въ лѣвой art. fossae Sylviae верхомъ сидящій плотный, сѣрый, полупрозрачный тромбъ, продолжающійся въ переднюю и заднюю вѣтви, представляющіяся узкими на ихъ протяженіи. Отъ ткани лѣвой insulae Rhelii, повидимому, не осталось и слѣдовъ. Сѣрая ткань pont. Varolii съ лѣвой стороны западаетъ, а въ задней части выдается на разрѣзѣ одна изъ крупныхъ артерій, выполненная краснымъ тромбомъ (?). Въ продолговатомъ мозгу ткань лѣваго пирамидальнаго пути сѣрая полупрозрачная, западающая на разрѣзѣ. Полость живота жидкости не содержитъ, брюшина суха, красновата. Лѣвая плевра гиперемирована, на ней гноевидный налетъ. Правое легкое приращено одной пере-

мышкой. Наружный и внутренний листок перикардия гиперемированы. Эпикардъ гиперемированъ. Между а. pulmonalis и аорта многочисленны соединительнотканныя перемычки. Въ правомъ желудочкѣ grm. 20 полусвернувшейся крови. Полость праваго желудочка увеличена, растянута. Эндокардъ слегка утолщенъ, сѣрый; стѣнка лѣваго желудочка 8 мм., мышца краснобурая, вялая, съ многочисленными красными полосками. Клапаны безъ измѣненій. Aorta 59 м., а. pulmonalis 56 м. Intima вѣнечныхъ артерій покрыта атероматозными пятнами. Сердце—270 грм. На слизистой бронхъ порядочно гноевидной слизи, слизистая ихъ гиперемирована. Въ ткани нижней правой доли красное неправильной формы гнѣздо откуда выдавливается гной. Ткань нижней лѣвой доли сплошь темнокрасная и въ такомъ же состояніи ткань нижней части верхней доли. Слизистая трахеи гиперемирована. Селезенка съ утолщенной сѣрой капсулой, довольно плотной, умѣренно гиперемированной, темнокрасной пульпой съ многочисленными небольшими чернокрасными фокусами; вѣсъ 95. Слизистая желудка красновата, съ частыми мелкими кровоизліяніями. Слизистая 12-ти перстной кишки гиперемирована, на растояніи 12-ти снт. отъ pylorus 2 язвы по 15 мм. въ длину. Слизистая ilei тонка, нѣкоторыя изъ Пейэровыхъ бляшекъ утолщены, дов. плотны. Капсула лѣвой почки снимается съ трудомъ, съ паренхимой, утолщена. Поверхность почки гладка, красносинебурая, пирамиды такого же цвѣта, корка не отличается, вѣсъ 135; правая почка съ такими же измѣненіями, 125.

На поверхности печени многочисленные рубцы, идущіе въ паренхиму. Ткань печени мѣстами хруститъ, темнокраснобурого цвѣта, мѣстами сѣровата. Testiculi безъ измѣненій. Intima aortae abdom. мѣстами значительно утолщена, желтовата. Паховыя железы безъ особыхъ измѣненій, локтевыя увеличены.

Epicrisis. Lues. Endoarteriitis nodosa obliterans cerebri. Trombosis art. fossae Sylviae utriusque. Cysta apoplectica et encephalomacia insulae Rhelii sin., lobi centralis et gyri centralis anter. Pneumonia catarrhalis duplex et influenza. Ulcus rotundum incipiens duodeni.

Микроскопическое изслѣдованіе. Этотъ случай по степени выраженности интерстиціальныхъ измѣненій въ нервныхъ узлахъ долженъ быть отнесенъ къ наиболѣе рѣзкимъ. Значительное утолщеніе капсулъ встрѣчается у большинства нервныхъ клѣтокъ. Между концентрическими слоями капсулъ большей частью заложено много ядерныхъ элементовъ. Нѣкоторыя капсулы не содержатъ вовсе нервныхъ клѣтокъ, вмѣсто нихъ полость капсулъ замѣщена отчасти

круглыми и веретенообразными элементами, отчасти соединительно-тканными волоконцами (рис. 2); между такими запустѣвшими капсулами и болѣе или менѣе нормальными существуютъ различные переходы. Гіалиновое перерожденіе капилляровъ въ узлахъ, нервныхъ волокнахъ и окружающей клѣтчаткѣ попадаетъ довольно часто; такое же перерожденіе замѣчается и въ *media* мелкихъ артерій междуузловой клѣтчатки; сосуды часто имѣютъ утолщенные стѣнки. Нервные клѣтки большей частью набухли, мутноваты или зернисты; жировое перерожденіе тоже довольно распространено. Ядра въ нѣкоторыхъ клѣткахъ не видны; довольно часто ядра изъ пузырькообразныхъ превратились въ однородные, равномерно и интенсивно окрашенные, угловатые комочки. Попадаютъ клѣтки съ 2-мя ядрами.

Межузловая жировая клѣтчатка мѣстами замѣщена плотной волокнистой соединительной тканью.

Интерстиціальныи миокардитъ болѣе рѣзко выраженъ въ перегородкѣ предсердій, чѣмъ въ стѣннкѣ лѣваго желудочка; разросшаяся соединительная ткань мѣстами содержитъ небольшія скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ ядеръ. Въ печени небольшое увеличение междольковой волокнистой соединительной ткани, въ которой мѣстами попадаютъ скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Въ почкахъ наряду съ незначительными паренхиматозными измѣненіями нерѣдко встрѣчаются гнѣздныя скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

Случай 5. А. С-въ, 46 л., писарь, поступилъ въ Маріинскую больницу 25 Ноября 1896 г., умеръ 25 Ноября 1896 г. Въ 1878 г. заразился сифилисомъ, лѣчился затѣмъ годъ. Злоупотреблялъ спиртными напитками. Въ 1895 году кровохарканье. Одышка, кашель, боль въ груди, сердцебиеніе, общая слабость. Въ легкихъ много влажныхъ хриповъ. Пульсъ очень слабый, еле прощупывается. Печень до пупка, плотная. Селезенка прищупывается.

Протоколъ вскрытія. Кости черепа безъ измѣненій. *Lamina vitæa* зерниста, утолщена. *Dura* безъ измѣненій. *Pia* по бороздамъ утолщена, бѣловата. Ткань мозга мѣстами содержитъ соединительную ткань. Сосуды основанія мозга сильно склерозированы. Въ полости *peritonei* граммъ 50 серозной жидкости, мезентеріальныя железы немного увеличены. Въ брыжжейкѣ значительное количество фиброзныхъ на ощупь рубцовъ. Въ правой плеврѣ 1000 гр. мутножелтой жидкости, у. в. 1012. Въ лѣвой плеврѣ 500 гр. такой же

жидкости. Верхушка праваго легкаго приращена, а лѣвое мѣстами приращено ложными перепонками. Сердце покрыто значительнымъ количествомъ жира. На передней поверхности сердца мозолистая бляшка, а на задней меньшей величины утолщенія pericardii. Въ лѣвомъ желудочкѣ и предсердіи незначительное количество жидкой крови и фибриновыхъ свертковъ. Полость праваго желудочка увеличена. VV. tricuspidalis et a. pulmonalis нормальны. Стѣнка праваго желудочка 6 мм. Стѣнка лѣваго желудочка 20 мм., полость его сильно увеличена. Chordae tendineae v. bicuspidalis утолщены, фиброзы. Клапаны аорты слегка утолщены, аорта при выходѣ изъ лѣваго сердца сильно склерозирована. Аорта—70 мм., а. pulmonalis—72. Arteriae coronariae cordis сильно склерозированы. Въ мускулатурѣ сердца развитіе соединительной ткани, съ обиліемъ кровеносныхъ сосудовъ. Легкія сильно спались. Лѣвое легкое эмфизематозно, отечно. Слизистая бронховъ сильно гиперемирована, утолщена. Правое легкое съ тѣми же измѣненіями, съ развитіемъ соединительной ткани въ верхушкѣ, съ милліарными бугорками въ стѣнкахъ бронховъ, съ творожистыми разсѣянными по всему правому легкому бугорками. Въ lagunx незначительныя язвы. Селезенка 185 грм., съ гиперплазированной пульпой, утолщенными трабекулами; пульпа легко выскабливается. Почки съ трудно снимающейся капсулой, поверхность ихъ неровна, съ рубцами, застойны. Правая почка 170, лѣвая 160 грм. Печень увеличена, съ сильнымъ развитіемъ соединительной ткани, вѣсъ 1985 грм. Prostata увеличена, склерозирована. Сосуды всего тѣла сильно склерозированы.

Epicrisis. Arteriosclerosis. Myocarditis. Pneumonia interstitialis et peribronchitis tuberculosa caseosa. Oedema pulmonum. Lues inveterata.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ нѣкоторыхъ узлахъ интерстиціальныя измѣненія выражены очень рѣзко; нѣкоторыя капсулы въ такихъ узлахъ совсѣмъ запусѣли, другія же болѣе или менѣе близки къ этому. Въ другихъ узлахъ тѣ же измѣненія выражены слабѣе. Нервные клѣтки часто атрофичны или различнымъ образомъ перерождены; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ эти измѣненія развились, повидимому, послѣдовательно, такъ какъ эти клѣтки окружены сильноутолщенными капсулами; но въ другихъ случаяхъ эти дегенеративныя измѣненія въ клѣткахъ наступили первично, въ пользу чего говоритъ то обстоятельство, что капсулы такихъ клѣтокъ утолщены мало. Инфильтрація внутриузловой ткани распространяется часто и на окружающую клѣтчатку; нѣкоторыя нервныя волокна тоже мѣстами инфильтрованы круглыми и веретенообразными эле-

ментами. Гиалиновое перерождение капилляровъ дов. часто въ нервныхъ узлахъ. Жировое перерождение нервныхъ клѣтокъ выражено въ умѣренной степени. Межузловая клѣтчатка мѣстами замѣнена плотной волокнистой соединительной тканью, мѣстами она находится въ состояніи слизистаго измѣненія (атрофія жировой клѣтчатки).

Случай 6. С. Ш-ва, 56 л., поступила въ Маринскую больницу 25 Октября 1896 г., умерла 14 Ноября 1896 г. Отекъ нижнихъ конечностей, одышка, кашель, одутловатость лица. На кожѣ рубцы сифилитическаго происхожденія. Мочи мало, слѣды бѣлка, гиалиновые цилиндры. Печень немного увеличена. Пульсъ слабый.

Протоколъ вскрытія. Остеофиты на внутренней поверхности костей черепа. Рѣа утолщена. Селезенка не увеличена, плотна, амилоидна. Почки амилоидны, содержатъ много гнойничковъ, увеличены. Вѣсъ каждой 200 грм. Въ печени глубокіе рубцы, обезображивающіе ее, и, вѣроятно, гуммы; вѣсъ 1375. V. V. tricuspidalis, bicuspidalis, эндокардій и эпикардій утолщены. Aorta въ высокой степени склерозирована. Въ легкихъ, мѣстами сросшихся съ плеврой, попадаются плотные узлы. Яичники фиброзы, кистовидно-перерождены. Лимфатическія железы увеличены, плотны.

Epicrisis. Nephritis amyloid. suppurativa. Arteriosclerosis. Lues.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ выражены рѣзко и въ общемъ сходны съ описанными въ прежнихъ случаяхъ. Въ узлахъ, а также въ нервныхъ волокнахъ попадаютъ амилоидноперерожденные капилляры. Изрѣдка попадаютъ нервныя клѣтки съ 2-мя ядрами.

Случай 7. В. Ф-ръ, 59 л., подполковникъ, поступилъ въ 1-ой терапевтическое отдѣленіе клиническаго военнаго госпиталя 25 Ноября 1896 г., умеръ 29 Ноября того же года. Сифилисомъ заразился въ 1876 г., лѣчился ртутными втираніями. Въ 1893 г. на лбу появилась безболѣзненная опухоль, исчезнувшая отъ КJ и ртутнаго пластыря; мѣсяцевъ 10 спустя на темянныхъ костяхъ были 2 подобныя же опухоли, также исчезнувшія отъ специфическаго лѣченія. Одышка существуетъ съ Августа 1896 года. Въ теченіи болѣзни было 2 приступа удушья. Дня за 3 до поступления въ клинику также былъ приступъ (одышка, сердцебиеніе, онѣмѣніе и боль въ лѣвой рукѣ). Въ госпиталѣ приступы удушья повторялись нѣсколько разъ, во время одного изъ нихъ большой скончался.

Протоколъ вскрытія. Трупъ крѣпкій, правильнаго сложения, хо-

рошаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки ціанотичны. Черепъ мезоцефалическаго типа. Кости свода мѣстами склерозированы, diploe полнокровно. Дуга мѣстами фиброзно утолщена, одно изъ утолщеній пропитано известью. Пахіононы грануляціи развиты умѣренно, atachnoidea мѣстами утолщена, ріа отечна, полнокровна, отъ мозга отдѣляется легко. Въ боковыхъ желудочкахъ около столовой ложки красноватой, прозрачной жидкости; боковыя хороидальныя сплетенія полнокровны; задніе рога желудочковъ нѣсколько растянуты. В-во мозга умѣренно плотно, на разрѣзѣ влажно, блеститъ, полнокровно. Сосуды основанія мозга мѣстами склерозированы. Сердце по бороздамъ умѣренно обложено жиромъ, длина сердца 12 с., ширина 14 с.; висцеральный листокъ перикардія мѣстами фиброзно утолщенъ. Правое атриовентрикулярное отверстіе пропускаетъ 3 пальца, лѣвое верхушки 3-хъ пальцевъ, двустворчатый клапанъ слегка фиброзно утолщенъ; клапаны аорты нѣсколько сморщены, утолщены, воду плохо задерживаютъ; окружность аорты на уровнѣ клапановъ 8 с., окружность праваго атриовентрикулярнаго отверстія 13 с., лѣваго — 11 с.; мышца сердца умѣренно плотна, красновато-буроватаго цвѣта. Дуга аорты расширена, наибольшая окружность достигаетъ 14 с., intima аорты мѣстами склерозирована, мѣстами атероматозно перерождена. Легкія свободны, на висцеральной плеврѣ мѣстами видны плотные, темноватаго цвѣта, узелки величиной въ горошину. Ткань легкиихъ полнокровна, проходима для воздуха, передніе края эмфизематозны. Селезенка сильно увеличена въ объемъ, капсула ея мѣстами фиброзно утолщена, ткань уплотнена, темнокраснаго цвѣта, pulpa выскабливается въ незначительномъ количествѣ, трабекулы едва замѣтны. Почки умѣренной величины, капсула отдѣляется мѣстами съ трудомъ, поверхность почекъ зерниста, ткань уплотнена, темнокраснаго цвѣта, корковое вещество нерѣзко отличается отъ мозговаго. Печень умѣренной величины, выпуклая ея поверхность двумя рѣзко выраженными бороздами раздѣлена на 3 части; въ средней части правой борозды замѣчается соединительно-тканый тяжъ, идущій отъ капсулы къ діафрагмѣ; въ остальныхъ мѣстахъ поверхность печени слегка зерниста, ткань уплотнена, полнокровна, мускатна. Слизистая оболочка желудка и кишекъ мѣстами застойно гиперемирована, мѣстами окрашена въ сѣро-аспидный цвѣтъ. Вѣсъ мозга 1305 гр., сердца 995, легкаго праваго 580, лѣваго 555, селезенки 695, почки 370 и 295, печени 1520.

Epicrasis. Insufficiencia v. v. aortae, ectasia aortae.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ сходны съ описанными въ предыдущихъ случаяхъ; въ общемъ онѣ выражены въ умѣренной степени. Во многихъ нервныхъ узлахъ и нервныхъ волокнахъ, равно какъ и въ межузловой и межмышечной клѣтчаткѣ часто попадаются гіалиновоперерожденные капилляры. Въ нѣкоторыхъ нервныхъ клѣткахъ попадаютъ пигментныя зернышки, располагающіяся въ одной какой нибудь периферической части протоплазмы. Изрѣдка попадаютъ нервныя клѣтки съ 2-мя ядрами.

Въ почкахъ — паренхиматозныя измѣненія въ несильной степени, въ различныхъ мѣстахъ разсѣяны гнѣзда веретенообразныхъ и круглыхъ элементовъ, а также гнѣзда волокнистой соединительной ткани. Въ печени довольно рѣзко выражены явленія обыкновеннаго цирроза. Въ сердечной мышцѣ — интерстиціальныя измѣненія, рѣзче выраженные въ перегородкѣ предсердій, чѣмъ въ лѣвомъ желудочкѣ.

Случай 8. М. Н-тъ, 60 л., надворный совѣтникъ, поступилъ въ 1-ое терапевтическое отдѣленіе клиническаго военнаго госпиталя 19 Ноября 1896 г., умеръ 29 Ноября того же года. Уже 2 года страдаетъ одышкой и отеками; въ началѣ года лежалъ въ клиникѣ, тогда было выяснено, что раньше болѣлъ сифилисомъ, былъ поставленъ діагнозъ: циррозъ печени, артерioskлерозъ, стенозъ аорты. Сильный асцитъ. Границы сердца: правая пригрудинная линія, сосокъ, 3-е межреберье и 6-ое ребро. Тоны глухи. У аорты систолическій шумокъ. По временамъ рѣзкіе перебои; пульсъ все время слабый. Слѣды бѣлка въ мочѣ, 1000 к. с. въ сутки. За нѣсколько дней до смерти аритмія, перебои, очень слабый пульсъ.

Протоколъ вскрытія. Трупъ средняго правильнаго телосложенія, хорошаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки цианотичны. Кожа на сгибательныхъ поверхностяхъ кистей рукъ окрашена въ свѣтло-буроватый цвѣтъ, въ окружности этихъ пигментныхъ пятенъ кожа блѣдна; на кожѣ penis'a и мошонки такія же измѣненія. Кожа голени окрашена въ синевато-буроватый цвѣтъ. Черепъ мезоцефалическаго типа, кости свода слегка утолщены, мѣстами склерозированы, дірloe полнокровно. Дуга нормальной толщины, умѣренно налита кровью. Пахіоновыя грануляціи развиты умѣренно; ріа слегка отечна, умѣренно налита кровью, отъ мозга отдѣляется легко. Въ боковыхъ желудочкахъ умѣренное количество свѣтлой жидкости, боковыя хороидальныя сплетенія полнокровны. Ткань мозга умѣ-

ренно плотна, полнокровна, отечна. Сосуды основанія мозга мѣстами склерозированы. Въ полости перикардія около $\frac{1}{2}$ ф. желтоватой прозрачной жидкости. Сердце по бороздамъ сильно обложено жиромъ, длина его 12 снт., ширина 14 с.; правое атриовентрикулярное отверстіе пропускаетъ верхушки 4-хъ пальцевъ, лѣвое 2-хъ; клапаны аорты фиброзно утолщены по линіи смыканія, воду плохо задерживаютъ, верхнія папиллярныя мышцы сухожильно измѣнены; на эндокардіи верхушки лѣваго желудочка замѣчается пристѣночный темнокраснаго цвѣта тромбъ въ видѣ бляшки величиной въ 3-хъ коп. монету; стѣнка желудочка истончена въ этомъ мѣстѣ до 5 мм., сухожильно измѣнена, на разрѣзѣ бѣловатаго цвѣта; въ остальныхъ мѣстахъ мышца сердца окрашена въ буроватый цвѣтъ; толщина стѣнки праваго желудочка 6 мм., полости желудочковъ расширены. Правое легкое сплошь сращено съ грудной клѣткой и діафрагмой, лѣвое свободно; передній край лѣваго легкаго эмфизематозенъ, ткань остальныхъ частей легкихъ полнокровна, слегка отечна. Слизистая трахеи и бронховъ застойно гиперемирована. Селезенка увеличена въ объемѣ, ткань уплотнена, темнокраснаго цвѣта, пульса выскабливается въ незначительномъ количествѣ, трабекулы едва замѣтны. Почки умѣренной величины, капсула отдѣляется мѣстами съ разрывомъ корковаго вещества, поверхность почекъ слегка зерниста, ткань уплотнена, полнокровна. Слизистая пищевода, желудка, кишекъ застойно гиперемирована, въ толстыхъ кишкахъ окрашена въ сѣро-аспидный цвѣтъ. Печень умѣренной величины, поверхность лѣвой доли мускатна. Intima аорты мѣстами склерозирована. Вѣсъ мозга 1350, сердца 605, лѣваго легкаго 865, праваго 685, селезенки 365, почекъ 325 и 415, печени 1365.

Epicrisis: Endocarditis chronica. Insuf. v. v. aortae. Myocarditis interst. chr.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ капсулахъ нервныхъ клѣтокъ и въ стромѣ нервныхъ узловъ, въ общемъ сходныя съ описанными въ предыдущихъ случаяхъ, выражены въ умѣренной степени. Гіалиновое перерожденіе капилляровъ въ нервныхъ узлахъ и нервныхъ волокнахъ, равно какъ въ сосѣднихъ частяхъ, часто встрѣчается; гіалиновое перерожденіе замѣчается также въ media мелкихъ артерій межузловой жировой клѣтчатки, кромѣ того, стѣнки этихъ сосудовъ утолщены.

Нервные клѣтки набухли, слабо окрашены, ядра ихъ б. ч. окружены свѣтлымъ ободкомъ; многія ядра превратились въ угло-

ваты, однородные, безъядерные комочки, равномерно-окрашенные; такія измѣненные ядра также б. ч. окружены свѣтлымъ ободкомъ.

Въ почкахъ паренхиматозныя и особенно интерстиціальныя измѣненія довольно рѣзко выражены; также сильно выражены интерстиціальныи миокардитъ; въ печени—обыкновенный циррозъ въ довольно значительной степени.

Случай 9. И. Т.—въ, 50 л., принятъ въ сифилитич. отдѣленіе Клиническаго военнаго госпиталя ^{8/II} 96 г., умеръ ^{2/XI} того же года. Сифилисомъ заболѣлъ 47 лѣтъ; въ Февралѣ 95 года появились язвы на ногахъ, въ Августѣ того же года образовался дефектъ носа.

Протоколъ вскрытія. Трупъ исхудалый, на кожѣ, особенно нижнихъ конечностей многочисленные рубцы отъ нѣсколькихъ миллим. до 5 с. въ діаметрѣ. На лѣвой сторонѣ носа отверстіе круглой формы около $3\frac{1}{2}$ с. въ діаметрѣ, проникающее въ носовую полость; чрезъ это отверстіе видна вся лѣвая половина носовой полости и отчасти правая вслѣдствіе язвеннаго разрушенія носовой перегородки. На внутренней поверхности праерутіи близь уздечки бѣловатый рубецъ около 1 снт. въ діаметрѣ. Въ полости регітонеі скопленіе прозрачной серозной жидкости желтоватаго цвѣта съ зеленоватымъ оттѣнкомъ въ количествѣ 1000 к. с.

Черепъ долихоцефалическаго типа, кости свода утолщены, мѣстами склерозированы. Dura на ограниченныхъ мѣстахъ плотно сращена съ костями, ріа содержитъ много крови, отечна, снимается легко, мѣстами разрываясь; боковые желудочки наполнены прозрачной серозной жидкостью; ткань мозга умѣренно налита кровью, умѣренно плотна; эпендима и plex. chorooid. безъ измѣненій; сосуды на основаніи мозга также безъ измѣненій. Сердце $8\frac{1}{2}$ с. длины, $10\frac{1}{2}$ въ поперечникѣ, на pericardium небольшія бѣловатая пятна, жиръ по бороздамъ атрофированъ, студенистаго вида. Стѣнки лѣваго желудочка 9 мм., мышца дрябла, съ буроватымъ оттѣнкомъ. Двустворчатый клапанъ достаточенъ, по свободному краю утолщенъ. Клапаны аорты безъ измѣненій. На intima мелкія желтоватая утолщенія. Стѣнка праваго желудочка около $1\frac{1}{2}$ мм., дрябла. Трехстворчатый клапанъ мѣстами утолщенъ. Вѣнчныя артеріи по бороздамъ сердца извилисты, нѣсколько склерозированы. Легкія, особенно лѣвое, мѣстами приращены къ грудной стѣнкѣ старыми перемычками. На лѣвомъ легкомъ кромѣ того между старыми перепонками отло-

женіе фибрина. Въ полости лѣвой плевры небольшое количество красноватой мутной жидкости. Ткань лѣваго легкаго отечна, проходима для воздуха. Плевра праваго легкаго мѣстами представляетъ фибринозный налетъ. Ткань легкаго отечна, богата кровью, по переднему краю эмфизематозна, въ верхушкѣ нѣсколько плотныхъ бѣловатыхъ частью пигментированныхъ сѣроаспиднаго цвѣта узелковъ, одинъ изъ нихъ пропитанъ известью. Селезенка $11\frac{1}{2}$ с. длины, $9\frac{1}{2}$ с. ширины, $3\frac{1}{2}$ толщины, треугольной формы, капсула утолщена, бѣловатаго цвѣта, ткань краснаго цвѣта, мягка, пульпа выскабливается въ небольшомъ количествѣ. Почки нѣсколько увеличены, корковый слой утолщенъ, блѣденъ, съ желтоватыми полосками, соотвѣтствующими мочевымъ канальцамъ, капсула мѣстами сращена съ тканью почекъ. Печень 21 с. въ поперечникѣ, 14 с. длиною, $5\frac{1}{2}$ толщ. Капсула сморщена, мѣстами покрыта старыми ложными перепонками. На нижней поверхности правой доли, изъ подъ капсулы выдаются очень плотные, мѣстами омѣлѣвшіе узелки величиною до просяного зерна. Ткань печени хруститъ при разрѣзѣ, трудно рѣжется, на поверхности разрѣза зерниста. Слизистая оболочка желудка гладка, тонка, темносѣраго цвѣта. Ганграс мѣстами уплотнена. Слизистая оболочка кишекъ блѣдна, по складкамъ слегка отечна, въ толстыхъ кишкахъ слизистая оболочка окрашена въ сѣроватоаспидный цвѣтъ, нѣсколько утолщена. Брыжжечныя железы немного увеличены; въ прямой кишкѣ слизистая оболочка сильно пигментирована по складкамъ, мѣстами изъязвлена. Въ трахеѣ близъ праваго бронха сѣроаспидный рубецъ продолговатой формы, около $1\frac{1}{2}$ снт. въ длину, другой подобный же рубецъ, выше перваго на 2 с., располагается на задней стѣнкѣ. Правая миндалевидная железа въ одномъ мѣстѣ представляется очень плотной. Яички сращены съ влагалищной оболочкой, плотны, сѣмянные каналцы не изолируются при вытягиваніи пинцетомъ. Вѣсъ мозга 1305, сердца 255, легкаго праваго 1040, лѣваго 770, селезенки 180, правой почки 250, лѣвой почки 270, печени 1105.

Epicrisis. Сифилитическіе рубцы на кожѣ и на слизистой оболочкѣ дыхательнаго горла. Сифилитическая язва на лѣвой сторонѣ носа, проникающая въ полость его. Хроническій перитонитъ съ водяжкой. Циррозъ печени обыкновенный. Хроническое воспаленіе почекъ и селезенки, хроническое воспаленіе лѣвой плевры съ мѣстнымъ обострѣніемъ и выпотомъ фибрина; острое воспаленіе правой плевры; хроническій перибронхитъ въ правой легочной верхушкѣ. Бурая атрофія сердца. Хроническое воспаленіе толстыхъ кишекъ,

крупозное воспаленіе прямой кишки. Хроническое воспаленіе яичекъ и ихъ оболочекъ. Утолщеніе и мѣстный склерозъ костей черепа.

Микроскопическое изслѣдованіе. Интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ (утолщеніе капсулъ нервныхъ клѣтокъ, инфильтрація стромы круглыми и веретенообразными элементами) выражены рѣзко. Инфильтрація часто не ограничивается областью отдѣльныхъ узловъ, но распространяется изъ этихъ послѣднихъ и на окружающую клѣтчатку, въ которой встрѣчаются и самостоятельныя гнѣзда круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ; въ нѣкоторыхъ нервныхъ волокнахъ также встрѣчается подобная инфильтрація. Въ нѣкоторыхъ капсулахъ эндотелій набухъ, округлился, число клѣтокъ его умножилось; такія капсулы обыкновенно не сильно утолщены. Въ сильно утолщенныхъ концентрически-слоистыхъ капсулахъ эндотелій обыкновенно не виденъ. Нервные клѣтки особенно сильно измѣнены тамъ, гдѣ капсулы ихъ сильно утолщены; здѣсь жировое перерожденіе больше частью рѣзко выражено, хотя оно встрѣчается и въ клѣткахъ лежащихъ внутри сравнительно мало утолщенныхъ капсулъ. Сосуды въ узлахъ и въ окружающихъ частяхъ растянуты кровью. Въ узлахъ и нервныхъ волокнахъ, равно какъ и въ междуузловой клѣтчаткѣ нерѣдки гіалиновоперерожденные капилляры. Межузловая жировая клѣтчатка находится въ состояніи студенистаго измѣненія (атрофія). Интерстиціальныи миокардитъ особенно выраженъ въ перегородкѣ предсердій и въ нѣсколько меньшей степени въ стѣнкѣ лѣваго желудочка. Въ печени рѣзко выражено разращеніе междольковой соединительной ткани, частью плотной волокнистой, частью молодой; въ яичкахъ—между канальцами сильно увеличено количество волокнистой соединительной ткани, стѣнки канальцевъ сильно утолщены, просвѣты сужены, въ лимфатическихъ желѣзахъ капсулы и трабекулы сильно утолщены.

Случай 10. И. К.—нъ, 77 л., поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе клиническаго военнаго госпиталя 1 Ноября 1896 г., умеръ 3 Декабря 1896 г. 29 лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ. Много лѣтъ уже кашляетъ.

Протоколъ вскрытія. Трупъ значительно исхудалый; на внутренней поверхности лѣвой голени въ подкожной ткани опухоль величипою въ сливу, на разрѣзѣ красносѣроватаго цвѣта, мѣстами желтоватаго съ темнокрасными гнѣздами въ горошину, содержащими жидкую темную кровь; вся опухоль покрыта тонкой блѣдносѣрвовой капсулой. Влагалищная оболочка праваго яичка растянута и

наполнена прозрачной серозной жидкостью. Часть оболочки, покрывающей яичко, утолщена. Около лѣваго яичка небольшое скопленіе серозной жидкости, въ которой нѣсколько рисовидныхъ бѣловатыхъ тѣлъ. Ткань яичка безъ измѣненій. Черепъ долихоцефалическаго типа, кости свода нѣсколько утолщены и мѣстами склерозированы. *Dura mater* мѣстами отдѣляется отъ черепа съ трудомъ; на наружной поверхности ея замѣчаются небольшія утолщенія. *Pia mater* налита кровью, прозрачна, снимается легко, нѣсколько отечна. Ткань мозга немного плотна, малокровна, влажна на разрѣзѣ, эпэндима безъ измѣненій, *plex. choroidei* зернисты, съ небольшими серозными кистами. Сосуды на основаніи мозга безъ измѣненій. Сердце 9 с. въ длину, въ поперечникѣ $10\frac{1}{2}$ с., жиръ по бороздамъ атрофированъ, имѣетъ слизистый видъ, артеріи по бороздамъ сердца извилисты; стѣнка лѣваго желудочка 1 с., мягка, буроватаго цвѣта, двустворчатый клапанъ достаточенъ, по свободному краю утолщенъ; эндокардій на верхнихъ папиллярныхъ мышцахъ нѣсколько утолщенъ, отъ него идутъ бѣловатые пучки въ толщу мышцъ; эндокардій въ другихъ мѣстахъ желудочка мѣстами бѣловатаго цвѣта. Клапаны аорты малопрозрачны, на *intima* разбѣяны склеротическія бляшки. Стѣнка праваго желудочка 5 мм. толщиною, трехстворчатый клапанъ незначительно утолщенъ по свободному краю. Клапаны легочной артеріи достаточны. Легкія сращены съ грудной стѣнкой старыми перепонками. Лѣвое легкое объемисто, ткань отечна, въ нижней долѣ многокровоно, усѣяно особенно въ верхней долѣ милярными сѣрыми и творожистыми узелками; при верхушкѣ каверна въ грѣцкій орѣхъ, содержащая густую гноевидную жидкость; впереди отъ этой каверны другая меньшая такого же характера. Бронхи мѣстами расширены, наполнены гноевидной бѣловатой слизью. Околобронхіальныя железы увеличены, пигментированы. Правое легкое также объемисто, верхушка почти вся разрушена обширной каверной, въ стѣнкахъ которой видны сосуды и бронхи; верхняя и средняя доли эмфизематозны. Селезенка нѣсколько увеличена (16, 10, 3 с.), пульпа выскабливается легко, вишневокраснаго цвѣта. Печень въ поперечникѣ 26 с., длина пр. доли 18 с., л. д. 16, толщина 6 с.; капсула на лѣвой долѣ сморщена, на правой долѣ на верхней поверхности имѣетъ неглубокія бороздки, соотвѣтствующія ребрамъ. Ткань немного хруститъ подъ ножомъ, мускатна. Почкі гиперемированы, сплошь краснаго цвѣта, капсула снимается большей частью легко. Изъ лѣвой миндалевидной железы выдавливаются бѣловатые довольно плотныя

пробки, ткань железы пигментирована, сѣроаспиднаго цвѣта. Хрящи гортани пропитаны известью; на правой сторонѣ гортани надъ ложной голосовой связкой довольно большая язва съ неровными краями и мелкими узелками по окружности, другая такая же язва подъ истинной голосовой связкой. Въ тонкихъ кишкахъ довольно большая язва неправильной формы съ узелками на днѣ, по краямъ и на серозной поверхности; въ толстыхъ кишкахъ тисоза пигментирована, сѣроаспиднаго цвѣта, въ восходящей части покрыта довольно обширными язвами туберкулезнаго характера, Брюжжеечныя железы увеличены до миндалянаго сѣмени. Вѣсъ мозга 1595, сердца 345, прав. легкаго 1225, л.л. 965, сслезенки 265, лѣв. почки 195, п.п. 175, печени 1465.

Epicrisis. Хроническій туберкулезъ съ кавернами въ обоихъ легкихъ. Туберкулезныя язвы кишекъ и гортани. Tumor (?) scuris sinistri. Arteriosclerosis.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ довольно рѣзки, въ общемъ сходны съ вышеописанными; особенность даннаго случая заключается въ томъ, что въ утолщенныхъ капсулахъ нервныхъ клѣтокъ заложено мало круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ, а преобладаютъ волокна. Сосуды довольно сильно растянуты кровью. Гиалиновое перерожденіе встрѣчается въ капиллярахъ узловъ и нервныхъ волоконъ, а также и въ media мелкихъ артерій межузловой клѣтчатки. Въ миокардѣ прослойкѣ и волокнистой соединительной ткани утолщены, но не сильно. Жировая клѣтчатка находится въ состояніи слизистаго измѣненія (атрофія).

Случай 11. В. К-ій, 51 г., приказчикъ, поступилъ въ Маринскую больницу 15 Ноября 1896 г., умеръ 5 Декабря 1896 г. 20 лѣтъ тому назадъ имѣлъ сифилисъ. Злоупотреблялъ алкоголемъ. Одышка, кашель, по временамъ приступы сердечной астмы. Паховыя лимфатическія железы увеличены, плотны. Печень прощупывается, плотная, болѣзненная. Въ легкихъ масса хриповъ. Сердце на 3 пальца влѣво отъ соска. Пульсъ 120. Притупленіе на верхней части грудины, здѣсь два шума. Артеріи жестки, извилисты.

Протоколъ вскрытія. Кости черепа тонки, diploe слегка гиперемировано, dura утолщена, pia гиперемирована, сосуды основанія склерозированы. Ткань мозга слегка гиперемирована. Въ полости peritonei 100 грм. серозной жидкости. Въ mesenterium тонкихъ и толстыхъ кишекъ рубцы. Въ полости правой плевры 500 грм. се-

розной жидкости. Въ полости pericardii 50 грм. жидкости. Сердце in situ: 13,2 въ длинникѣ, шир. 11, толщиной 9,3. На поверхности сердца мозоли. Лѣвый желудочекъ гипертрофированъ, мускулатура его плотна. бурая, 15 мм.; правый желудочекъ гипертрофированъ, правое предсердіе растянуто. Клапаны аорты укорочены, плотны. Клапаны v. bicuspidalis утолщены, также и v. tricuspidalis. Аорта надъ клапанами—9,5, легочная арт.—7,5. Intima дуги аорты покрыта костными бляшками, на задней стѣнкѣ расширенной дуги аневризма съ грѣцкій орѣхъ; аорта расширена, окружность ея на разстояніи 6 снт. отъ клапановъ—16,5 снт. Клапаны аорты не держатъ воду. Арт. согонাগіае сильно склерозированы, сужены. Легкія эмфизематозны, больше лѣвое. Въ нижней долѣ праваго легкаго инфарктъ темнокраснаго цв. съ куриное яйцо. Селезенка 100 грм., плотна, мала, трабекулы утолщены. Слизистая оболочка желудка, кишекъ сѣрая, съ экстравазатами. Капсула лѣвой почки снимается легко, 190 грм., на поверхности ея рубцы, глубоководущіе въ ткань, ткань плотна, ціанотична, корка слегка утолщена; правая почка такая же, 170. Печень плотная, гиперемирована, съ развитіемъ соединительной ткани, бурая, 1280. Intima aortae abdom. склерозирована. Prostata плотна, съ развитіемъ соединительной ткани.

Epicrisis. Arteriosclerosis. Ectasia arcus aortae et a. ascendens. Aneurysma pariet. post. arc. aortae. Insuf. v. v. aortae. Infarctus pulm. d. Emphysema pulm. Lues inveterata.

Микроскопическое изслѣдованіе. Особенность данного случая въ томъ, что утолщенные слоистыя капсулы нервныхъ клѣтокъ бѣдны ядрами и состоятъ главнымъ образомъ изъ соединительно-тканыхъ волоконъ; кромѣ того нервныя клѣтки раздвинуты разросшейся внутри—узловой соединительной тканью. Въ нервныхъ узлахъ и волокнахъ попадаетъ гіалиновое перерожденіе капилляровъ. Прослойки волокнистой соединительной ткани между мышечными пучками сердца утолщены. Жировая клѣтчатка мѣстами замѣщена плотной волокнистой соединительной тканью, мѣстами претерпѣла студенистое измѣненіе (атрофія ея).

Случай 12-й. Е. Р—хъ, прислуга, 20 л., поступила въ Александровскую больницу для чернорабочихъ 15 Ноября 1896 г., умерла 3 Декабря 1896 года. Больна 3 года, животъ растеть съ полъ года, 7 дней тому назадъ выпущено изъ живота около ведра жидкости. Животъ и ноги крайне распухли, асцитъ. 18 Ноября бѣлокъ есть. Сильная слабость. 27 Ноября печень и селезенка увеличены.

Протокол вскрытія. Отекъ нижнихъ конечностей. Дефектъ перегородки носа. Въ брюшной полости около 4-хъ метровъ очень мутной жидкости. Печень неправильно шаровидной формы, рѣзко-дольчатого вида, вѣсомъ 780 grm., сращена съ діафрагмой толстыми плотными перемычками. Тотчасъ подъ капсулой и на разрѣзѣ разбросаны желтоватосѣрые узлы величиной отъ булавочной головки до лѣснаго орѣха, окруженные плотной сѣрой тканью. Въ обоихъ легкихъ, для воздуха всюду проходимыхъ и слегка отечныхъ, попадаютъ на разрѣзахъ очень плотные желтоватосѣрые узелки величиной съ кедровый орѣхъ.

Epicrisis. Hepatitis gummosa (Hepar lobatum lueticum). Gummata pulmonum. Defectus septi narium. Ascites, hydrothorax, anasarca.—Nephritis parenchymatosa. Dilatatio cordis et atrophia fusca myocardii. Decubitus reg. sacralis. Lues visceralis.

Микроскопическое изслѣдованіе. На ряду съ нервными узлами рѣзко измѣненными (какъ выше) попадаютъ узлы менѣ измѣненные, но число этихъ послѣднихъ невелико. Въ нервныхъ клѣткахъ часто протоплазма набухла, слабо окрашена, ядра во многихъ изъ нихъ окружены свѣтлымъ ободкомъ; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра совсѣмъ не видны. Жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ довольно сильно, но особенно рѣзко въ тѣхъ клѣткахъ, которыя лежатъ въ полости утолщенныхъ консулъ. Въ отдѣльныхъ клѣткахъ изрѣдка попадаютъ 2 ядра. Инфильтрація круглыми и веретенообразными элементами наблюдается въ стромѣ нервныхъ узловъ и въ нѣкоторыхъ нервныхъ волокнахъ. Гиалиновое перерожденіе встрѣчается въ капиллярахъ нервныхъ узловъ и нервныхъ волоконъ, а также и въ капиллярахъ и въ мелкихъ артеріяхъ (media) междуузловой и межмышечной клѣтчатки. Междуузловая клѣтчатка находится въ состояніи студенистаго измѣненія. Въ миокардѣ не рѣзко выражено утолщеніе соединительнотканнхъ прослоекъ между мышечными пучками. Въ печени очень рѣзко выражено разращеніе междольковой соединительной ткани, которая мѣстами богата круглыми и веретенообразными ядрами. Упомянутые въ протоколѣ вскрытія узлы состоятъ изъ плотной волокнистой соединительной ткани, бѣдной клѣточными элементами; мѣстами же въ нихъ попадаютъ некротическія гнѣзда; по периферіи узлы окружены грануляціонной тканью.

Случай 13-й. Зах. О—въ, пзвощикъ, поступилъ въ мужскую Обуховскую больницю 20 Октября, умеръ 21 Декабря 1896 года.

15 лѣтъ тому назадъ имѣлъ сифилисъ. Теперь страдаетъ одышкой, кашлемъ, отекомъ ногъ. 22 Октября—прощупывается большая бугристая печень.

Протоколъ вскрытія. Сердце увеличено, въ поперечникѣ 13 с., въ длину 12 с., стѣнки желудочковъ, особенности праваго утолщены, мышца темнокраснаго цвѣта, полости расширены; правое ушко отчасти закрыто слоистымъ тромбомъ. Полость правой плевры содержитъ большое количество серозной жидкости смѣшанной съ фибринозными клочками; легкія малы, сильно сдавлены, на поверхности покрыты толстымъ слоемъ трудно соскабливающагося фибринознаго налета, подъ которымъ на поверхности плевры разсѣяны мелкіе бугорки. Лѣвое легкое значительнаго объема, полнокровно, нижняя доля уплотнена, безвоздушна, краснаго цвѣта, при соскабливаніи отдѣляется много мутной кровянистой жидкости; на нижнемъ краѣ находится инфарктъ чернокраснаго цвѣта. Селезенка немного увеличена, темнокраснаго цвѣта, плотна, трабекулы значительно выражены, пульпа выскабливается съ трудомъ. Печень мала, грубодольчатая, во многихъ мѣстахъ сращена съ диафрагмой, содержитъ втянутые, звѣздчатые, сухожильные рубцы, глубокопроникающіе въ ткань. Почки нормальной величины, капсула отдѣляется съ трудомъ, поверхность довольно гладка. Mucosa желудка и толстыхъ кишекъ блѣдна, утолщена, сѣроаспиднаго цвѣта.

Epicrisis. Hypertrophia cordis cum dilatatione. Trombosis auriculae dext. cordis. Degeneratio parenchymatosa cord. Pleuritis serofibrinosa tuberculosa dextr. Carnificatio pulmonis dextri. Pneumonia fibrinosa lobaris inf. sin. Infarctus haemorrhagicus pulmonis sin. Tuberculosis chron. pulmonum circumscripta. Hyperplasia chr. et induratio cyanotica lienis. Induratio renum. Hepar lobatum et hepatitis interstitialis chr. Gastritis et colitis cat. chr.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ нервныхъ узлахъ рѣзко выраженные интерстиціальныя измѣненія. Особенность въ данномъ случаѣ заключается въ томъ, что утолщенные капсулы нервныхъ клѣтокъ состоятъ изъ нѣсколькихъ концентрическихъ слоевъ волоконъ, между которыми заложено лишь небольшое количество веретенообразныхъ ядеръ. Нервныя клѣтки раздвинуты промежуточной соединительной тканью на большое разстояніе другъ отъ друга. Нервныя клѣтки представляютъ различныя дегенеративныя измѣненія, жировое перерожденіе въ нервныхъ клѣткахъ и сердечной мышцѣ выражено довольно рѣзко. Гиалиновое перерожденіе капилляровъ узловъ часто встрѣчается. Сосуды сильно растянуты кровью.

Жировая клѣтчатка находится въ состояніи студенистаго измѣненія (атрофія). Интерстиціальнѣй міокардитъ несильно выраженъ, межмышечныя соединительнотканныя прослойки утолщены не сильно, онѣ состоятъ гл. обр. изъ волокнистой ткани.

Случай 14-й. А. О—ро, 36 лѣтъ, служанка, поступила 2 Января въ Александровскую больницу для чернорабоч., умерла 9 Января 1897 г. Большіе рубцы на голеняхъ. Отекъ ногъ. Голосъ сиплый. 3 Января бѣлокъ въ мочѣ. Боли въ костяхъ ногъ, особенно лѣвой. 6 Января афонія. Кашля нѣтъ. Лѣвая голень представляетъ ограниченную припухлость и красноту. 7 Января на передней поверхности голени абсцессъ, который вскрытъ.

Протоколъ вскрытія. (*Epicrisis*). Degeneratio amyloidea renum, Nephritis chronica. Hepatitis interstitiabs chr. Degeneratio amyloidea lienis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Cicatrices cruris dextri et sinistri. Periostitides tibiaram et puruletna cruris sin. Lues.

Микроскопическое изслѣдованіе. Интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ выражены довольно рѣзко; измѣненія эти въ общемъ такого же характера, какъ и въ преждеописанныхъ случаяхъ. Капилляры въ узлахъ и нервныхъ волокнахъ, равно какъ и въ межузловой и межмышечной клѣтчаткѣ, находятся въ состояніи амилоиднаго перерожденія; въ такомъ же состояніи и болѣе крупныя сосуды (особенно media ихъ), разсѣянныя въ жировой клѣтчаткѣ и въ мускулатурѣ предсердія. Нервныя клѣтки болшею частію находятся въ состояніи мутнаго набуханія, въ различной степени выраженнаго; нѣкоторыя клѣтки превращены въ безъядерныя зернистыя комочки, плохо окрашенные. Жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ выражено довольно рѣзко, въ мышцѣ сердца оно не такъ сильно. Интерстиціальнѣй міокардитъ выраженъ не сильно. Въ жировой клѣтчаткѣ встрѣчаются небольшія кровоизліянія.

Случай 15. А. Ер—въ, 14 лѣтъ, поварь, поступилъ въ Александровскую больницу для чернорабочихъ 20 Декабря 1896 г., умеръ 17 Января 1897 г. Одышка, кашель, легкій ціанозъ. Систолическій шумъ у верхушки. 27 Декабря есть бѣлокъ. Сильный отекъ нижнихъ конечностей. Ascites. Пульсъ очень слабъ. 15 Января отеки сильно увеличались, кашель, одышка.

Протоколъ вскрытія. (*Epicrisis*). Insuff. v. mitr. et insuff. v. tricusp. Endocarditis chr. retrahens v. v. mitr. et tricusp. Endocarditis chr. verrucosa v. v. aortae. Hypertrophia et dilatatio ventri-

culorum cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Hepatitis interst. chronica (печень уменьшена въ размѣрахъ, неправильной, обезображенной формы). Hepar moschatum, lobatum. Nephritis chronica. Pneumonia catarrhalis. Synechia pleurarum partialis. Orchitis chronica interstitiatis. Perisplenitis chr. Hydrothorax, ascites, anasarca. Lues congenita.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ такого же характера какъ въ предшествовавшихъ случаяхъ, выражены довольно рѣзко, хотя не во всѣхъ узлахъ въ одинаковой степени (что, впрочемъ, относится и къ остальнымъ случаямъ).—Гиалиновое перерожденіе сосудовъ въ нервныхъ узлахъ и въ окружающихъ частяхъ довольно часто. Жировая клѣтчатка мѣстами замѣнена плотной волокнистой соединительной тканью. Въ межузловой клѣтчаткѣ попадаются кровоизліянія. Небольшіе нервные узлы встрѣчаются въ межмышечной клѣтчаткѣ. Интерстиціальныи миокардитъ рѣзче выраженъ въ перегородкѣ предсердій, чѣмъ въ стѣнкѣ лѣваго желудка.

Случай 16. Б. Л—въ, 41 г., чернорабочій, поступилъ въ Маринскую больницу 13 Декабря 1896, умеръ 15 Января 1897. 3 года тому назадъ заразился сифилисомъ, лѣчился втираніями. Злоупотреблялъ спиртными напитками. Отекъ ногъ, лица, ascites. На голеньяхъ рубцы. Въ мочѣ бѣлокъ.

Протоколъ вскрытія. Кости черепа тонки, diploe гиперемировано. Dura безъ измѣненій, ріа слегка гиперемирована, отечна. Сосуды основанія мозга мѣстами утолщены. Боковые желудочки пусты. Ткань мозга плотна, умѣренно гиперемирована, вѣсъ 1525 грм. Въ полости перикардія 20 grm. серозной жидкости. In situ сердце—9,6 и 9,5 с. Лѣвый желудочекъ пустъ, въ лѣвомъ предсердіи около 20 grm. красныхъ кровяныхъ сгустковъ. Въ полостяхъ праваго сердца жидкая кровь и красные и безцвѣтные сгустки въ умѣренномъ количествѣ. Толщина лѣваго сердца — 6 мм., толщина стѣнки праваго — 3. Аорта 75 м., а. pulm. — 68 м. Клапаны bicuspidalis по краю утолщены, хорды ихъ укорочены, остальные клапаны безъ измѣненій. Intima вѣнечныхъ артерій тонка. Вѣсъ сердца 270 грм. Въ верхней долѣ лѣваго легкаго одинъ величиною съ сливу поверхностно лежащій фокусъ катарральной пневмоніи. Нижняя доля гиперемирована, сильно отечна. Верхняя доля праваго легкаго въ нижней ея части утолщена, сѣрая, зер-

ниста на разрѣзѣ. Средняя и нижняя доли проходимы для воздуха. Слизистая бронховъ гиперемирована. Pancreas значительной величины, плотна, мѣстами гиперемирована. Капсула лѣвой почки снимается легко, поверхность ея гладкая, ткань почки полупрозрачна, сѣрая, мѣстами бѣлая; корковый слой утолщенъ, Мальпигіевы пирамиды гиперемированы. Реакція на амилоидъ замѣчается лишь въ мальпигіевыхъ клубочкахъ. Вѣсъ 345. Правая почка такая же, вѣсъ 340. Селезенка крайне плотна, реакція на амилоидъ, вѣсъ 360. Поверхность печени мелкобугриста, ткань ея довольно плотна, полупрозрачна, сѣрая, съ яснымъ развитіемъ соединительной ткани, безъ реакціи на амилоидъ. Вѣсъ 1870. Слизистая желудка утолщена, зерниста, съ реакціей на амилоидъ. Слизистая тонкихъ кишекъ гиперемирована мѣстами довольно значительно, съ реакціей на амилоидъ; слизистая толстыхъ кишекъ отечна, съ реакціей на амилоидъ. На правой голени звѣздчатый рубецъ. Лимфатическія железы увеличены, плотны.

Epicrisis. Lues inveterata. Degeneratio amyloidea viscerum. Pneumonia acuta. Nephritis parenchymatosa chronica et amyloidea.

Микроскопическое изслѣдованіе. Интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ выражены довольно сильно. Особенность даннаго случая въ томъ, что утолщенные капсулы нервныхъ клѣтокъ состоятъ изъ нѣсколькихъ концентрическихъ слоевъ нервныхъ волоконъ, между которыми заложено сравнительно мало веретенообразныхъ ядеръ. Капсулы нѣкоторыхъ узловъ утолщены. Капилляры въ нервныхъ узлахъ и рѣже въ нервныхъ волокнахъ амилоидно перерождены. Нервные клѣтки большей частью набухли, зернисты, ядра ихъ часто не видны; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра превращены въ угловатые комочки, равномерно окрашенные; многія клѣтки уменьшены, сморщены, въ особенности въ сильно утолщенныхъ капсулахъ. Между нервными клѣтками можно отличить свѣтлыя и темныя. Жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ несильно выражено, въ мышцѣ—слабо. Интерстиціальнѣй міокардитъ не сильный. Въ печени довольно рѣзко выражено разращеніе отчасти волокнистой, отчасти молодой соединительной ткани.

Случай 17. В. Л—ва, 27 лѣтъ, торговка, поступила въ Александровскую больницу 19 Декабря 1896, умерла 24 Января 1897 г. Сильная анэмія послѣ выкидыша. Въ локтевыхъ областяхъ на задней поверхности остатки сифилитическихъ рубцовъ, тоже и на правомъ

боку. 20 Декабря рвота нѣсколько разъ. 5 Января сопорозное состояніе. Пульсъ весьма учащенъ.

Протоколъ вскрытія. (*Epicrisis*). Nephritis chronica. Hepatitis interstitialis chr. Cicatrices et gumma hepatis. Anaemia omnium org. Uraemia. Lues.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія какъ въ предшествовавшихъ случаяхъ, выражены довольно рѣзко.

Случай 18. С. Т—въ, 55 лѣтъ, нищій, поступилъ въ Александровскую больницу 17 Декабря 1896, умеръ 29 Января 1897. Сифилисомъ заразился въ 1869 г., три года тому назадъ вслѣдствіе стеноза гортани былъ въ Александровской больницѣ трахеотомированъ. На кожѣ груди, верхнихъ и нижнихъ конечностей, головы глубокіе рубцы. На головѣ, голеняхъ, плечевыхъ костяхъ періоститъ. На правой голени рубцы отъ язвъ. Отекъ лица, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей. Асцитъ.

Протоколъ вскрытія. (*Epicrisis*). Nephritis parenchymatosa et interstitialis chr. Degeneratio fusca myocardii. Atrophia hepatis et lienis. Infiltratio adiposa hepatis. Colitis dysenterica. Cicatrices cutis et periostitis tibiaram et ossis frontalis, claviculae. Cicatrices laryngis. Lues.

Микроскопическое изслѣдованіе. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ въ общемъ такого же характера, какъ и въ другихъ случаяхъ, выражены въ умѣренной степени. Инфильтрація круглыми элементами не ограничивается одними узлами, но изъ нихъ переходитъ на сосѣднія части; мѣстами въ жировой клѣтчаткѣ попадаются такія же самостоятельныя гнѣзда круглыхъ элементовъ. Нервные клѣтки набухли, мутноваты, нѣкоторыя содержатъ немного зернистаго пигмента. Нѣкоторыя клѣтки сморщены и окружены большими перичеселлюлярными пространствами. Попадаютъ клѣтки въ состояніи сѣтчататаго разрѣженія. Между нервными клѣтками можно отличить свѣтлыя и темныя. Жировое перерожденіе выражено въ нѣкоторыхъ клѣткахъ довольно сильно, въ мышцѣ же слабо.—Въ печени слабо выражены цирротическія измѣненія. Въ почкахъ—рѣзкій паренхиматозный нефритъ и мѣстами инфильтрація круглыми и веретенообразными элементами въ видѣ отдѣльныхъ гнѣздъ. Въ стѣнкѣ лѣваго желудка соединительно-тканныя прослойки между мышечными пучками нѣсколько утолщены.

Случай 19-й. П. С-кій, 37 л., дворянинъ, поступилъ въ Маринскую больницу 15 Апрѣля 1896 г., умеръ 22 Декабря 1896 г. Сифилисомъ заболѣлъ 9 лѣтъ тому назадъ. Съ Августа 1894 года частые припадки общей и частичной эпилепсіи. Незадолго до смерти повышеніе температуры и значительное учащеніе припадковъ.

Протоколъ вскрытія. Кости черепа умѣренной толщины, diploe мѣстами плохо выражено, мѣстами гиперемировано. Dura безъ измѣненій. Pia отечна, мутна съ точечными экстрavasатами. Сосуды на поверхности мозга наполнены кровью. Сосуды основанія утолщены, зіяютъ. Извилины мозга безъ измѣненій. Сѣрое вещество истончено. Ткань мозга гиперемирована, умѣренно плотна и рѣжется неравномѣрно. Въ боковыхъ желудочкахъ небольшое количество слегка розовой жидкости. Вѣсъ мозга 1310. Въ полости pericardii 30 грм. жидкости. Сердце in situ: продольный диаметръ 11,5, поперечный 11,2. с. Сердце покрыто порядочнымъ количествомъ жира. Мускулатура сердца дрябла, сѣроокраснаго цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ; толщина стѣнки лѣваго желудочка 20, праваго 5 мм. клапаны сердца безъ особыхъ измѣненій. Aorta 81, а. pulm. 88 м. Intima aortae сильно склерозирована, мѣстами изъязвлена. Отверстія вѣчныхъ артерій сужены, intima ихъ умѣренно склерозирована. Вѣсъ сердца 480. Легкія приращены мѣстами старыми перепонками. На плеврѣ праваго легкаго (верх. и нижн. доляхъ) фибринозный легко соскабливающейся налетъ, подъ которымъ въ плеврѣ замѣчаются точечные экстрavasаты. Верхняя и средняя доли праваго легкаго уплотнены, съ разсѣянными фокусами катарральной, мѣстами геморрагической, пнеймоніи. Лѣвое легкое повсюду проходимо для воздуха, гиперемировано. Слизистая бронховъ утолщена, значительно гиперемирована, мѣстами съ экстрavasатами. Aorta thoracica склерозирована, 73 м. Селезенка съ крайне дряблой пульпой, грязно-сѣраго цвѣта мѣстами съ геморрагіями, 150. Капсула лѣвой почки снимается не легко, поверхность ея зерниста, съ рубцами, 160; пр. почка—то же, 130. Поверхность печени гладкая, ткань печени хруститъ подъ ножомъ, плотна, 1700 г. Intima aortae abd. безъ особ. измѣненій.

Epicrisis. Lues inveterata. Encephalitis interst. chr. Endaortitis deformans. Influenza. Pneumonia catarrhalis haemor. pseudolobaris lobi sup. et inf. pulm. dextr. Pleuritis fibrinosa sicca.

Микроскопическое изслѣдованіе. По степени выраженности интестициальныхъ измѣненій въ нервныхъ узлахъ этотъ случай можетъ быть отнесенъ къ среднимъ. Измѣненія въ общемъ того же

характера, что и въ другихъ случаяхъ. Несильно выраженный миокардитъ, главнымъ образомъ, въ перегородкѣ предсердій. *Fragmentatio myocardii*

Случай 20. М. Т-на, 30 л., прислуга, поступила въ Маринскую больницу 30 Ноября, умерла 24 Декабря 1896 года. Въ Августѣ 1895 года лѣчилась въ больницѣ отъ *ostitis luetica pedis d.* (*gummosa*). 14 Декабря рѣзкія боли въ животѣ. Печень прощупывается, болѣзненна. Желтуха 18 Декабря по краю печени, соответственно сосковой линіи, болѣзненная опухоль съ куриное яйцо. 23 Декабря *cholecystotomia*.

Протоколъ вскрытія. Кости черепа умѣренной толщины. Диплое плохо выражено. *Dura* и *ria* желтушны. Сосуды основанія мозга слегка утолщены. Ткань мозга плотна, гиперемирована, 1080. По наружному краю *m-li recti abd.* въ *epigastrium* разрѣзь, въ который вшита передняя стѣнка желчнаго пузыря, вскрытаго и затампонированнаго марлей. На мѣстѣ приращенія желчнаго пузыря находится огромная язва, прободающая стѣнку желчнаго пузыря въ полость, находящуюся въ печени. въ одномъ мѣстѣ которой находится величиной въ сливу камень, чрезъ эту полость проходитъ *dcutus hepaticus*, изъязвленный въ одномъ мѣстѣ; *dustus cysticus* представляется тотчасъ по выходѣ изъ пузыря зарощеннымъ на протяженіи 5 мм., въ дальнѣйшемъ своемъ ходѣ также какъ и *d. choledochus* расширеннымъ. Поверхность печени гладка, ткань ея крайне дрябла. мѣстами желта, мѣстами сѣрокрасна. Вѣсъ 1950. Вышеописанный камень представляется на разрѣзѣ состоящимъ изъ отдѣльныхъ небольшихъ какъ-бы известковыхъ фокусовъ, раздѣленныхъ полупрозрачносѣрой или совершенно бѣлой мягкой консистенціи тканью (*гумма*). Селезенка большая, ткань плотна, полупрозрачносѣрая, 380. Сердце покрыто умѣреннымъ количествомъ жира. Мускулатура сердца крайне дрябла, желтовата. Клапаны безъ измѣненій. *Intima* вѣнечныхъ артерій и аорты, также и эндокардій, слегка утолщены. *Aorta* 70, *a. pulm.* 73 м. Вѣсъ сердца 210. Легкія свободны, эмфизематозны, проходимы для воздуха. Слизистая бронховъ гиперемирована. Капсулы почек снимаются легко, поверхность ихъ гладкая, корка утолщена, 175.

Epicrisis. *Cholangitis suppurativa. Gumma hepatis calcif.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ дов. рѣзко выражены.

Случай 21. Ник. Ф., мѣщанинъ, 36 л. принять въ сифилитическое отдѣленіе клиническаго военнаго госпиталя 16 Декабря 96, умеръ 19 Февраля 97 г. 2 года тому назадъ заразился сифилисомъ (шанкръ, затѣмъ по всему тѣлу сифилитическая высыпь); лѣчился втираніями и др. Годъ тому назадъ были припадки падучей, головныя боли. 3—4 мѣсяца плохо удерживаетъ мочу, походка стала шаткой, ноги ослабѣли. 17 Января отѣкъ конечностей, мошонки; мочи 500 к. с., въ ней немного бѣлка и цилиндровъ. 6 Февраля. Ascites, anasarca.

Протоколъ вскрытія. Трупъ крѣпкаго правильнаго сложенія, умѣреннаго питанія. На кожи лба, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей (преимущественно на разгибательной сторонѣ) замѣчаются бѣловатаго и буроватаго цвѣта рубцы величины отъ горошины до 20-ти коп. монеты. Кожа нижнихъ двухъ третей голени слегка окрашена въ буроватый цвѣтъ. На внутренней поверхности правой верхней конечности замѣчается уплотненіе кожи и подкожной клѣтчатки; на поверхности кожи соотвѣтственно уплотненію видны точечныя кровоизліянія. Стопы и мошонки слегка отечны. Черепъ мезоцефалическаго типа, кости свода умѣренно утолщены, склерозированы. Дуга умѣренно напряжена, фиброзно утолщена, малокровна. Пахіоновыя грануляціи развиты умѣренно, ріа слегка отечна, отъ мозга отдѣляется легко, мѣстами истончена, сосуды ея умѣренно налиты кровью. Боковые желудочки нѣсколько растянуты, содержатъ около столовой ложки свѣтлой прозрачной жидкости. В-во мозга умѣренной плотности, на разрѣзѣ сильно влажно, блеститъ; на поверхности разрѣза выступаетъ умѣренное количество красныхъ точекъ и полосокъ легко смываемыхъ водой. Въ правомъ полостомъ тѣлѣ замѣчаются желтоватаго цвѣта гнѣздо размягченія величиной въ голубинное яйцо. Сосуды основанія мозга сильно склерозированы. Въ полости перикардія около $\frac{1}{2}$ ф. желтоватой прозрачной жидкости. Сердце по бороздамъ умѣренно обложено жиромъ, сосуды сердца извилисты, висцеральный перикардій мѣстами фиброзно утолщенъ; правое атриовентрикулярное отверстіе пропускаетъ 3 пальца, лѣвое 2; двустворчатый клапанъ и клапаны аорты фиброзно утолщены; на эндокардіи желудочковъ видны бѣловатаго цвѣта пятна; мышца сердца умѣренной плотности сѣровато-желтоватаго цвѣта, толщина праваго желудочка 5, лѣв. 10 мм. Легкія свободны, въ полости плевры большое количество желтоватой слегка мутной жидкости; висцеральная плевра лѣваго легкаго мѣстами мутна, покрыта фибринознымъ геморрагическимъ эксуда-

томъ; паріетальная плевра, лѣвая, мѣстами покрыта бѣловатаго цвѣта плотными узелками, мѣстами фибринозными, геморрогическими, легковыскабливающимися пленками. Передніе края легкихъ эмфизиматозны, въ остальныхъ мѣстахъ ткань легкихъ сильно отечна, малокровна. Слиз. оболочка гортани, трахеи и бронховъ слегка гиперемирована. Селезенка сильно увеличена въ объемѣ (20, 11, 4^{1/2} с.), капсула мѣстами фиброзно утолщена, ткань дрябла, темнокраснаго цвѣта, мѣстами пронизана темнокраснаго цвѣта, плотной консистенціи съ желтоватымъ центромъ узлами, величиной отъ горошины до волошкаго орѣха; пульпа выскабливается въ большомъ количествѣ, трабекулы едва замѣтны. Почки умѣренной величины, капсулы напряжены, легко отдѣляются, поверхность почекъ дольчатая, мѣстами слегка зерниста, ткань умѣренной плотности, сѣроватожелтоватаго цвѣта, корковое в-во истончено, рѣзко по цвѣту отличается отъ мозговаго, мѣстами въ ткани кровоизліянія. Печень умѣренной величины, поверхность слегка бугриста, правая доля почти сплошь срощена съ діафрагмой, ткань уплотнена, зерниста, желтоватокрасноватаго цвѣта. Слиз. оболочка желудка и кишекъ блѣдна, отечна, мѣстами покрыта точечными кровоизліяніями. Перибронхіальныя железы увеличены, пигментированы. Забрюшинныя лимфат. ж., шейныя, медиастинальныя увеличены въ объемѣ. Въ полости брюшины содержится незначительное количество желтоватой прозрачной жидкости. Зубы шатаются, десны сильно разрушены, по краямъ окрашены въ фіолетовый цвѣтъ. Вѣсъ мозга 1480 грм., сердца 330., л. легкаго 380, пр. л. 680, селезенки 560, пр. почки 215, л. п. 245, печени 1765.

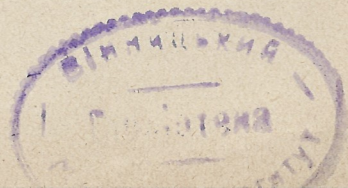
Epicrisis. Ramolatio corp. striati dext. Arteriosclerosis. Endocarditis chr. Pleuritis serosofibrinosa haemor. Hyperplasia lienis acuta. Gummata (?) lienis. Perisplenitis chr. Hepatitis interst. chr. Lues.

Микроскопическое изслѣдованіе. По степени выраженности интерстиціальныя измѣненія въ нервныхъ узлахъ этотъ случай можетъ быть отнесенъ къ довольно рѣзкимъ. Въ общемъ измѣненія въ узлахъ того же характера, что и въ предыдущихъ случаяхъ. Въ почкахъ въ одинаковой степени выражены интерстиціальныя и паренхиматозныя измѣненія. Въ печени явленія обыкновеннаго цирроза довольно рѣзки. Упомянутые въ протоколѣ вскрытія узлы, замѣченные въ селезенкѣ, состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, въ которой мѣстами попадаются б. или м. величины некротическіе очаги.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) **И. Догель.** Сравнительная анатомія, физиологія и фармакологія сердца. Казань 1896 г.
- 2) **Ивановскій.** Къ патологической анатоміи сыпнаго тифа. Журналь Руднева 1876 г.
- 3) **Васильевъ.** Centralblatt f. wissenschaftl. Medic. 1876 № 30 (объ измѣненіяхъ головного мозга и нервныхъ узловъ сердца при бѣшенствѣ).
- 4) **Путятинъ.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ узлахъ сердца при нѣкоторыхъ хроническихъ б-няхъ. Дисс. 1881 г.
- 5) **Коплевскій.** Объ измѣненіяхъ автоматическихъ нервн. узловъ сердца при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ въ мышцѣ. Дисс. 1881 г.
- 6) **Занчевскій.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при отравленіи кокаиномъ. Дисс. 1881 г.
- 7) **Вѣтвинскій.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ узлахъ сердца, въ сердечныхъ узлахъ при дифтеритѣ и септицеміи. Дисс. 1881 г.
- 8) **Усковъ.** Zur Pathologie d. Herznerv. V. Arch. 1883 г.
- 9) **Виноградовъ.** Измѣненія нервныхъ узловъ сердца при смерти отъ хлороформа. Врачъ 1884 г. №№ 37—40.
- 10) **Виноградовъ.** Измѣненія сердечныхъ узловъ при крупозной пневмоніи. Дневникъ Московско-Петербургскаго Медицинскаго общ. 1886 г.
- 11) **Гоффманъ.** Къ патологической анатоміи сердца при склерозѣ артерій. Дисс. 1886 г.
- 12) **В. А. Афонасьевъ.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ тканяхъ животнаго при отравленіи хлорновато-кислымъ кали. Дисс. 1885 г.
- 13) **Полетика.** Параличъ сердца при склерозѣ вѣнечныхъ артерій. Врачъ 1886 г. №№ 31, 32.
- 14) **Чоловскій.** Beri-beri. Патолого-анатомическое и клиническое изслѣдованіе. Дисс. 1886 г.
- 15) **Eisenlohr.** Ueber die Nerven und Ganglienzellen des menschlich. Herzens. Arb. aus d. pathol. Institut zu München 1887 г.
- 16) **Пушкаревъ.** Патологическая анатомія возвратной горячки въ эпидемію 1885—86 г. Дисс. 1887 г.
- 17) **Ott, Ad.** Beiträge zur Kenntniss der normalen und patholog. Verhältnisse der Ganglien des Menschlichen Herzens. Zeitschr. f. Heilkunde 1888 г.
- 18) **Виноградовъ.** Острое отравленіе кокаиномъ со смертельнымъ исходомъ. Еженедѣльная Клинич. Газета 1889 г.
- 19) **Ott.** Ueber pathol. Befunde an den Herzganglien bei plötzlichen Todeintr. Operationem. Prag. Medic. Wochenschr. 1890 г.
- 20) **Halle White.** Врачъ 1890 г. (рефератъ).

- 21) **Кузнецовъ.** Обь измѣненіяхъ сердечныхъ узловъ при острыхъ и подострыхъ эндокардитахъ Дисс. 1892 г.
- 22) **Стома.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ нервныхъ узлахъ сердца и plexus solaris при холерѣ. Дисс. 1893 г.
- 22) **Кацовскій.** Къ вопросу обь измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца при остр. отравленіи минеральными к—тами. Дисс. 1894 г.
- 24) **Королевъ.** Обь измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца, блуждающаго нерва и продолговатого мозга при механическомъ затрудненіи дыханія. Дисс. 1895 г.
- 26) **Натансонъ.** Пат.-анат. измѣн. автом. н. узловъ сердца при возвр. горячкѣ Дисс. 1896 г.
- 25) **Успенскій.** Пат.-анат. измѣн. нѣкот. перифер. нервн. узловъ при голоданіи. Дисс. 1896 г.
- 27) **Virchow.** Ученіе обь опухоляхъ 1867 г.
- 28) **Beer.** Die Eingeweidesyphils Tübingen 1867 г.
- 29) **Крыловъ.** Изслѣдованія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ. Дисс. 1870 г.
- 30) **Цейсль.** Руководство къ изученію сифилиса.
- 31) **Ивановскій.** Матерьялы къ ученію о висцеральномъ сифилисѣ. Дисс. 1871 г.
- 32) **Петровъ.** Измѣненія симпатич. нервн. сист. при конституціональномъ сифилисѣ. Дисс. 1871 г.
- 33) **Введенскій.** Къ строенію сифилитическаго первичнаго склероза. Дисс. 1892 г.
- 34) **Омельченко.** Къ гистологіи сифилиса. Медицинск. Обзорніе 1893 г. № 17.
- 35) **Зельдовичъ.** Пат.-анат. изм. въ почкахъ у дѣтей при врожден. сифилисѣ. Дисс. 1896 г.
- 36) **Neumann.** Syphilis (XXIII Band d. speciell. Pathologie und Therapie, herausgeg. v. Nothnagel) 1896 г.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Формоль-мюллеровская смѣсь (Орта) представляетъ хорошую фиксирующую и уплотняющую жидкость.

2. Гіалиновое перерожденіе сосудовъ можетъ, какъ и амилоидное, обусловливаться сифилисомъ.

3. Діазореакція Эрлиха имѣетъ извѣстное діагностическое и прогностическое значеніе при брюшномъ тифѣ.

4. Ext. fluid. аросупі саппабіні даетъ иногда хорошіе результаты въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ digitalis и другія сердечныя средства не оказали никакого эффекта.

5. Urea riga при циррозѣ печени оказываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ хорошее мочегонное дѣйствіе.

6. Проколъ живота при водянкѣ сердечнаго происхожденія представляется оч. часто опаснымъ средствомъ.

CURRICULUM VITAE.

Лазарь Ицковъ-Лейбовичъ Браславскій, сынъ мѣщанина, іудейскаго вѣроисповѣданія, родился въ 1866 году. Среднее образование получилъ въ Кіевской 3-ей Гимназіи, по окончаніи которой поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета Императорскаго Университета св. Владиміра. Въ 1889 г. удостоенъ степени кандидата естественныхъ наукъ. Въ томъ же году поступилъ на 2-ой курсъ медицинскаго факультета того же университета, который окончилъ въ 1893 г. со званіемъ лѣкаря съ отличіемъ.

Съ 1893 г. по 1895 г. служилъ въ качествѣ интерна въ терапевтическомъ отдѣленіи Кіевской еврейской больницы. Въ 1895-96 сдалъ экзамены на степень доктора медицины; въ тоже время слушалъ лекціи въ Еленинскомъ Клиническомъ Институтѣ. Имѣеть научныя работы:

1. Химическія изслѣдованія нѣкоторыхъ Кіевскихъ водъ (вмѣстѣ съ А. Добрымъ, напечатано въ запискахъ Кіевскаго общества естествоиспытателей 1889 г.)

2. Патолого-анатомическія измѣненія автоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при сифилисѣ. Эту работу представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

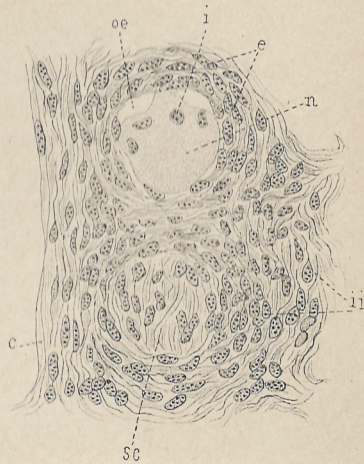
Seib. ос. 1, об V., увелич. $\frac{305}{1}$

- Рис. 1-й. Флеммингова жидкость, сафранинъ.
е—утолщенная слоистая капсула нервной клѣтки.
ii—инфильтрація стромы узла круглыми и веретенообразными элементами.
а,аа—жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ.
ааа—сильно сморщенная жирноперерожденная нервная клѣтка.
ое—перичеселлюлярное пространство.
- Рис. 2-й. Мюллеровская жидк. Гематоксилинъ, Эозинъ.
е—утолщенная слоистая капсула богатая ядрами.
п—некрозъ нервной клѣтки.
i—круглые элементы.
ii—инфильтрація стромы узла круглыми и веретенообразными элементами.
сс—зарошеніе капсулы нервной клѣтки.
ое—перичеселлюлярное пространство.
с—капсула нервного узла.
- Рис. 3-й. Мюллеровская жидк. Гематоксилинъ, Эозинъ.
сс—утолщенная волокнисто-слоистая капсула бѣдная ядрами.
п—нервная клѣтка съ периферической вакуолой.
ое—перичеселлюлярное пространство.
i—круглый элементъ.
- Рис. 4-й. Формоль-мюллеровская жидкость. Борный карминъ, индигокарминъ.
ii—инфильтрація стромы узла.
h—амилоидно-перерожденный сосудъ.
s—красные кровяные шарики.
п—набухшая нервная клѣтка.
-

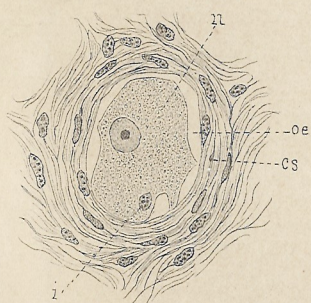
1.



2.



3.



4.

