

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 созревших 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, амебоподобные 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.

сифилисом некоторые из эндокринных желез увеличиваются в объеме и припухают одновременно с лимфатическими железами, причем в них нередко находится большое количество спирохет.

Несомненно, что значение эндокринных желез при заражении сифилисом весьма значительно и в этом отношении представляют большой интерес опыты Pearce'a и van Allen'a, которые изучали на кроликах влияние полного и частичного удаления щитовидной и зубной желез на сифилитическую инфекцию, прививая кроликам через 1—3 недели после удаления этих желез интратестикулярно сифилитическую спирохету. На основании ряда опытов Pearce и van Allen пришли к заключению, что полное удаление щитовидной и зубной железы вызывает у кроликов тяжело протекающий сифилис, при частичном же удалении этих желез сифилитическая инфекция протекает в более легкой форме.

В виду тесной физиологической связи, существующей между всеми железами эндокринной системы, всякое изолированное поражение отдельной эндокринной железы в той или другой степени должно вызывать нарушение функции и других желез с внутренней секрецией.

По мнению Nicolas и Gaté врожденный сифилис, поражая эндокринный аппарат, является этиологическим моментом в ряде заболеваний, где нарушения деятельности эндокринных желез играют превалирующую роль. К этим заболеваниям Nicolas и Gaté относят ахондроплазию, остеомалицию, поздний рахит, хронический ревматизм, pubertas praecox, болезнь Dercum'a, аденолипоматоз, болезнь Raynaud, отек Quinke, монголоидный идиотизм, keratitis parenchymatosa, ортостатическую альбуминурию и ряд заболеваний, связанных с нарушением вегетативной нервной системы (urticaria, psoriasis, экземы, эритромелия, бронхиальная астма).

Патолого-анатомические исследования показывают, что поражения эндокринных желез при сифилисе, главным образом, проявляются в виде интерстициальных и диффузных воспалительных форм при врожденном сифилисе и гуммозных форм при приобретенном сифилисе.

Из эндокринных желез сифилис наиболее часто, повидимому, поражает щитовидную железу, богато снабженную кровеносными и лимфатическими сосудами, несмотря на то, что одно время существовало мнение (Menda), что щитовидная железа редко поражается сифилитической инфекцией, в виду того, что содержащийся в ней йод не должен давать спирохетам возможности развиваться в ней. В действительности сифилитические поражения щитовидной железы нередко встречаются как при наследственном, так и при приобретенном сифилисе. При приобретенном сифилисе, по наблюдениям ряда авторов, щитовидная железа поражается почти в 50% всех случаев, а некоторые авторы считают, что в 30% всех случаев Базедовой болезни в этиологии заболевания имеется сифилис.

Barthelemy, Coulon, Hutinel и Stevenin указывают на то, что в местностях, где отмечается распространение зубной болезни, врожденный сифилис локализуется особенно часто в щитовидной железе, в которой он вызывает образование специфических узлов, исчезающих под влиянием противосифилитического лечения. М. Пожарский и другие авторы наблюдали увеличение щитовидной железы уже в период первичной сифилитической язвы. Н. В. Тимофеев отмечает резкое увеличение щитовидной железы в 25% всех обследованных им случаев

раннего периода сифилиса. А. П. Полтавцев при исследовании 85 сифилитиков у 35 наблюдал нерезкое безболезненное увеличение щитовидной железы. По Mauriac и Jullienbo во вторичной стадии сифилиса щитовидная железа опухает в 50% всех случаев.

Engel и Reimers сравнивают увеличение щитовидной железы в ранних стадиях сифилиса с появляющимися в это время припуханием и увеличением лимфатических желез и селезенки. В поликлинике внутренних болезней I МГУ наблюдался ряд случаев нарушения секреторной деятельности щитовидной железы у сифилитиков, при которых применение противосифилитической терапии принесло несомненный и ясный терапевтический эффект.

I случай. (Ординатор Л. И. Ансеров). А. Д., 40 лет. Жалобы на припухлость передней поверхности шеи и сердцебиение. Происходит из семьи с хорошей наследственностью. 18 лет вышла замуж за сифилитика. На 21 году первая беременность, закончившаяся нормальными родами. 24 лет заболевает сифилисом. Лечение: шесть ртутных инъекций и одно вливание салварсана. Больше не лечилась. Исследование крови по Wasserman'у давало отрицательный результат. Два года тому назад больная стала замечать припухание щитовидной железы и сердцебиение, которые за последнее время стали резко увеличиваться.

Status praesens. Gl. thyreoidea ясно увеличена. Ясно выраженный экзофтальм. Симптомы Graefe, Moebius'a и Stellwaga нерезко выражены. Имеется небольшой Romberg. Тремор пальцев рук. Дермографизм красный. Укорочение перкуторного звука и удлинённый выдох над правой легочной верхушкой. Перкуссия и аускультация сердца дает нормальные данные. Пульс 120—130. Исследование крови: Hb—65%; эритроцитов—3.700.000; лейкоцитов—6.800; нейтрофилов—65%; лимфоцитов больших и малых—28%, эозинофилов—3%; моноцитов—2%; переходных—4%. Исследование крови по Wasserman'у дало отрицательный результат. Органы пищеварения и мочевая система нормальны. Гинекологическое исследование открыло хронический salpingo-oophoritis.

Диагноз: Basedovismus, struma luetica. Назначено специфическое лечение в виде 20 инъекций Bijochinol'a, и 4-хмесячного курса иодистого лечения, затем снова курс инъекций Bijochinol'a. Уже после 4-х инъекций Bijochinol'a стало заметно, что левая половина опухоли начинает уменьшаться и делается значительно мягче. После 10 инъекций объем шеи уменьшился на 1 см. за счет левой половины опухоли, правая половина осталась такой же величины, но стала значительно мягче.

После 20 инъекций Bijochinol'a опухоль слева уже не прощупывалась, правая же половина опухоли сравнительно мало уменьшилась в размере и все еще была плотновата. На сердцебиение, дрожание рук и давление в области шеи больная совершенно перестала жаловаться.

II случай. (Ассистент Е. М. Гинзбург). Х-на П. В., 38 лет, домашняя хозяйка, в 1921 г. заразилась сифилисом. Провела курс специфического лечения. Два года тому назад появились явления пучеглазия, припухание передней поверхности шеи и сердцебиения.

Status praesens. Struma, exophthalmus, tremor рук, тахикардия. Симптомы Graefe, Moebius'a, Stellwag'a, Aschner'a ясно выражены. Красный, резко выраженный дермографизм. Повышенные сухожильных рефлексов. Правая граница сердечной тупости на 1 ст. за l. sternal. dext, левая—на l. mamillar. sin. У верхушки сердца—систолический шумок. Со стороны органов пищеварения, мочеполовой системы и органов чувств отклонений не отмечается.

Исследование крови: Hb 67%; эритроцитов—4.080.000; лейкоцитов—8000. Лимфоцитов—41%. Реакция Wasserman'a слабо положительная. Диагноз: Morbus Basedovii. Проведение специфической терапии (Bijochinol+Jod) дало улучшение общего состояния и уменьшение тахикардии.

III случай. (Ординатор Л. И. Ансеров) Больная С. А., 32 лет. Жалобы на головные боли, общую слабость и быструю смену настроений, частые слезы. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. 22 лет вышла замуж и вскоре заболела сифилисом. Первичные явления были пропущены, обратила внимание только в период высыпания и тогда же начала лечение. Прodelала

курс втираний ртути и 18 ртутных инъекций. Такое лечение в течение трех лет повторяла ежегодно. В последний год лечения было сделано еще 3 вливания неосальварсана. Больше не лечилась. Беременностей не было.

Status praesens. Шитовидная железа равномерно увеличена и плотновата. Настроение быстро меняется, часто плачет. Сухожильные рефлексы нормальны, глоточный рефлекс понижен. Резкий красный дермографизм. Небольшой exophthalmus. Симптомы Graefe и Moebius'a положительные. Stellwag'a отрицателен. Слабо выражен симптом Aschner'a, небольшой Romberg. Tremor пальцев рук. Со стороны органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы отклонений от нормы не отмечается. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца глуховаты. Аорта 6 см.

Исследование крови. Hb.—76%; эритроцитов—4.100.000, лейкоцитов—6.400, нейтрофилов—64%; лимфоцитов—больших и малых 23%; эозинофилов 2%, моноцитов—3%; переходных—2%. Исследование крови по Wasserman'u дало отрицательный результат. По S. G. положительный результат (+ +).

Диагноз: Basedovismus. Struma luetica. Назначено специфическое лечение. После 5 инъекций Bijochinol'a самочувствие больной значительно улучшилось, настроение стало ровнее, объем шеи уменьшился на 1/2 см. Дальнейшее наблюдение было прервано, так как больная должна была уехать.

IV случай. (Ассистент Е. М. Гинзбург). С-ва А. П., 32-х лет, около 8 лет тому назад заболела сифилисом. Приняла ряд курсов специфического лечения. Около 3-х лет тому назад впервые обнаружила увеличение щитовидной железы, появились сердцебиения и одышка, нервность и раздражительность.

Status praesens. Struma, exophthalmus, tremor рук, тахикардия. Симптомы Moebius'a, Graefe, Stellwag'a ясно выражены. Со стороны органов дыхания, кровообращения, мочеполовой системы и органов чувств отклонений не отмечается.

Исследование крови. Hb.—62%, эритроцитов—3.745.000, лейкоцитов—7.800, отмечается лимфоцитоз—39%.

Реакция Wasserman'a положительная. Диагноз: Morbus Basedovii. Проведение iodстой терапии дало хороший терапевтический эффект в виде улучшения самочувствия и уменьшения экзофтальма и тахикардии.

V случай. (Ординатор Г. Н. Солодова). Больная К. П., 29 лет. Жалобы на ожирение, сухость и зуд кожи, выпадение волос и сердцебиение. Ожирелых в роду не было. 18 лет первая беременность, закончившаяся срочными родами. Вторая беременность 22 лет, во время которой больная заразилась сифилисом; ребенок родился больным и 3 месяцев умер. От сифилиса лечилась в течение 6 лет, проделала несколько курсов специфического лечения. Реакция Wasserman'a за последний год отрицательная.

До заболевания сифилисом больная была умеренно полной женщиной. Через два года после заражения сифилисом начинает постепенно полнеть. Волосы на голове начинают сильно выпадать, потливость уменьшается, а за последний год кожа становится особенно сухой. Больная почти не потеет. Появился кожный зуд. Вес больной особенно сильно возрос за последние 2 года. Временами бывают сердцебиения и при ходьбе небольшая одышка.

Status praesens. Рост больной—160 см. Вес—112 кгр. Жировой слой развит по всему телу равномерно в очень большом количестве. Кожа суха, шелушится. Волосы на лобке и под мышками редки. Органы дыхания отклонений от нормы не представляют. Верхняя граница сердца—4 ребро, правая—по правому краю грудины, левая—по левой сосковой линии. Поперечник сердца—3 1/2 см. Тоны сердца глуховаты. Аорта—4 1/2 см.

Исследование крови: Hb.—70%, эритроцитов—4.000.000, лейкоцитов—6.800. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов палочковидных—3%, сегментированных—60%, юных—0%, лимфоцитов больших и малых—30%, моноцитов—2%, переходных—3%, эозинофилов—2%, базофилов—0%. Исследование крови по Wasserman'u дало отрицательный результат.

Со стороны органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы отклонений не отмечается.

Щитовидная железа прощупывается плохо. Исследование основного обмена аппаратом Герксгеймера и Арнольда дало понижение его на 3%.

Отмечающиеся у больной сухость и атрофичность кожи, редкие волосы на голове, под мышками и в области лобка, а также жалобы на быструю утомляемость, вялость, рассеянность указывают на ясно выраженную недостаточность

щитовидной железы. При определении основного обмена у больной найдено понижение его, что тоже говорит за гипотиреоз. Необходимо отметить, что ожирение у больной развилось после заражения сифилисом. Повидимому, сифилитическая инфекция повлияла на функцию щитовидной железы в смысле ее недостаточности, что в свою очередь дало толчок к развитию ожирения. Диагноз: *Hypothyreodismus. Adipositas universalis*. Специфическая терапия и применение тиреоидина дало хорошие результаты.

Течение сифилитических тиреоидитов обыкновенно медленное, причем в нелеченных случаях острый тиреоидит обыкновенно переходит в хроническую форму, нарушается функция щитовидной железы и тогда он клинически протекает или как Базедова болезнь, или как микседема, или как зоб, симулирующий злокачественное новообразование. *Lenh-malm* отмечает у сифилитиков частое развитие микседемы и Базедовой болезни. На то же самое указывает и *Leonard*, считающий, что 30% всех базедовиков в то же время являются и сифилитиками, причем *Schulmann* отмечает, что поражение Базедовой болезнью на почве сифилиса чаще всего наблюдается у мужчин.

При приобретенном сифилисе со стороны щитовидной железы в ранних стадиях наблюдается припухание и увеличение, в поздних стадиях интерстициальное, фиброзное, или гуммозное перерождение железы. По *Buschke* и *Jost* у в третичном периоде сифилиса щитовидная железа сравнительно нередко поражается гуммозным процессом, причем гуммозный тиреоидит встречается обыкновенно одновременно с сифилисом внутренних органов. При сифилитическом поражении щитовидная железа бывает большей частью увеличена, плотновата и спаяна с прилегающими органами и иногда даже сдавливает трахею; в некоторых случаях в щитовидной железе отмечаются плотные, ограниченные гуммозные узлы. Гуммы щитовидной железы обыкновенно разрушают ее паренхиму и вызывают образование сильно деформирующих орган рубцов. При сифилисе у недоношенных детей, по наблюдениям *Э. В. Буша* и *Я. Я. Широ́на*, щитовидная железа обыкновенно увеличена и количество зрелых фолликулов ее велико; к периоду созревания этот процесс сменяется цирротическими явлениями с уменьшением железистых элементов и с переходом в диффузную фиброзную атрофию. По *Э. В. Бушу* средний вес щитовидной железы у недоношенных сифилитических плодов в возрасте от пяти до восьми месяцев внутриутробной жизни в среднем на 0,27 гр. больше, чем в средний вес ее в контрольных случаях (1.1—0,83 гр.). Вес щитовидной железы у доношенных детей с явлениями наследственного сифилиса меньше, чем у детей контрольных на 0,75 гр. (1,48—2,23); у недоношенных сифилитических плодов, по наблюдениям *Э. В. Буша*, междольчатая соединительная ткань развита сильнее, чем в контрольных железах. У доношенных сифилитических детей наблюдаются обратные отношения. У взрослых с приобретенным сифилисом междольчатая соединительная ткань развита сильнее.

При сифилисе щитовидной железы биохиноловая и ртутно-сальварсановая терапия нередко оказывает замечательное терапевтическое действие. Йодистая терапия при сифилитических поражениях щитовидной железы также дает хороший эффект, что отмечается и в случаях Базедовой болезни. В то время как при Базедовой болезни препараты йода нередко приносят ухудшение, при *Morbus Basedovii* с сифилитической этиологией применение йодистых препаратов часто, наоборот,

оказывает прекрасное действие. При микседеме, развившейся на сифилитической почве, специфическое противосифилигическое лечение также дает хорошие результаты, причем в случаях микседемы, как показывают наблюдения, специфическая терапия приносит особенно хорошие результаты при одновременном или предварительном применении тиреоидина.

Из Поликлиники внутренних болезней 1 Моск. государств. университета
(Директор проф. Д. М. Российский).

К клинике гипофизарного сифилиса.

Проф. Д. М. Российский.

Поражение сифилисом мозгового придатка наблюдается далеко не редко. Virchow впервые в 1858 г. описал гумму мозгового придатка. Дальнейшие наблюдения показали, что поражение сифилисом мозгового придатка довольно частое заболевание и по одним авторам сифилис мозгового придатка встречается в 42%, по другим в 57%. Насколько, сравнительно, часто наблюдается сифилитическое поражение мозгового придатка можно видеть из статистических данных Buschke и Jost'a, которые собрали из литературы 246 случаев сифилиса мозгового придатка, из которых в 162 случаях имелся приобретенный сифилис.

Как при врожденном, так и при приобретенном сифилисе чаще всего поражается передняя и межуточная части мозгового придатка, поражение задней части придатка наблюдается сравнительно реже. При приобретенном сифилисе чаще всего встречаются гуммозные формы поражения мозгового придатка, а при врожденном—нередко наблюдается диффузное, интерстициальное воспаление, причем по Simmonds'у при врожденном сифилисе в мозговом придатке нередко наблюдается более или менее распространенный межуточный воспалительный процесс, сопровождающийся миллиарными гуммами передней доли. В некоторых случаях наблюдается переход на мозговой придаток специфического сифилитического процесса с мозговых оболочек, надкостницы и носоглоточной области.

При сифилитическом поражении мозгового придатка наивчаще всего отмечаются заболевания, связанные с гипо-и дисфункцией придатка—гипофизарное ожирение, несахарный диабет, гипофизарная кахексия, карликовый рост и инфантилизм. Наиболее частым заболеванием при сифилисе мозгового придатка является гипофизарное ожирение, возникающее как на почве поражения межуточной, так и задней доли придатка. Некоторые авторы (Marburg, Aschner, Laschke) считают, что гипофизарное ожирение может возникать и вследствие поражения специфическим процессом *tuber cinereum*, так как в виду тесной связи, существующей между придатком мозга и вегетативными центрами межуточного мозга, повреждение *tuber cinereum* препятствует поступлению действующего начала гипофиза в мозг, что является аналогичным разрушению гипофиза. По наблюдениям Nonne и Motta гипофизарное ожирение, развившееся на почве врожденного сифилиса, нередко сопровождается нанизмом, полиурией, дисгенитализмом, евнухоидизмом и инфантилизмом.