

Отдел I. Оригинальные статьи.

Из Патолого-анатомического ин-та Казанского университета. (Завед. проф. И. П. Васильев).

К вопросу о патолого-анатомических изменениях в почках при сифилитическом поражении их.

Ассистента д-ра В. И. Журавлевой.

Несмотря на то, что сифилису почек посвящена обширная литература, вопрос этот и до сих пор нельзя считать окончательно решенным. Почки могут подвергаться действию сифилитической инфекции во всяком периоде сифилиса, но специфические морфологические изменения в них встречаются только в гуммозном периоде болезни. Наблюдаемые в этом периоде болезни гуммы относятся к числу очень редких находок при секции. При просмотре обширной литературы мы не встретили определенных статистических указаний на частоту поражения почек гуммозным процессом и нашли только случайные сведения о количестве гуммозного сифилиса почек. Так у Wagner'a (1881) на 9000 секций гуммы почек обнаружены были в 3 случаях; Spiess (1877) имел 7 сл. гуммозного интерстициального нефрита на 220 вскрытий сифилитиков. Lancereaux (1866) отметил один случай гумм почек на 24 секции сифилитиков. О редкости гуммозного поражения почек можно до известной степени судить потому, что среди обширного музея Патолого-анатомического института Казанского ун-та за долгий период его существования не имеется ни одного случая подобного изменения почек.

Иногда гуммы были диагностированы при жизни (Seiler, Legrain, Welandner, Erdheim и др.); но надо отметить, что из них патолого-анатомически был проверен только случай первого автора.

Встречаемые в почках гуммы по своему макроскопическому виду и гистологическому строению ничем не отличаются от гумм, находимых в других органах. При описании гуммозного поражения почек некоторые авторы отмечают обычно односторонность процесса (Green, Neumann). Гуммы могут встречаться и в корковом, и в мякотном веществе почек, но чаще локализуются в первом (Beer, Huber, Cuffer, Erdheim, Seiler, Cornil et Ranvier, Karvonen, Wagner, Neumann, Orth). Редко гуммы единичны, чаще бывают множественны (от 5—80) (Beer, Key, Wagner, Cornil, Erdheim, Huber, Rössle, Neumann). Обычно размеры их колеблются от величины конопляного зерна, булавочной головки до величины горошины, вишни и редко больше (Beer, Klebs, Erdheim, Seiler, Cuffer, Cornil-Ranvier, Delamare, Neumann, Rössle). Макроскопически гуммы почек имеют вид бледно-желтых узлов, мягких и мутных в центре, более плотных, блестящих и даже просвечивающих по периферии. В случае Wohlwill'я центр гуммы был стекловидно-серый, периферия корич-

негато-желтая. Delamare отмечает в своем случае гиперемию окружающей гумму ткани.

Микроскопическая картина гумм почек различна в зависимости от их возраста. Так, Döderlein отмечает, что гуммы в периоде своего формирования состоят из скоплений грануляционных клеток, инфильтрирующих соединительную ткань артерий и вен почки. Остальные авторы при описании гумм в почках указывают, что центр гумм казеозно изменен (Key, Beer, Huber, Cornil et Ranvier, Seiler, Karvonen, Neumann, Wohlwill). Обычно среди однообразной казеозной массы видны бывают остатки почечной стромы и паренхимы (Key, Cornil, Cuffer, Seiler, Neumann, Wohlwill). Кнаружи от казеозной массы описывается пояс, состоящий из волокнистой соединительной ткани, содержащей большее или меньшее количество лимфоцитов, PLZ, веретенообразных, эпителиоидных и иногда гигантских клеток. Среди этой соединительной ткани заключены погибающие мочевые каналы. Гуммы отграничиваются от почечной паренхимы соединительной тканью только в периоде рубцевания, причем эта рубцующаяся ткань без резких границ переходит в строму почки. В случае Mathewson'a казеозный центр гуммы почки был облизвествлен. Разжижение гумм описано Virchow'ым, Beer'ом, Barde'ем, Wagner'ом, Cornil'ем, Cuffer'ом. Исходом мелких гумм, по мнению Neumann'a, может быть полное рассасывание их; крупные гуммы рассасываются отчасти; после них остаются рубцы, вызывающие или образование своеобразной долъчатости почек, или цирротическое сморщивание их в виде т. наз. гуммозного нефроцирроза (Beer, Lancereaux, Seiler, Karvonen, Neumann, Обрант, Kaufmann, Osler, Orth, Rössle, Stoerk).

Поражение сифилисом сосудов почек встречается главным образом в третичном периоде болезни. Оно характеризуется теми же изменениями в сосудах, которые описываются в сосудах других органов при сифилисе. В артериях встречаются скопления лимфоидных и плазматических клеток в адвентиции, разрастание внутренней оболочки иногда до полного закрытия просвета сосуда; средняя оболочка остается почти неповрежденной. Следствием загустения артерий среднего калибра на почве люэгического эндартериита изредка является образование в корковом слое почек некротических очагов (инфарктов), простирающихся до самой капсулы (Stoerk). По мнению Herxheimer'a, рубцовые изменения почек при сифилисе отчасти нужно объяснить как результат вышеуказанных изменений (организация некротических участков). Изменения в венах почек аналогичны в общем таковым в артериях и заключаются в лимфоцитарной инфильтрации стенки, в разрастании внутренней оболочки и иногда в образовании тромбов.

Описанные многими авторами случаи других сифилитических поражений почек патолого-анатомически ничем не отличаются от обычных нефропатий. К таким проявлениям сифилитического процесса в почках (nephritis syphilitica старых авторов) относят альбуминурию, цилиндринурию, пароксизмальную гемоглобинурию, паренхиматозный и интерстициальный нефриты старых авторов, геморрагический нефрит, вторичную атрофию почек и амилоидную почку. Сифилитическая альбуминурия описана авторами и в ранних, и в поздних периодах болезни, причем характерной особенностью ее, по Hoffmann'у, является необычайно большое коли-

чество белка в моче. Выделенный в последнее время в особую форму нефрозов с определенной характеристикой т. наз. „липидный нефроз“ (Fahr) в ряде случаев своим этиологическим моментом имеет сифилис (Munk, Volhard, Müller, Fahr и др.). Однако категорически утверждать, что в каждом отдельном случае липидного нефроза в основе этого страдания стоит сифилис (Frank), едва ли возможно, так как, очевидно, он встречается и при ряде других заболеваний (Fahr, Stoerk¹). Клинически липидный нефроз выражается сильным отеком, присутствием большого количества белка и двоякопреломляющих липоидов в осадке мочи. Под микроскопом при липидном нефрозе находят отложения липоидов в клетках главных отростков, а в поздних периодах болезни и в эпителии Баумановских капсул и в соединительной ткани коркового слоя (Munk, Fahr). В мозговом слое почек липоиды встречаются в незначительном количестве в клетках широкой части Генлевских петель. В далеко зашедших случаях липидного нефроза наступает индуративная стадия процесса, заключающаяся в развитии сначала молодой грануляционной ткани, затем рубцовой соединительной ткани. Процесс обычно заканчивается сморщиванием почек. Липидный нефроз может развиваться в течение первых недель инфекции, а также много лет спустя после заражения (Munk, Fahr и др.).

Наконец, Stoeskenius (1912) описывает интерстициальную форму сифилитического нефрита, которую он наблюдал в относительно свежих случаях сифилиса. Изменения макроскопически состояли в появлении как в коре, так и мозговом веществе почки беловатых полосок, которые микроскопически оказались гранулемами, состоящими из фибробластов, лимфоцитов и PIZ и в некоторых случаях из гигантских клеток, инфильтрировавших интерстициальную ткань. В некоторых мелких гранулемах, стоящих в тесной связи с адвентицией сосудов, наблюдался иногда центральный некроз, напоминающая собою миллиарные гуммы.

Таким образом мы видим, что наиболее характерное поражение почек при сифилисе—гуммы—встречаются редко. Изменения в сосудах почек при сифилитических изменениях в других органах являются ценной находкой, до известной степени подтверждающей диагноз сифилитического поражения почек. Но одни изменения сосудов почек без специфических изменений в других органах не позволяют еще ставить диагноза сифилиса почек, потому что подобные же изменения, вплоть до облитерирующего эндоартериита, встречаются и при других заболеваниях. Случаи нахождения спирохет в моче или тканях почек встречаются редко: при нефритах раннего периода их находили в цилиндрах и белковых массах мочевых канальцев (Le Play et Cezary); выделение их эпителием извитых канальцев отметил Wathin. Случай нахождения спирохет в моче при остром сифилитическом воспалении почек описан Hoffmann'ом.

Анализируя случаи вышеназванных сифилитических нефропатий, трудно сказать, что является их причиной: действие ли спирохет на по-

¹) 23/III 1929 в нашем Патолого-анатомическом ин-те было произведено вскрытие 30 л. женщины с клиническим диагнозом nephritis chr., где обнаружен в почках липидный нефроз. Как по анамнестическим данным, так и по результатам вскрытия не было никаких оснований к допущению лютетической природы страдания почек.

чечную ткань, или другая инфекция, токсические влияния или, наконец, нарушения обмена веществ, образующиеся в пораженном сифилитической инфекцией организме. Выставляемое в качестве довода в пользу сифилитической природы процесса благоприятное действие специфической терапии без труда может быть объяснено тем, что возникающие у сифилитиков нефропатии зависят от отравления почек циркулирующими в крови токсическими веществами; специфическая терапия, направленная против спирохет, тем самым уменьшает указанные вредные влияния на почки.

Подобно ряду других внутренних органов поражения почек, кроме сифилиса приобретенного, имеют место и при врожденном. Однако, прежде чем говорить о последнего рода заболеваниях, следует указать на особенности реакции формирующегося организма по отношению к сифилитической инфекции вообще и также почек в частности. По мнению Herxheimer'a и Schneider'a, высказанному на съезде немецких патологоанатомов в 1928 г. о врожденном сифилисе, следует, что герминативная инфекция не доказана и невероятна, вследствие чего плацентарный путь заражения должен считаться единственным. Способность реагировать на сифилитическую инфекцию в эмбриональной жизни начинается не ранее 4—5 месяца беременности. Чем раньше подвергается плод заражению, тем несовершеннее его реакция. В тканях и органах рано умерших, мацерированных плодов наблюдается огромное количество спирохет с сильно выраженной альтерацией тканей, но почти без всяких реактивных морфологических изменений. У недоношенных плодов, родившихся в 2 последних фетальных месяца, а также у детей недолго живших уже заметна защитная реакция организма в виде диффузной гиперплазии мезенхимальных элементов. Реже в таких случаях изменения выражаются появлением фокусов коагуляционного некроза, милиарных сифилом, или еще реже, в узловатой форме продуктивного интерстициального воспаления. Количество спирохет тем обычно меньше (или даже они совершенно отсутствуют), чем сильнее выражена тканевая реакция. О количестве обнаружения в почках спирохет до известной степени можно судить по нижеприведенным данным, относящимся к сравнительно последним годам. Так, Simmonds имел их только в 4 случаях из 24, Falci (1923) в 1 из 5, Giordano (1925) в 4 из 14. В ранние периоды эмбриональной жизни спирохеты главным образом находятся в сосудах (Dohi, Herxheimer). Позднее спирохеты могут быть обнаружены, кроме капилляров и артерий, в клубочках, в интерстициальной ткани, между эпителием канальцев и в просвете последних (Giordano, Falci). Обычно спирохеты сосредоточиваются в аутолитически измененных очагах почек, в то время как в неизмененных их не бывает (Giordano). Их больше всего в пограничном слое почек (Stoerk).

Микроскопическая картина позднего врожденного детского сифилиса почек не отличается от таковой при приобретенном сифилисе. При исследовании же почек мертворожденных и недоношенных сифилитических плодов многие авторы более раннего периода отмечали существование т. наз. неогенной зоны¹⁾ в наружном слое коркового вещества. Однако

¹⁾ Под именем неогенной зоны понимают скопление эмбриональных элементов почечной ткани, оставшихся от периода формирования почки из метанефроз. Зона располагается в корковом веществе под капсулой и состоит (Hochsinger)

более поздние исследования (Hecker, Kaufmann, Aschoff, Stoerk) доказали присутствие ее в почках всех новорожденных. Hecker, Cassel, Frank считают специфическим для сифилиса почек новорожденных присутствие инфильтрата из лимфоцитов и плазматических клеток в стенках и окружности мелких сосудов коркового слоя и в крупных сосудах мозгового вещества. Особое значение придают Seelen, Cassel присутствию в инфильтрате плазматических клеток. Seelen находил их около сосудов и клубочков, между канальцами. Но Karvonen полагает, что клеточковые скопления знаменуют собою недоразвитие паренхимы; Hochsinger, Hecker видят в них начало воспалительного процесса, идущего от сосудов. Bloch придает другое освещение вопросу: он полагает, что в клеточковых скоплениях мы имеем дело с узлами кроветворения в виде скоплений миелоидной ткани; такого же взгляда придерживаются Schridde, Stoerk и др. Подобные узлы главным образом сосредоточиваются в клетчатке лоханок и отсюда распространяются по всей почке по ходу околососудистой соединительной ткани (Stoerk). Последний автор отмечает, что число находок инфильтратов в почках сифилитических плодов уменьшается у более дозревших плодов. Большинство авторов указывает на изменения почек при врожденном сифилисе: Hecker наблюдал *endo-periarteriitis* мелких сосудов коркового слоя почек, *Marchiafava—arteriitis ar. interlobul.*, Hecker, Négel—*periarteriitis* больших сосудов мозгового слоя почки. Некоторые авторы (Müller—1921) отмечали присутствие больших эпителиальных клеток в просвете мочевых канальцев первого порядка. Эти клетки имеют светлую протоплазму, центрально или эксцентрически лежащее ядро, окруженное светлой, перинуклеарной зоной с капельками жира. Подобные находки встречались главным образом в почках, в которых одновременно наблюдались пролиферативные изменения в интерстиции. Уже Ribbert, первый описавший подобные эпителиальные, амeboподобные образования, полагал, что они появляются в результате гиперпластического процесса в почках. Müller считает, что эти клетки образуются в результате гиперплазии почечного эпителия, возникающей при регенерации его; ядра разросшихся таким образом клеток подвергаются затем перерождению.

Из Поликлиники внутренних болезней I Москов. государств. университета
(Директор проф. Д. М. Российский).

К клинике сифилиса щитовидной железы.

Проф. Д. М. Российский.

Сифилитические поражения эндокринных желез встречаются сравнительно нередко. Являясь общим заболеванием крови, сифилис, поражая различные органы и системы, должен поражать и эндокринную систему, богато снабженную кровеносными сосудами; при заражении

из уменьшенного количества меньших по размерам почечных клубочков, часть которых сохраняет форму полулуний. Кроме клубочков в почечной зоне встречаются трубчатые полости, выстланные цилиндрическим эпителием. Stoerk указывает на присутствие клеточных скоплений в виде чехла около собирательных трубочек последней генерации.