

282-
M. 86
4917
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно - Медицинской Академіи
въ 1902—1903 учебномъ году.

№ 41.

ИЗМѢНЕНІЯ ВЪ ПЕЧЕНИ У ДѢТЕЙ

ПРИ НѢКОТОРЫХЪ ОСТРО-ЗАРАЗНЫХЪ БОЛЕЗНЯХЪ
(дифтеріи, скарлатинѣ, корі)

И
ПРИ ГАСТРО-ЭНТЕРИТАХЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Г. А. МОЧАНД

Изъ Елисаветинской Клинической Больницы для малолѣтнихъ
дѣтей въ С. Петербургѣ.

6475
Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: проф. Н. П. Гундобинъ,
проф. А. И. Моисеевъ и приватъ-доцентъ А. А. Максимовъ.

(Съ приложеніемъ таблицы рисунковъ)

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. Ф. Штольценбургъ, Моховая, 37.

1903.



6163: 616-05: 616.9

И-86

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академи
въ 1902—1903 учебномъ году.

7 - ИЮН 2012

№ 41.

ИЗМѢНЕНІЯ ВЪ ПЕЧЕНИ

У ДѢТЕЙ **ПРОВЕРЕНО**

ПРИ НѢКОТОРЫХЪ ОСТРО-ЗАРАЗНЫХЪ БОЛЕЗНЯХЪ
(дифтеріи, скарлатинѣ, кори)

и
ПРИ ГАСТРО-ЭНТЕРИТАХЪ

ДИССЕРТАЦІА
на степень доктора медицинв
Г. А. МОЧАНН.

Изъ Елизаветинской Клинической Больницы для малолѣтнихъ
дѣтей въ С.-Петербурѣ.

Цензоры диссертации, по порученію Конференціи, были: проф. Н. П. Гундобинъ,
проф. А. И. Моисеевъ и приватъ-доцентъ А. А. Максимовъ.

(Съ приложъ нѣмъ таблицы рисунковъ)

Изд.	1-я
№	1-го Харьк. отд. Института
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.	

БІБЛІОТЕКА
Харькскаго Медицин. Института
№ 4917

Перепечат
1906 г.

Типографія А. Ф. Штольценбургъ, Мокшала, 37.
1903.

3861

6431

3861
1911

Лит.	1681
Мат. кн. №	17605
Шифр. дес.	86
Шифр. кеттер	

ПЕРЕВІРЕНА 1906

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Г. А. Мочана под заглавием: „Измене-
ния в печени у детей при некоторых остро-заразных болезнях (дифтерия,
скарлатина, кори) и при гастро-энтеритах“ печатать разрешается с темъ,
чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорской
Военно-Медицинской Академіи 400 экземпляровъ этой диссертации (125 экзем-
пляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ) —
въ Конференцію и 275 экземпляровъ диссертации — въ академическую би-
бліотеку).

С.-Петербургъ, 25 Января 1903 года.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессоръ А. Діаминъ.

64451

Печень, благодаря своему исключительному положенію въ
обшемъ кровообращеніи, богатству клеточными элементами
и обилію сосудовъ съ крайне медленнымъ въ нихъ тече-
ніемъ крови, благоприятствующимъ развитію въ ней засто-
йныхъ явленій, а также благодаря способности ея задерживать
и нейтрализовать поступающія въ организмъ и цирку-
лирующія въ немъ ядовитыя вещества, представляетъ собою
органъ, принимающій очень дѣятельное участіе въ борьбѣ
организма съ различными болѣзнетворными началами, а тѣмъ
самымъ и болѣе всего подвергающійся ихъ отравляющему
дѣйствию. Если поэтому патологическая анатомія печени при
различныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ давно уже обратила
свое вниманіе на этотъ фактъ и можетъ считаться въ на-
стоящее время болѣе или менѣе разработанной, то отно-
сительно измененій этого органа у дѣтей при названныхъ бо-
лезняхъ мы обладаемъ еще сравнительно немногими изслѣ-
дованіями. А между тѣмъ менѣе совершенныя функціи дѣт-
ской печени въ связи съ некоторыми особенностями ея
строенія и меньшею вообще сопротивляемостью дѣтскаго ор-
ганизма по отношенію къ различнымъ инфекціямъ заставля-
ютъ допустить, что у дѣтей, именно, при заразныхъ заболѣ-
ваніяхъ, особенно поражается печень.

Желая ближе ознакомиться съ патолого-анатомическими
измѣненіями печени у дѣтей при острыхъ заразныхъ забо-
лѣваніяхъ, я предпринялъ, по предложенію многоуважаемаго
профессора Н. П. Гундобина, рядъ изслѣдованій печени у
дѣтей, погибшихъ отъ дифтерии, скарлатины и кори, а также
при гастро-энтеритахъ у дѣтей грудного возраста. Первая
три болѣзни выбраны, какъ болѣе свойственныя дѣтскому

возрасту, последняя—как наиболее свойственная грудному возрасту.

Предпринимая означенныя изслѣдованія, я имѣлъ въ виду: 1) опредѣлить самый характеръ измѣненій въ печени при означенныхъ заболѣваніяхъ; 2) отмѣтить качественную и количественную разницу этихъ измѣненій при каждой изъ упомянутыхъ болѣзней, и 3) разрѣшить вопросъ, не могутъ ли острия заразныя заболѣванія играть извѣстную роль въ этиологии циррозовъ печени въ дѣтскомъ возрастѣ.

Измѣненія печени при инфекціонныхъ болѣзняхъ были уже давно замѣчены многими авторами. Такъ, Louis (1829 г.), Andral (1829 г.), Grisolle (1857 г.) и др. констатировали нѣкоторое размягченіе и желтоватую окраску печени при брюшномъ тифѣ, а иногда даже и образованіе абсцессовъ въ ея паренхимѣ. Но болѣе подробная и цѣнная изслѣдованія печени при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ появились лишь съ введеніемъ методовъ микроскопическаго изслѣдованія.

Въ 1860 году Friedreich, а за нимъ Wagner обратили вниманіе на дегенеративныя измѣненія печеночныхъ клѣтокъ и на присутствіе въ печени небольшихъ сѣроватыхъ узелковъ, которые они рассматривали, какъ лимфомы.

Cornil указалъ, въ 1862 году, на мутное набуханіе печеночныхъ клѣтокъ съ размноженіемъ ядеръ, а въ 1864 году наблюденія Damaschino и Chédevergneя обнаружили у субъектовъ, погибшихъ отъ брюшнаго тифа, жировое перерожденіе печени—явленіе констатированное и подтвержденное затѣмъ и при многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Нѣсколько позже, въ 1869 году, Hoffmann, изучая измѣненія въ печеночныхъ клѣткахъ въ различныхъ стадіяхъ брюшнаго тифа, констатировалъ въ большей части случаевъ очень рѣзкое жировое перерожденіе, а иногда полный некрозъ клѣтокъ съ одновременнымъ болѣе или менѣе обильнымъ образованіемъ новыхъ клѣтокъ.

Послѣдующая работа Liebermeister'a повторяетъ приблизительно описаніе Hoffmann'a, а въ работѣ Frerichs'a (1877 г.) мы находимъ уже указаніе на тотъ фактъ, что на-

блюдаемое въ печеночныхъ клѣткахъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ отложеніе жира начинается всегда съ периферіи дольки, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ жировыя капелки скопляются исключительно въ окружности центральной вены.

Первое довольно подробное описаніе измѣненій печени при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ принадлежитъ Siredey'ю (1882 г.). Изслѣдуя печень при брюшномъ тифѣ, дифтеріи, скарлатинѣ, оспѣ, холерѣ, авторъ этотъ первый обратилъ вниманіе на то, что одновременно съ измѣненіями въ печеночныхъ клѣткахъ, отъ мутнаго набуханія до частичнаго или полнаго ихъ жирового перерожденія, наблюдаются еще измѣненія со стороны интерстиціальной ткани—расширеніе внутريدольковыхъ капилляровъ, эмиграція изъ нихъ лейкоцитовъ, отдѣляющихъ затѣмъ сосуды отъ печеночныхъ клѣтокъ, набуханіе сосудистаго эндотелія, а въ большинствѣ случаевъ рѣзкое выраженное утолщеніе перилобулярной соединительной ткани съ вросаніемъ внутрь долекъ болѣе или менѣе развитыхъ ея тяжей. Въ своей работѣ Siredey утверждаетъ, что сосудистыя и околососудистыя измѣненія гораздо болѣе характерны для инфекціонной печени, нежели измѣненія въ самихъ печеночныхъ клѣткахъ, и что они предшествуютъ этимъ послѣднимъ. Макроскопическія измѣненія печени при всѣхъ почти инфекціонныхъ заболѣваніяхъ представлялись одинаковыми: объемъ печени болѣею частью былъ нормальный, иногда слегка увеличенъ, чаще же нѣсколько уменьшенъ; консистенція болѣе или менѣе мягкая, цвѣтъ значительно измѣненъ и очень разнообразенъ, въ зависимости отъ силы заболѣванія. Чаще всего наблюдалась блѣдная окраска печени съ широкими, красноватыми или фиолетовыми разводами.

Что же касается микроскопическихъ измѣненій, то при оспѣ и скарлатинѣ преобладали интерстиціальныя измѣненія: рѣзкое кровенаполненіе сосудовъ, набуханіе ихъ эндотелія, инфильтрація мелкоклѣточными элементами въ окружности капилляровъ; измѣненія же въ печеночныхъ клѣткахъ выражались мутнымъ набуханіемъ и частичнымъ или полнымъ ихъ жировымъ перерожденіемъ. При дифтеріи же на первый планъ выступали паренхиматозныя измѣненія.

Къ этому же времени относится работа Laugel'a (1886 г.). Авторъ этотъ также наблюдалъ печень у дѣтей серии дѣтей при многихъ заразныхъ болѣзняхъ (кори, оспѣ, скарлатинѣ, дифтеріи и брюшномъ тифѣ). Печень обыкновенно представлялась слегка увеличенной въ объемѣ; цвѣтъ ея какъ на поверхности, такъ и на разрѣзѣ—неравнобѣрный, сѣровато-красноватый, напоминающій мускатную печень, при чемъ интенсивность окраски не всегда соответствовала болѣе выраженнымъ гистологическимъ измѣненіямъ. Печеночныя клетки мутны, инфильтрованы жиромъ то по всей долькѣ, то по периферіи ея, то въ какой-либо одной ея части. Внутривольковые капилляры болѣею частью расширены, образуя извитыя полосы между перекладинами печеночныхъ клѣтокъ. Портальные пространства увеличены. Соединительная ткань въ нихъ представляется инфильтрированной круглоклѣточными элементами, сильно разросшейся, иногда до такой степени, что она проникаетъ въ щели между отдѣльными дольками и, такимъ образомъ, соединяетъ между собою два и даже три портальныхъ пространства. Стѣнки артерій и венъ утолщены и какъ бы окружены соединительно-ткаными волокнами въ различномъ періодѣ ихъ образования. Желчные каналцы расширены и болѣе замѣтны, чѣмъ нормально.

Перейдемъ теперь къ обзору работъ, имѣющихся въ литературѣ относительно измѣненій печени у дѣтей специально при дифтеріи, а также работъ объ измѣненіяхъ этого органа при экспериментальной дифтеріи.

Что касается измѣненій въ печени при дифтеріи, то всѣ авторы, изучавшіе патологическую анатомію печени при данномъ заболѣваніи, указываютъ на болѣе или менѣе рѣзкія измѣненія въ этомъ органѣ. Такъ, Garnier и Bricheteau въ отчетахъ по дифтеритному отдѣленію больницы Св. Евгеніи указываютъ, что при вскрытіяхъ дѣтей, погибшихъ отъ дифтеріи, печень всегда представлялась измѣненной: она казалась болѣе жирной и очень часто полнокровной.

Sanné, упоминавъ о печени при дифтеріи, указываетъ на весьма частыя ея поражения, при чемъ поражения эти имѣютъ такой же характеръ, какой обыкновенно наблюдается при всѣхъ заболѣваніяхъ, производящихъ глубокія измѣненія въ

организмѣ, а именно: при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ и нѣкоторыхъ отравленіяхъ. Измѣненія эти состоятъ въ различной степени кровенаполненія печени, а главнымъ образомъ въ жировомъ ея перерожденіи, сплошномъ или частичномъ, въ видѣ отдѣльныхъ пятенъ, и поверхностныхъ или болѣе глубокихъ островковъ.

Воorges, описывая печень при дифтеріи, указываетъ на увеличеніе печени въ объемѣ и на сильное ея кровенаполненіе. У умершихъ отъ дифтеріи въ началѣ заболѣванія печень—темно-краснаго цвѣта; въ случаяхъ же съ болѣе продолжительнымъ теченіемъ она блѣдна и очень часто усыяна желтовато-бѣлыми пятнами, свидѣтельствующими объ избыткѣ въ ней жира. Подъ микроскопомъ прежде всего бросается въ глаза расширеніе капилляровъ и жировая инфильтрація эндотелиальныхъ и печеночныхъ клѣтокъ. Избытокъ жира замѣчается въ окружности портальныхъ пространствъ. Отложение жира наблюдается, впрочемъ, какъ, въ окружности центральной вены, такъ и въ портальныхъ пространствахъ, и не рѣдко распространяется и на всю дольку. Кроме того, автору удавалось наблюдать скопленія эмбриональныхъ клѣтокъ, образующихъ узелки въ соединительной ткани портальныхъ пространствъ, или же располагающихся въ окружности сосудовъ въ видѣ влагалища, а также въ видѣ полосъ, разсыпанныхъ между пучками соединительной ткани. Сосуды печени содержатъ въ себѣ огромное количество лейкоцитовъ; желчные каналцы имѣютъ нормальный видъ. Въ исключительныхъ случаяхъ авторъ могъ отмѣтить катарръ желчныхъ кавадьцевъ, въ особенности въ одномъ случаѣ, сопровождавшемся желтухой.

Labadie-Lagrave въ своей работѣ объ осложненіяхъ со стороны сердца при дифтеріи, приводитъ 23 наблюденія, изъ которыхъ въ 22 было сдѣлано вскрытіе. Въ числѣ этихъ случаевъ онъ отмѣчаетъ три раза тромбозъ печеночныхъ капилляровъ и очень рѣзкое жировое перерожденіе печени. Особенно поучительнымъ является одно изъ его наблюденій, относящееся къ затяжной формѣ дифтеріи съ дифтеритомъ бронховъ и послѣдовательной бронхо-шевромией, вызвавшей смерть на 42-ой день. Онъ констатировалъ въ печени особаго

рода измененіе, неописанное, по его словамъ, еще до тѣхъ поръ въ литературѣ, а именно: поверхность и паренхима печени устья мелкими зеленоватыми точками, величиною съ конопляное зерно, довольно правильной круглой формы, обусловленными, повидимому, тромбозомъ капилляровъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи печеночныя кѣтки мало изменены, за исключеніемъ незачитательнаго жирового перерожденія. Въ полѣ зрѣнія микроскопа видно очень большое количество мелкихъ кристалловъ холестерина. Капилляры слегка изменены. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ капилляровъ, ближе къ ихъ стѣнкамъ, видны скопленія заристо-перерожденныхъ лейкоцитовъ. На ряду съ этими лейкоцитами замѣчаются кровяныя тѣльца, въ періодъ распада, рѣзко измененныя. Развѣтвленія воротной вены содержатъ въ себѣ мѣстами свернувшуюся кровь.

Oertel въ своей монографіи „Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie nach ihrer histologischen Begründung“ приводитъ описаніе измененій печени въ 7-ми случаяхъ дифтеріи съ быстрымъ теченіемъ. Не указывая точно ни возраста больныхъ, ни продолжительности болѣзни, онъ утверждаетъ, что печенъ во всѣхъ почти изслѣдованныхъ имъ случаяхъ была нормальной величины, лишь въ одномъ случаѣ она представлялась нѣсколько увеличенной. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ онъ наблюдалъ капиллярныя кровоизліянія подъ капсулой и въ верхнихъ слояхъ печеночной ткани; рѣже такія кровоизліянія наблюдались и въ болѣе глубокихъ слояхъ паренхимы, а также въ соединительной ткани Глиссоновой капсулы. Кровоизліянія эти не были обильны и ясно выступали лишь при микроскопическомъ изслѣдованіи; перерожденія сосудовъ не замѣчалось. Какъ постоянное явленіе, онъ могъ констатировать очаговые скопленія лейкоцитовъ въ подбрюшинной и портальной соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ печени, непосредственно подъ ея брюшиннымъ покровомъ, онъ могъ также отмѣтить большія или меньшія скопленія круглыхъ кѣтокъ, которая располагались ближе къ поверхности въ видѣ тонкихъ полосъ, или въ видѣ группъ кѣтокъ, тѣсно прилежавшихъ къ какому-либо сосуду или же окружавшихъ его. Мѣстами эти скопленія круглыхъ

кѣтокъ представлялись болѣе обильными: они занимали огромную поверхность и глубоко проникали между дольками печени въ междольковую соединительную ткань. Вдоль сосудистыхъ влагалищъ въ частю удавалось прослѣдить мелкокѣточную инфильтрацію. Такія же скопленія небольшихъ круглыхъ кѣтокъ онъ наблюдалъ въ печеночной паренхимѣ и, главнымъ образомъ, въ соединительной ткани порталъныхъ пространствъ. Здѣсь кѣтки эти распространялись на большое протяженіи, образуя настоящіе очаги, или же, что наблюдалось чаще всего, располагались въ видѣ полосъ или тяжей между отдѣльными дольками и вокругъ мелкихъ венъ и желчныхъ ходовъ. Печеночныя кѣтки представлялись обыкновенно нормальными; очень рѣдко и при томъ ближе къ интерстиціальнымъ скопленіямъ круглокѣточныхъ элементовъ онъ представлялись жирно перерожденными и видоизмененными довольно большими жировыми капелями, причѣмъ нѣкоторыя изъ этихъ послѣднихъ находились уже въ періодъ жирового распада.

Изъ этихъ изслѣдованій авторъ заключаетъ, что измененія печени при дифтеріи носятъ характеръ интерстиціальнаго воспаленія, распространяющагося не на всю печенъ, а очагами, и которое должно быть разсматриваемо, какъ частичное явленіе общаго дифтерійнаго заболѣванія.

Morel въ своихъ изслѣдованіяхъ о вліяніи дифтерійныхъ токсиновъ на различныя паренхиматозныя органы приводитъ описаніе печени у дѣтей, погибшихъ отъ дифтеріи. Во всѣхъ почти изслѣдованныхъ имъ случаяхъ печенъ представлялась очень увеличенной въ объемѣ, полнокровной, темно-краснаго цвѣта, нормальной консистенціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи рѣже всего бросалось въ глаза значительное расширеніе кровеносныхъ капилляровъ во всѣхъ доляхъ печени, одинаково хорошо выраженное какъ въ центрѣ дольки, такъ и въ ея периферіи и сопровождавшееся замѣтнымъ внутрисосудистымъ гиперлейкоцитозомъ. Кромѣ того онъ находилъ еще болѣе или менѣе ясно выраженную жировую инфильтрацію, разсыпанную по всей печеночной долькѣ и состоящую изъ мелкихъ жировыхъ капелекъ, расположенныхъ одновременно какъ въ печеночныхъ кѣткахъ, такъ и

въ клеткахъ эндотелія капилляровъ. Въ печеночныхъ клеткахъ жировыя капли казались чрезвычайно малыми и очень немногочисленными, въ эндотелиальныхъ же клеткахъ жиръ имѣлъ видъ довольно крупныхъ капель, почти совершенно выполнявшихъ всю протоплазму клетки и прикрывавшихъ ея ядро; въ окружающихъ порталныхъ пространствахъ замѣчалась незначительная инфильтрація эмбриональными клетками. Лишь у одного ребенка, умершаго черезъ 2 недѣли послѣ перенесенной имъ инфекціи, авторъ могъ отмѣтить въ печени, кромѣ болѣе рѣзкаго кровенаполненія и сильно выраженаго гиперлейкоцитоза, обильную инфильтрацію соединительной ткани порталныхъ пространствъ эмбриональными клетками, проникавшими между стѣнками капилляровъ и печеночными клетками, которыя въ этомъ мѣстѣ были выполнены значительнымъ количествомъ жира и сильно атрофированы.

На основаніи этихъ изслѣдованій авторъ полагаетъ, что ядъ, вырабатываемый дифтеритной бациллою въ дифтеритныхъ пленкахъ, вызываетъ въ печени прежде всего расширение сосудовъ и недостаточность ея питанія. Эндотелиальныя клетки капилляровъ, а за ними и печеночныя клетки инфильтрируются жировыми капельками. При этомъ собственно жирового перерожденія клетокъ не наблюдается, а дѣло идетъ лишь объ инфильтраціи клетокъ, такъ какъ жизнеспособность ихъ, повидимому, еще сохранена: въ нихъ не замѣчается исчезновенія ядра, и протоплазма сохраняетъ свой нормальный характеръ.

Gaston въ своей диссертациі „Le foie infectieux“ указываетъ, что дифтеритная печень почти всегда увеличена въ объемѣ, полнокровна, темно-краснаго цвѣта, нормальной консистенціи. Поверхность печени усѣяна точечными узелками. Въ случаяхъ рѣзкаго токсическаго характера заболѣванія въ печеночныхъ клеткахъ замѣчается умѣренная и разсѣянная жировая инфильтрація. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда болѣзнь равивается медленно, преобладаютъ расширение сосудовъ и эмбриональная инфильтрація вокругъ печеночныхъ клетокъ между капиллярами и въ порталныхъ пространствахъ. Печеночныя клетки жирно перерождены, преимущественно по периферіи дольки.

Katzenstein изслѣдовалъ печень въ 10 случаяхъ дифтерит. Онъ наблюдалъ мутное набуханіе и жировое перерожденіе печеночныхъ клетокъ, слабую окраску ядра, инфильтрацію лейкоцитами перипортальной соединительной ткани и мѣстами гиалиновое перерожденіе капилляровъ, а также периферическихъ сосудовъ дольки.

Claude, изслѣдуя печень у дѣтей, погибшихъ отъ дифтерит, нашелъ въ общемъ такія же измѣненія, о какихъ упоминаютъ приводимые выше авторы, а именно: жировое перерожденіе печеночныхъ клетокъ, болѣе рѣзко выраженное по периферіи дольки, но наблюдаемое также въ клеткахъ, прилегающихъ къ центральной венѣ. Въ эндотеліи капилляровъ авторъ не могъ обнаружить присутствіе жира, а жировыя капельки располагались въ протоплазмѣ печеночной клетки по краю ея, прилегающему къ капилляру, вѣдствіе чего капельки эти можно было отнести къ капилляру. Авторъ не наблюдалъ также геморрагическихъ очаговъ, о которыхъ упоминаетъ Oertel. Какъ на постоянное измѣненіе въ печени, авторъ указываетъ на гиалиновое перерожденіе центральныхъ клетокъ дольки. Въ высшей стадіи этого перерожденія клетки представлялись прозрачными съ окрашенными лишь контурами и ядромъ. Форма ихъ была измѣнена, радиальное расположеніе печеночныхъ клетокъ нарушено, отчасти вѣдствіе растаенія капилляровъ. Что касается порталныхъ пространствъ, то въ послѣднихъ онъ могъ констатировать болѣе или менѣе рѣзкую пролиферацію круглыхъ клетокъ, простирающуюся иногда до промежутковъ между печеночными клетками.

Вмѣстѣ съ тѣмъ авторъ изслѣдовалъ печень у животныхъ, у которыхъ онъ экспериментально вызывалъ дифтерію. Изслѣдованія эти показали слѣдующее:

1) При острыхъ отравленіяхъ измѣненія въ порталныхъ пространствахъ слабо выражены: въ нихъ замѣчается лишь незначительное увеличеніе числа круглоклеточныхъ элементовъ. Печеночныя клетки почти всегда содержатъ въ себѣ жировыя капельки, которыя встрѣчаются болѣе по периферіи дольки. Печеночныя же клетки центральной части дольки подвергаются гиалиновому перерожденію или же совершенно

атрофируются. Вместе с тем наблюдается расширение капилляров, которые наполнены кровью, главным образом, вблизи центральной вены.

2) При более медленных отравлениях появляется инфильтрация портальных пространств круглыми и продолговатыми клеточными элементами, проникающими в Керновы щели, затѣм легкой междольковой склерозъ съ новообразованиемъ желчныхъ канальцевъ; клеточныя пораженія выражены уже меньше рѣзко, чѣмъ въ острыхъ случаяхъ отравленія.

3) Въ медленно протекающихъ случаяхъ, при долгомъ выживаніи животныхъ, пораженія клѣтокъ отсутствуютъ или едва замѣчаются, тогда какъ разрастаніе междольочной ткани достигаетъ степени настоящаго цирроза съ арелою фиброзною соединительною тканью.

Болѣе подробное описаніе гистологическихъ измѣненій въ печени у умершихъ отъ дифтеріи мы находимъ у Вавассі. Авторъ этотъ изслѣдовалъ печень у 60 дѣтей, въ возрастѣ отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 12 лѣтъ, погибшихъ отъ дифтеріи самой разнообразной формы теченія и продолжительности. Измѣненія въ печени при дифтерійной инфекціи Вавассі дѣлитъ на 3 группы. Къ первой группѣ относятся измѣненія сосудовъ, ко второй—измѣненія паренхиматозныхъ элементовъ печени и къ третьей—измѣненія соединительной ткани. Измѣненія эти рѣзче всего выступаютъ въ области бѣлыхъ пятенъ (*taches blanches Hanot, taches albes Hayem*), наблюдаемыхъ въ печени при макроскопическомъ изслѣдованіи.

Измѣненія сосудовъ касаются главнымъ образомъ капилляровъ. Послѣдніе представляются очень часто сильно расширенными и гиперемизированными. Расширеніе капилляровъ можетъ быть равномернымъ по всей печеночной паренхимѣ, обыкновенно же оно наблюдается въ отдѣльныхъ болѣе или меньше обширныхъ участкахъ печеночной паренхимы. Расширеніе капилляровъ въ такихъ участкахъ доходитъ иногда до такой степени, что лезація между ними печеночныя клѣтки атрофируются и превращаются въ узкія перекладины, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ совершенно исчезаютъ, вслѣдствіе чего

многіе капилляры сливаются и напоминаютъ собой кавернозную ткань. Эндотеліи капилляровъ также представляется измѣненнымъ, значительно набухшимъ и ядра его слабѣе воспринимаютъ окраску. Темъ не менѣе измѣненія эти въ эндотеліи капилляровъ рѣдко распространяются на всю паренхимую печени; обыкновенно они ограничиваются участками болѣе или менѣе величины, или же наблюдаются только въ отдѣльныхъ мѣстахъ одного и того же капиллярнаго сосуда. Не рѣдко наблюдается еще гліановое перерожденіе стѣнокъ капилляровъ, преимущественно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ клеточныя элементы подверглись наибольшимъ измѣненіямъ. Въ крупныхъ артеріальныхъ и венозныхъ сосудахъ, а также въ центральной венѣ печеночной дольки, въ развѣтвленіяхъ воротной вены и печеночной артеріи, а также въ мелкихъ артеріяхъ портальныхъ пространствъ, авторъ не находилъ какихъ-либо измѣненій. Лишь въ просвѣтѣ этихъ сосудовъ онъ замѣчалъ чрезмѣрное богатство крови лейкоцитами.

Измѣненія въ печеночныхъ клѣткахъ, по мнѣнію автора, имѣютъ самый разнообразный характеръ и относятся къ протоплазмѣ и къ ядру. Границы клѣтокъ не ясны, протоплазма теряетъ свою своеобразную окраску, становится совершенно бѣдной и напоминаетъ собой элементы извитыхъ канальцевъ почекъ. Ядра въ печеночныхъ клѣткахъ не рѣдко плохо воспринимаютъ окраску, мѣстами вовсе не окрашиваются, въ то время какъ контуры ихъ все еще довольно ясно очерчены. Ядра клѣтокъ часто представляются увеличенными и даютъ картину постепеннаго образованія настоящихъ гигантскихъ ядеръ. При этомъ наблюдаются еще измѣненія содержимаго ядра, вслѣдствіе чего оно становится болѣе или менѣе гомогеннымъ и блестящимъ съ незначительными остатками хроматиновыхъ зернышекъ, отодвинутыхъ къ оболочкѣ ядра. Довольно часто наблюдается еще жировое перерожденіе клѣтокъ; однако оно рѣдко принимаетъ характеръ глубокихъ измѣненій и не распространяется на всѣ элементы; обыкновенно оно ограничивается небольшими участками, занимающими то центръ, то периферію дольки и не имѣетъ никакого прямого отношенія къ расширенію капилляровъ. Кромѣ

того авторъ указываетъ на болѣе или менѣе рѣзко выраженное нарушеніе радіальнаго расположенія печеночныхъ клѣтокъ, на такъ называемую *dislocation de la travée hépatique* французскихъ авторовъ.

Какъ на одно изъ самыхъ постоянныхъ измѣненій въ печени у умершихъ отъ дифтерій, авторъ указываетъ на измѣненія ея перилобулярной соединительной ткани. Измѣненія эти состоятъ въ мелкоклѣточной инфильтраціи, которая рѣдко ограничивается одной соединительной тканью порталныхъ пространствъ, а болѣе или менѣе глубоко проникаетъ и въ Кервановы щели, въ промежутки между отдѣльными дольками и не рѣдко въ перекладины печеночныхъ клѣтокъ, отдѣляя послѣднія другъ отъ друга. Степень инфильтраціи варьируетъ не только въ разныхъ печеняхъ, но и въ различныхъ участкахъ одной и той же печени, при чемъ инфильтрація эта бываетъ на столько болѣе рѣдкихъ случаяхъ на ряду съ лейкоцитами, пронитывающими соединительную ткань, замѣчается еще значительное количество овальныхъ тѣлецъ, богатыхъ хроматиномъ. Эти послѣднія авторъ рассматриваетъ, какъ молодую соединительную ткань, появленіе которой, по его мнѣнію, не стоитъ, впрочемъ, въ связи съ продолжительностью инфекціи.

У животныхъ, у которыхъ авторъ экспериментально вызывалъ дифтерію, измѣненія въ печени имѣли точно такой же характеръ, и интензивность ихъ зависѣла отъ продолжительности инфекціи.

Описаніе измѣненій въ печени у животныхъ, у которыхъ экспериментально вызывалась дифтерія, мы находимъ еще у очень многихъ авторовъ.

Такъ, Roux и Yersin, вводя подъ кожу морскимъ свинкамъ и кроликамъ культуры дифтеритныхъ бациллъ, находили при вскрытіи животныхъ крайнюю гиперемію всѣхъ внутреннихъ органовъ, а въ томъ числѣ и печени, которая представлялась дряблою, жирно перерожденной и имѣла желтую окраску.

Teissier и Guinard нашли у двухъ собакъ, погибшихъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ отъ выпущаемаго имъ дифтерійнаго токсина, очень характерную „мускатную печень“. На поверхности ея наблюдались бѣлыя, мѣстами усѣянная красными точками, пятна, которыя имѣли видъ узелковъ, описанныхъ Hanot и Gastou при острыхъ инфекціонныхъ гепатитахъ.

Аналогичныя наблюденія мы встрѣчаемъ у Courmont'a, Douon'a и Ravio't. По мнѣнію этихъ авторовъ, Лефлеровская бацилла, благодаря своимъ токсическимъ свойствамъ, можетъ вызвать гепатитъ, который макроскопически очень напоминаетъ инфекціонную печень Hanot. Они приводятъ два случая дифтерійной интоксикаціи у кролика и у морской свинки, у которыхъ, послѣ введенія имъ дифтерійнаго токсина, они находили мутное набухшее печеночныхъ клѣтокъ и сильное кровенаполненіе сосудовъ.

Langlois и Charrin, вводя животнымъ токсинъ дифтеритныхъ бациллъ, нашли рѣзкія измѣненія печеночныхъ клѣтокъ. На вскрытіи печени у всѣхъ опытныхъ животныхъ оказалась нѣсколько увеличенной, поверхность ея была весьма неправильная и усѣяна грануляциями въ видѣ сѣроватыхъ или красноватыхъ пятнышекъ, величиною отъ булавочной головки до чечевичаго зерна. При микроскопическомъ изслѣдованіи названные авторы могли отмѣтить островчатые скопленія эмбриональныхъ круглоклѣточныхъ элементовъ какъ по периферіи, такъ и внутри печеночныхъ долекъ, при чемъ инфильтрація эта не представляла ясной связи ни съ системой воротной, ни печеночной вѣвь. Печеночные капилляры переполнены кровью. Мѣстами видны небольшія кровоизліянія. Что касается печеночныхъ клѣтокъ, то нѣкоторыя изъ нихъ не поражены, другія же содержатъ въ себѣ различной величины зернышки жира.

Cohn и Zahn подробно описали гистологическія измѣненія въ печени у кролика, которому была выпущена трехдневная Лефлеровская культура. Смерть наступила на 8-ой день. При микроскопическомъ изслѣдованіи печени этого животного ими найдено было слѣдующее: печеночныя клѣтки болѣею частью мутны, набухши, нѣкоторыя изъ нихъ

мѣстами инфильтрированы небольшими капельками жира. Во многих дольках печени наблюдаются небольшие, круглые воспалительные очаги. Въ нихъ печеночныя кѣтки болѣе или менѣе разединены. Ядра ихъ блѣдны, увеличены въ количествѣ и окружены сильно пигментированной протоплазмой. Между печеночными кѣтками, а также въ просвѣтѣхъ внутريدольковыхъ капилляровъ масса одно- и многоядерныхъ лейкоцитовъ. Эндотелій сосудовъ въ состояніи пролиферации, набухшій и по величинѣ своей часто превышаетъ печеночныя кѣтки.

D'Espine, Maignas и Cornil обращаютъ вниманіе на перерожденіе печеночныхъ кѣтокъ, а Babès отмѣчаетъ еще жировое перерожденіе кѣтокъ эндотелія, который въ просвѣтѣ сосудовъ представляется гипертрофированнымъ и отслоившимся.

Tiget, Letzerich и Popesco, продолжая опыты Babès'a, нашли кромѣ дегенеративныхъ измѣненій въ печеночной кѣткѣхъ перипортальный склерозъ, очень рѣзко выраженный въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Welch и Flexner находили въ печени у животныхъ, у которыхъ они экспериментально вызывали дифтерію, разрушенныя ядра и некротическіе очаги, а въблизи этихъ послѣднихъ глинивое перерожденіе печеночныхъ кѣтокъ.

Еще раньше Dubief и Brühl, вводя морскимъ свинкамъ культуру дифтерійной бациллы, наблюдали въ печени этихъ животныхъ рѣзкія измѣненія. Почти вся протоплазма печеночныхъ кѣтокъ была выполнена гомогенной массой, контуры которой представлялись слегка неровными, фестонобразными, различима же еще въ печеночныхъ кѣткахъ протоплазма представлялась въ видѣ узкаго ободка, въ которомъ видно было ядро, отодвинутое почти къ самой периферіи кѣтки. Такія измѣненія въ печеночныхъ кѣткахъ встрѣчались какъ на уровнѣ портальныхъ пространствъ, такъ и въ центрѣ дольки. Что касается свойствъ этой массы, то послѣдняя, по наблюдаемымъ названнымъ авторамъ, обладала очень слабой преломляемостью, не содержала въ себѣ кристалловъ жирныхъ кислотъ и обычными красящими веществами (карминъ, пикриновая кислота, осмиевая кислота) не

окрашивалась. Въ другихъ мѣстахъ препарата печени не удавалось микроскопически видѣть и слѣдовъ печеночной кѣтки. Въмѣсто нихъ видна была прозрачная, стекловидная масса, среди которой попадались кѣтки съ обломками протоплазмы и обезображенными ядрами. По мнѣнію этихъ авторовъ, описанныя измѣненія въ паренхимѣ печени носили характеръ некробіоза, въ видѣ разсыпанныхъ очаговъ, наблюдавшееся же ими своеобразное перерожденіе въ печеночныхъ кѣткахъ они считаютъ за особую разновидность глинивого перерожденія.

Loisel, изучая гистологическія измѣненія въ печени у кроликовъ, у которыхъ онъ экспериментально вызывалъ дифтерію, также наблюдалъ дегенеративныя измѣненія въ печеночныхъ кѣткахъ, часто очень рѣзко выраженныхъ, а также измѣненія со стороны сосудистой ткани, пролиферацию интрастициальной соединительной ткани съ обиліемъ эмбриональныхъ кѣтокъ вокругъ желчныхъ канальцевъ. Словомъ, картину начинающагося цирроза.

Упомянемъ, наконецъ, еще о работѣ Клитина: „Патолого-анатомическія измѣненія паренхиматозныхъ органовъ при экспериментальной дифтеріи“, помѣщенной въ Архивѣ биологическихъ наукъ за 1900 годъ.

Клитинъ вырѣскаивалъ морскимъ свинкамъ дифтерійный ядъ различной силы и въ различной количествѣхъ, въ однихъ случаяхъ подъ кожу, въ другихъ непосредственно въ кровеносные сосуды.

Измѣненія въ печени, при подкожномъ введеніи яда, всегда выражались значительной гипереміей, а главнымъ образомъ явленіями паренхиматознаго процесса въ различной степени и, отчасти, жирового перерожденія и атрофіи печеночныхъ кѣтокъ. Распространенность и степень этихъ измѣненій зависѣли не отъ силы дифтерійнаго яда, а отъ продолжительности теченія болѣзни: измѣненія въ печени были тѣмъ сильнѣе выражены и болѣе распространены, чѣмъ дольше оставалось въ живыхъ животное, какой бы силы ядомъ оно не было заражено.

При зараженіи животныхъ дифтерійнымъ ядомъ путемъ непосредственнаго введенія его въ кровеносные сосуды

127/19

ПЕРЕВІРЕНО 1936

эффект заразнаго начала въ паренхиматозныхъ органахъ вообще быть выраженъ гораздо слабѣе и далеко не въ такой степени, какъ у животныхъ, которымъ ядъ вводился подъ кожу, не смотря на то, что жизнь животныхъ при этого рода опытахъ была значительно продолжительнѣе, чѣмъ въ опытахъ съ зараженіемъ подъ кожу. Фактъ этотъ авторъ объясняетъ бактерицидною живою кровью относительно дифтерійныхъ бациллъ, и зараженіе черезъ непосредственное введеніе этихъ ядовъ въ кровеносные сосуды сводитъ къ разовой интоксикаціи организма, въ противоположность зараженію подъ кожу, гдѣ время отъ времени вырабатываемый ядъ поступаетъ въ организмъ все новыми и новыми порціями и такимъ образомъ медленно, но постепенно отравляетъ организмъ.

Первое описаніе скарлатинной печени мы находимъ у Wagner'a (1867 г.), который, изслѣдуя печень у трехлѣтняго ребенка, умершаго отъ скарлатины, нашелъ печень почти вдвое увеличенной въ объемѣ; поверхность ея была очень блѣдная, на разрѣзѣ очень малокровна и оставляла на ножѣ жирный слѣдъ; дольки различались довольно ясно, сосуды расширены, ткань печени нормальной консистенціи. На поверхности разрѣза почти всюду замѣчались очень маленькіе, а иногда и большіе, различимые уже простымъ глазомъ, бѣлые узелки, которые при микроскопическомъ изслѣдованіи представляли собой скопленія лимфоидныхъ элементовъ и чаще всего наблюдались въ междольковой соединительной ткани. Печеночныя клѣтки были почти нормальной величины, онѣ имѣли очень мутный видъ и содержали въ себѣ бѣловя и жировыя молекулы.

Вскорѣ послѣ этого сообщенія Wagner'a Klein опубликовалъ свои наблюденія относительно измѣненій печени при скарлатинѣ. Наблюденія его основаны на 23-хъ случаяхъ скарлатины у дѣтей, въ возрастѣ отъ 2-хъ до 12-ти лѣтъ, умершихъ на 2-ой — 44-ый день отъ начала заболѣванія. Какъ на самое рѣзкое, болѣе всего бросающееся въ глаза измѣненіе въ печени при скарлатинѣ, Klein указываетъ на круглодѣльную инфильтрацію соединительной ткани Глиссоновой капсулы, — явленіе, наблюдавшееся имъ почти во всѣхъ случаяхъ, и на мутное набуханіе печеночныхъ

клѣтокъ. Въ болѣе тяжело протекавшихъ случаяхъ наблюдались еще явленія интерстиціального гепатита: утолщеніе междольковой соединительной ткани и огромное скопленіе круглодѣльныхъ элементовъ, главнымъ образомъ въ окружности кровеносныхъ сосудовъ и желчныхъ канальцевъ, въ видѣ сплошныхъ непрерывныхъ цѣпей.

Crooke, подтверждая выводы Klein'a относительно наблюдаемыхъ при скарлатинѣ интерстиціальныхъ измѣненій въ печени, говоритъ еще, что „въ чистыхъ случаяхъ скарлатины инфильтрація лимфоидными элементами проявляется не такъ интензивно, какъ въ случаяхъ осложненныхъ“.

Litten указываетъ на мутное набуханіе, а въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины и на рѣзкое паренхиматозное перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ до полного ихъ исчезновенія, какъ при острой желтой атрофіи печени, въ двухъ наблюдавшихся имъ случаяхъ.

Liebermeister описываетъ скарлатинную печень слѣдующимъ образомъ: „Печень нормальной формы, довольно мягкой консистенціи, очертанія долекъ на разрѣзѣ смты. Цвѣтъ печени желтовато-красный. Ткань печени очень малокровна и дрябля. При микроскопическомъ изслѣдованіи печеночныя клѣтки оказываются выполненными очень мелкими капельками жира. Нѣкоторыя клѣтки содержатъ въ себѣ зернышки желчнаго пигмента. Клѣтки, не содержація въ себѣ жировыхъ зернышекъ, съ очень мутной протоплазмой, нѣсколько набухши. Жировыя капельки встрѣчаются какъ въ клѣткахъ, расположенныхъ въ центрѣ дольки, такъ и по периферіи“.

Jurgensen приводит описаніе печени у 8-ми дѣтей, въ возрастѣ отъ 2 до 8 лѣтъ, умершихъ отъ скарлатины черезъ 26 часовъ—22 дня отъ начала заболѣванія. Все это были случаи чистой скарлатины, не осложненной никакой другой инфекціей. Печень представлялась умѣренно полнокровною, сѣровато-краснаго цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ, нормальной консистенціи. Въ двухъ случаяхъ на поверхности печени можно было замѣтить, кромѣ бѣлыхъ, анемичныхъ пятенъ, еще обильное количество густо расположенныхъ бѣлыхъ

узловъ, величиною съ просяное зерно, идущихъ по направлению сосудовъ капсулы, а въ одномъ случаѣ узелки эти замѣчались въ самой ткани печени въ видѣ небольшихъ лимфомъ.

Markize, наследуя печень при нѣкоторыхъ острыхъ инфекционныхъ заболѣваніяхъ, въ томъ числѣ и при скарлатинѣ, очень часто находилъ въ скарлатинной печени не рѣдко ограниченныя скопленія лимфоцитовъ, особенно въ мѣстахъ дѣленія желчныхъ ходовъ и вѣтвей воротной вены, по ходу которыхъ они продолжались далѣе въ видѣ полыхъ цилиндровъ. Такіе лимфоидные узлы развивались всегда въ интерстиціальной соединительной ткани печени, которую они мѣстами совершенно вытѣснили, оставляя паренхиме не тронутой. Въ послѣдней иногда встрѣчались некротическіе очаги, не имѣвшіе, впрочемъ, по мнѣнію автора, никакого отношенія къ этимъ лимфоиднымъ узламъ. Около центральной вены и развѣтвленій печеночной артеріи такихъ скопленій лимфоцитовъ не замѣчалось. Появленіе и степень лимфоматозныхъ измѣненій печени при названной болѣзни, съ одной стороны, и тяжесть клиническаго теченія послѣдней, съ другой, не находились, по наблюденіямъ автора, въ какой-либо связи другъ съ другомъ.

Изъ новѣйшихъ работъ, посвященныхъ изученію печени при скарлатинѣ, слѣдуетъ упомянуть объ изслѣдованіяхъ Roger и Garnier. Авторы эти изслѣдовали 13 скарлатинныхъ печеней, изъ которыхъ 8 принадлежали взрослымъ, въ возрастѣ отъ 16—36 лѣтъ, 4—дѣтямъ отъ 6 мѣсяцевъ до 5 лѣтъ и одна 13-лѣтнему ребенку. Макроскопически печень обыкновенно была увеличена въ объемѣ, вѣсъ ея всегда превращалъ вѣсъ нормальной печени. Плотность печени была во всѣхъ случаяхъ уменьшена: ткань ея была иногда на столько мягка, что органъ совершенно распластывался на секціонномъ столѣ, и поверхность его очень легко вдавливалась пальцемъ. Цвѣтъ былъ различенъ: иногда печень имѣла равномерный, свѣтло-желтый цвѣтъ, иногда она была болѣе или менѣе темнаго цвѣта, въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ фиолетовымъ отблѣскомъ, при чемъ на красномъ фонѣ ея замѣчались обезцвѣченные участки въ видѣ бѣлыхъ

пятенъ, описанныхъ уже Hanot въ инфекціонной печени. Разница въ окраскѣ замѣчалась и на поверхности разрыва: послѣдняя представлялась то равномернаго свѣтло-желтаго цвѣта, то на ней видны были фиолетовые разводы среди обезцвѣченныхъ мѣстъ. Въ двухъ случаяхъ поверхность печени была усыяна красными пятнами, напоминающими собой настоящія подумочныя кровоизліянія. При гистологическомъ изслѣдованіи прежде всего бросаются въ глаза измѣненія печеночныхъ клѣтокъ: нарушается ихъ взаимное расположеніе— вмѣсто правильныхъ лучеобразныхъ рядовъ, клѣтки располагаются неправильно, разбросанно; иногда часть дольки совершенно лишена печеночныхъ клѣтокъ. Самый видъ печеночныхъ клѣтокъ зачастую представляется искаженнымъ, вследствие давленія на нихъ расширенныхъ капилляровъ или отложения цѣлыхъ гнѣздъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Вслѣдствіе нарушенія питанія печеночныя клѣтки подвергаются разнымъ степенямъ перерожденія, какъ то: мутному набуханію, галиновому и жировому перерожденіямъ, при чемъ всѣ эти измѣненія нерѣдко встрѣчаются на одномъ и томъ же препаратѣ. Самое частое измѣненіе печеночныхъ клѣтокъ состоитъ въ ихъ жировомъ перерожденіи, которое чаще всего наблюдается въ окружности дольки, оставляя центръ ея нетронутымъ, но въ иныхъ случаяхъ жировое перерожденіе обнимаетъ и всю дольку цѣликомъ. Измѣненія со стороны соединительной ткани имѣютъ острый воспалительный характеръ. Они наблюдаются всегда, хотя интенсивность ихъ варьируетъ въ зависимости отъ случая. Такъ, у 6-мѣсячнаго ребенка, умершаго на 2-ой день болѣзни, измѣненія соединительной ткани были слабо выражены. Измѣненія эти состояли главнымъ образомъ въ инфильтраціи соединительной ткани лейкоцитами, количествомъ и расположеніемъ которыхъ было самое разнообразное. Чаще всего инфильтрація лейкоцитами наблюдается въ портальныхъ пространствахъ. Количество лейкоцитовъ бываетъ иногда такъ велико, что они совершенно закрываютъ сосуды и измѣняютъ порталныя пространства до неузнаваемости. Иногда лейкоциты въ видѣ тяжелой сопровождають сосуды; болѣею же частью они распределяются неравномерно и группируются небольшими

кучками в видѣ отдѣльных гнѣздъ и совершенно напоминаютъ инфекціонныя узелки.

Если при поверхностномъ осмотрѣ печени и можно принять такіа скопленія лейкоцитовъ за настоящія узелки, то это потому, что порталныя пространства, въ которыхъ обыкновенно они скопляются въ обильномъ количествѣ, принимаютъ болѣе или менѣе характерный видъ инфекціонныхъ узелковъ. Настоящія же инфекціонныя узелки авторы находили лишь 4 раза, да и то въ очень небольшомъ количествѣ. Узелки обыкновенно располагались въ средней части дольки, ближе къ ея периферіи. Они состояли изъ скопленія лейкоцитовъ, въ болѣе или менѣе обильномъ количествѣ, тѣсно лежащихъ другъ вѣдъ друга. Иногда, впрочемъ, лейкоциты были немного раздвинуты и между ними замѣчались расположенныя въ беспорядкѣ обломки перерожденныхъ печеночныхъ клѣтокъ. Соединительная ткань, исходящая изъ Глиссоновой капсулы, сама по себѣ была очень мало измѣнена, изрѣдка она представлялась нѣсколько утолщенной и содержала въ себѣ немного болѣе обильное количество лейкоцитовъ, чѣмъ normally. Измѣненія въ сосудахъ въ общемъ не рѣдко выражены: одинъ только разъ авторы обнаружили легкій артеритъ—набуханіе внутренней оболочки и сдвигиваніе эндотелия. Что же касается до кровенаполненія сосудовъ, то оно всегда увеличено, при чемъ въ крупныхъ развѣтвленіяхъ воротной вены, а также, и въ капиллярахъ, на ряду съ многочисленными кровяными шариками, наблюдались еще въ обильномъ количествѣ одиночные лейкоциты.

Такимъ образомъ самыя рѣкія измѣненія въ печени группируются въ порталныхъ пространствахъ и въ ихъ окруженіи, по периферіи дольки, центръ же послѣдней почти не пораженъ. Болѣе интенсивныя измѣненія въ периферической части дольки авторы объясняютъ тѣмъ, что scarlatinный ядъ, приносимый кровью порталной системы, проявляетъ свое дѣйствіе преимущественно по близости этихъ сосудовъ.

Что касается измѣненій въ печени при кори, то свѣдѣнія наши по этому вопросу еще довольно малочисленны.

Barthez и Rilliet въ своемъ руководствѣ подѣтскимъ болѣзнямъ говорятъ, что анатомическія измѣненія печени при кори очень часто трудно поставить въ прямую зависимость отъ коревой инфекціи, такъ какъ наблюдаемыя при этой болѣзни многочисленныя осложненія, и на первомъ планѣ пневмонія, отзываются, повидимому, и на печени, и что точное сужденіе объ этихъ измѣненіяхъ можно имѣть лишь на основаніи тѣхъ случаевъ, въ которыхъ корь протекала безъ всякихъ осложнений. Такіе случаи обыкновенно описываются въздоровленіемъ, а потому чистая коревая печень на секціонномъ столѣ представляетъ собою большую рѣдкость. Авторамъ этимъ все-же удалось наблюдать два случая смерти отъ кори безъ всякихъ осложнений и при изслѣдованіи печени они нашли, что она была сильно гиперемирована, темно-вишневаго цвѣта, мягкой, дряблой консистенціи.

Нѣсколько болѣе полное описаніе измѣненій печени при кори даетъ Parrot. Въ изслѣдованныхъ имъ двухъ случаяхъ онъ находилъ на поверхности и на разрѣзѣ печени небольшія сѣрвато-бѣлая точка, напоминавшія по своему вѣншнему виду миллиарныя бугорки, которые, впрочемъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывались состоящими изъ скопленія жировыхъ капель. Жировыя капли встрѣчались какъ по периферіи долекъ, такъ и въ центрѣ ихъ. Жировая инфильтрація наблюдалась во всѣхъ долькахъ печени, хотя и не въ очень сильной степени, при чемъ жировыя капельки въ печеночныхъ клѣткахъ попадались въ незначительномъ количествѣ и не закрывали ядра. На уровнѣ же бѣлыхъ точекъ жировая инфильтрація была выражена гораздо рѣзче, хотя и неравномѣрно, и жировыя капельки скоплялись точно также либо по периферіи, либо въ центрѣ печеночныхъ долекъ.

Самыя подробныя и цѣнныя изслѣдованія объ измѣненіяхъ печени у дѣтей при кори принадлежатъ Laurey и Honorat. Изслѣдованія названныхъ авторовъ отнесли къ цѣлой серіи дѣтей, умершихъ отъ кори. Печень во всѣхъ случаяхъ была слегка увеличена въ объемѣ, цвѣтъ ея былъ весьма разнообразный: на поверхности ея и на разрѣзѣ сѣрвато-мраморная окраска, болѣею частью неправильная, напоминающая мускатную печень. Печеночныя клѣтки мутны,

инфильтрованы жиром. Жировые капельки распределяются то по периферии, то в центрѣ дольки. Внутридольковые капилляры большею частью расширены. Портальные пространства увеличены, соединительная ткань в них представляется разросшейся, иногда до такой степени, что она проникает в щели между отдельными долками и даже внутрь сослѣдних. Стѣнки артерій и вены утолщены и окружены соединительно-ткаными клетками въ различныхъ периодахъ ихъ развитія; желчные каналцы расширены и ветвятся въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ нормально. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ порталныя пространства круглоклеточные элементы располагаются полосами и образуютъ цѣпи такъ называемыхъ ложныхъ канальцевъ.

По мнѣнію названныхъ авторовъ, разрастаніе соединительной ткани въ печени при кори и вообще при многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (скарлатина, дифтерія, оспа, тифъ) можетъ доходить до такой степени, что получается картина настоящаго разлитого интерстиціального гепатита и въ результатѣ даже наступающій циррозъ.

Такія же измѣненія въ печени при кори описываетъ и Gasto. Онъ также указываетъ на рѣзкое увеличеніе порталныхъ пространствъ и обильную инфильтрацію ихъ круглоклеточными элементами, очень часто распространяющуюся и на междольковые капилляры, стѣнки которыхъ почти всегда онъ находилъ утолщенными.

Указанія на измѣненія въ печени у дѣтей при желудочно-кишечныхъ страданіяхъ, встрѣчаются уже у старыхъ авторовъ. Такъ, Legendre, Parrot, Bouchut, Rillier и Barthez указываютъ на желудочно-кишечныя заболѣванія, какъ на причину возникновенія жирового перерожденія печени у дѣтей. Довольно пространное описаніе жирового перерожденія печени у дѣтей мы находимъ у Steiner'a и Neurentter'a, которые изслѣдовали 272 дѣтскихъ трупа и въ 222 случаяхъ нашли жирную печень. Причины, способствующія появленію жира въ печени, авторы дѣлятъ на 2 группы. Къ первой группѣ они относятъ возрастъ, разстройство общаго питанія; ко второй—болѣзани печени и разстройства вслѣдствіе погрѣшностей въ пищѣ.

Betz очень часто наблюдаетъ въ первые годы жизни

особую форму жирной печени, названную имъ жировой гипертрофіей печени. Гипертрофія эта, по его мнѣнію, развивается, благодаря плохимъ гигиеническимъ условіямъ, къ числу которыхъ онъ относитъ перекармливаніе дѣтей, а также обильное употребленіе крахмалистыхъ веществъ, жира и вообще вызывающихъ броженіе питательныхъ веществъ. Но чтобы гастро-энтеритъ могъ самъ способствовать развитію жирной печени, ему кажется проблематичнымъ. Напротивъ, онъ даже склоненъ думать, что гастро-энтеритъ есть результатъ жирового перерожденія печени. Это мнѣніе Betz'a нашло себѣ лишь недавно подтвержденіе въ гипотезѣ Szegny, а именно, что большинство несчастныхъ исходовъ гастро-энтерита зависитъ отъ интоксикаціи организма вслѣдствіе недостаточной функціи печени при этомъ заболѣваніи.

Къ числу новѣйшихъ изслѣдователей, упоминающихъ объ измѣненіяхъ печени у дѣтей при острыхъ и хроническихъ разстройствахъ пищеварительнаго аппарата, относятся Felsenthal и Bernhard. На основаніи своихъ 12 случаевъ вскрытій дѣтей въ возрастѣ до 1 года, погибшихъ отъ болѣе или менѣе тяжелыхъ хроническихъ разстройствъ желудка и кишечника, авторы эти могли отмѣтить значительное жировое перерожденіе печени.

Въ большихъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ жирная печень упоминается въ главѣ о болѣзняхъ печени. Такъ, у Henoch'a мы читаемъ: „Жировое перерожденіе печени болѣе или менѣе рѣзко выраженное наблюдается во многихъ случаяхъ тяжелыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, особенно при дифтеритѣ и скарлатинѣ, а также у дѣтей, истощенныхъ вслѣдствіе хроническаго поноса“.

Biedert въ своемъ руководствѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ говоритъ: „Патологическое накопленіе жира въ дѣтскомъ организмѣ является довольно постояннымъ спутникомъ изурядительныхъ болѣзней, особенно бургорчакки, затѣжныхъ кишечныхъ катарровъ, рахита, костныхъ вагнозней, наследственнаго сифилиса и т. д. Жирная печень, обусловленная дѣйствіемъ яда при фосфорномъ отравленіи, острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, скарлатинѣ, тифѣ и т. д. сопровождается

отчасти также воспалительнымъ перерожденіемъ печеночныхъ кѣттокъ*.

Thiemich изслѣдовалъ микроскопически печень у 32 дѣтей, умершихъ отъ гастро-энтерита. Всѣ эти дѣти, за исключеніемъ одного ребенка 2½ лѣтъ, были въ возрастѣ до 1 года, и клиническая картина ихъ заболѣваній представлялась чрезвычайно разнообразной. Всѣ свои случаи авторъ дѣлитъ на 3 группы. Въ первой группѣ случаевъ печень мало чѣмъ отличалась отъ нормальной печени у взрослыхъ, какъ по рисунку, такъ по цвѣту и консистенціи ея; лишь величина ея въ сравненіи съ общимъ вѣсомъ тѣла была нѣсколько больше, чѣмъ нормально. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ печеночныхъ кѣтткахъ онъ находилъ незначительное количество жировыхъ капель преимущественно по периферіи долекъ. Ядра печеночныхъ кѣттокъ еще очень хорошо воспринимали окраску. Къ этой группѣ относилось 9 случаевъ. Во второй группѣ (20 случаевъ) печень была слегка увеличена. На поверхности своей и особенно на свѣжемъ разрѣзѣ она имѣла нѣсколько пестрый видъ, зависящій отъ свѣтлыхъ желтоватыхъ пятенъ, неправильно разсѣянныхъ въ ея паренхимѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, обработанныхъ осмевой кислотой, авторъ могъ убедиться, что эти болѣе свѣтлыя пятна соответствовали участкамъ, наполненнымъ жиромъ. Жировыя капельки, окрашенныя кислотой въ чернй цвѣтъ, распредѣлялись не равномерно по всей долькѣ, а скоплялись болѣе отчетливо въ окружности развѣтвленной воротной вены, т. е. по периферіи дольки, которая поэтому рѣзко видѣлась уже при слабомъ увеличеніи. Въ рѣдкихъ случаяхъ обильное отложеніе жировыхъ капель наблюдалось въ кѣтткахъ, расположенныхъ въ окружности центральной вены. Наблюдались, впрочемъ, случаи, гдѣ группы кѣттокъ, выполненныхъ жиромъ, разсѣяны были по всей долькѣ въ безпорядкѣ. Величина этихъ жировыхъ капель значительно колебалась какъ въ каждомъ отдѣльномъ препаратѣ отъ одного и того же случая, такъ и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Обыкновенно жировыя капельки были довольно крупной величины. Мелкія, пылеобразныя капельки наблюдались очень рѣдко, при чемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ

послѣднія встрѣчались, онѣ занимали средній поясъ дольки. Ядра печеночныхъ кѣттокъ окрашивались плохо. Къ третьей группѣ относились 3 случая, гдѣ печень была на столько жирна, что кусочки ея, брошенные въ Мюллеровскую жидкость, плавали въ ней на подобіе легкой ткани, содержащей въ себѣ воздухъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи жировая инфильтрація была на столько рѣзко выражена, что совершенно затемняла строеніе печеночной паренхимы, а ядра печеночныхъ кѣттокъ въ этихъ случаяхъ окрашивались очень плохо или же вовсе не красились. Не рѣшаю вопроса о томъ, представляютъ ли эти измѣненія въ печеночныхъ кѣтткахъ жировую инфильтрацію или жировое перерожденіе, Thiemich подчеркиваетъ, что содержаніе жира въ печени у голодающаго, истощеннаго грудного ребенка должно, во всякомъ случаѣ, указывать на патологическое состояніе печени, безразлично, образуется ли этотъ жиръ изъ бѣлка печеночной кѣтки, или же жиръ отлагается въ печеночной кѣткѣ, будучи принесенъ изъ другого органа, служащаго складомъ жира. Что же касается этиологій этого процесса въ печени, то, по мнѣнію автора, здѣсь дѣло идетъ объ отравленіи печеночныхъ кѣттокъ ядами, поступающими въ печень изъ крови, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ скопленіе жировыхъ капель замѣчается по периферіи дольки и раньше всего повреждаются части долекъ, лежащія ближе къ вѣтямъ воротной вены. Такимъ образомъ въ работѣ Thiemich'a мы находимъ лишь указанія относительно измѣненій паренхиматозныхъ элементовъ печени. О другихъ элементахъ печени—сосудахъ и соединительной ткани—авторъ этотъ вовсе не упоминаетъ.

Pilliet и Lesage говорятъ уже о кровенаполненіи печени и инфильтраціи соединительной ткани эмбриональными элементами, при чемъ Lesage могъ отмѣтить въ двухъ случаяхъ рѣзкое расширеніе сосудовъ съ разрушеніемъ цѣлой серіи печеночныхъ перекладинъ—измѣненіе, которое Hanot наблюдалъ уже раньше въ печени при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

Gaston наблюдалъ въ 6 случаяхъ гастро-энтерита, осложненныхъ, правда, бронхо-пневмоніей или корью, рѣзкую инфи-

трацию соединительной ткани портальных пространств круглоклеточными элементами, ограниченными скопления эмбриональных клеток в самой дольке с некротическими очагами, со стороны же сосудов—капилляры и даже эндотерий, эндотелиит и ангиохлоит, словом, настоящей разлитой гепатиты.

Изъ больше новых работ, посвященных изучению печени при гастро-энтеритъ у грудных дѣтей, слѣдуетъ указать на весьма обстоятельное изслѣдованіе Терриена. Авторъ этотъ изслѣдовалъ 28 случаевъ острыхъ и затяннутыхъ гастро-энтеритовъ, изъ которыхъ лишь 5 были осложнены другими страданиями, которыя, впрочемъ, авторъ выделяетъ въ отдѣльную группу. Печень дѣтей, погибшихъ отъ чистаго гастро-энтерита, представлялась макроскопически всегда нѣсколько увеличенной; дѣтѣ ея былъ самый разнообразный: отъ желтоватаго до болѣе или менѣе темнаго, красно-коричневаго. На поверхности своей, а также и на разрѣзѣ печень была усеяна такъ называемыми инфекционными пятнами Hanot. Въ сѣ печени въ общемъ былъ увеличенъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи наблюдались перенхиматозныя измѣненія: жировая дегенерация, которая иногда была настолько рѣзко выражена, что нарушала строеніе печеночныхъ клетокъ до неузнаваемости, мутное набуханіе клетокъ, размноженіе ядеръ и т. п., и на ряду съ ними очень рѣзкія измѣненія со стороны сосудовъ и соединительной ткани печени. Измѣненія со стороны соединительной ткани сказывались главнымъ образомъ въ видѣ круглоклеточной инфильтраціи въ области развитія воротной вены. Центральная вена болѣею частью не была измѣнена, внутريدольковые же капилляры представлялись расширенными, туго набитыми форменными элементами крови, стѣнки ихъ были утолщены и инфильтрированы эмбриональными элементами. Между клинической формой заболѣванія и степенью измѣненія въ печени существуетъ известное соотношеніе. Такъ, въ острыхъ формахъ гастро-энтерита, безразлично—тяжелыхъ или легкихъ, наблюдается рѣзко выраженное кровенаполненіе капилляровъ; измѣненія же въ печеночныхъ клеткахъ незначительны. Въ подросткахъ случаяхъ кровенаполненіе печени менѣе интенсивно, наблю-

дается слабая степень капиллярита. Жировая дегенерация выражена слабѣе. Напротивъ того, въ промежуткахъ между печеночными клетками, а также въ портальных пространствахъ замѣтна уже инфильтрація эмбриональными клетками и образованіе новыхъ желчныхъ канальцевъ. Въ затяннутыхъ случаяхъ гастро-энтерита превалируетъ разрастаніе соединительной ткани, особенно въ области портальных пространствъ; воспалительныя измѣненія капилляровъ достигаютъ вышей степени, а измѣненія въ печеночныхъ клеткахъ еще болѣе рѣзко выражены; послѣднія обильно выполнены жировыми капельками и при томъ не только по периферіи дольки, но и въ центрѣ ея, а ядра ихъ очень плохо воспринимаютъ окраску. Такимъ образомъ, въ развитіи патологическихъ измѣненій въ печени при гастро-энтеритѣ, по мнѣнію автора, играетъ роль не столько тяжесть заболѣванія, сколько продолжительность послѣдняго. Общая картина этихъ измѣненій при чистыхъ формахъ гастро-энтерита такая же, какъ и при многихъ другихъ инфекционныхъ заболѣваніяхъ; въ случаяхъ же осложненныхъ какой-либо другою инфекціей измѣненія эти только болѣе рѣзко выражены. Въ заключеніе Терриенъ высказываетъ за токсическій характеръ измѣненій въ печени при гастро-энтеритѣ и въ виду полной аналогіи этихъ послѣднихъ съ измѣненіями, наблюдаемыми въ этомъ органѣ при многихъ инфекционныхъ болѣзаняхъ, онъ причисляетъ гастро-энтериты къ этиологическимъ моментамъ инфекціоннаго цирроза.

Въ силъ въ в своихъ изслѣдованіяхъ объ измѣненіяхъ печени при гастро-энтеритахъ у дѣтей вполне соглашается съ выводами Терриена. Какъ при чистыхъ, такъ и при осложненныхъ формахъ гастро-энтерита измѣненія, находимыя въ печени, могутъ считаться характерными для этого заболѣванія, хотя не исключительно ему только свойственными, ибо такія же измѣненія нерѣдко наблюдаются и при другихъ инфекционныхъ заболѣваніяхъ. При этомъ интерстиціальныя измѣненія при гастро-энтеритахъ ограничиваются лишь небольшимъ разрастаніемъ соединительной ткани по периферіи долекъ и могутъ дать начало циррозу лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Изъ 21 случая гастро-энтеритовъ, докторъ

Васильевъ въ лишь 2 раза наблюдать картину начального цирроза: значительное разрастаніе соединительной ткани съ захожденіемъ веретенообразныхъ кѣлочныхъ элементовъ въглубу долей.

Lesné и Merklen также наблюдали измѣненія въ печени при острыхъ гастро-энтеритахъ у грудныхъ дѣтей и указываютъ на склеротическія измѣненія въ этомъ органѣ, особенно въ затяжныхъ случаяхъ. Желая выяснитъ патогенную роль содержащаго кишечнаго канала въ этиологіи печеночныхъ желтухъ, авторы эти вводили кроликамъ свѣжія фекальня массы отъ дѣтей, стрававшихъ острымъ и подострымъ гастро-энтеритомъ. Исзлѣдуя затѣмъ печень этихъ животныхъ они находили въ ней измѣненія вполнѣ тождественныя съ измѣненіями этого органа у дѣтей, умершихъ отъ гастро-энтерита.

Еще раньше Воіх показалъ, что ежедневное введеніе въ желудокъ уксусной, масляной, молочной или валеріановой кислотъ вызываетъ въ печени у кролика склерозъ междольковой соединительной ткани съ образованіемъ молодыхъ желчныхъ канальцевъ—картину измѣненій, наблюдаемую при гастро-энтеритахъ. Это склерогенное дѣйствіе сильнѣе всего сказывается, по мнѣнію автора, отъ уксусной кислоты. На основаніи своихъ опытовъ онъ заключаетъ, что нарушенная функція желудочно-кишечнаго канала при гастро-энтеритахъ, вызывая въ послѣднемъ процесса броженія, способствуетъ развитію въ немъ кислотъ, которыя всасываются и вызываютъ вышеописанныя измѣненія въ печени.

Присутствуя теперь къ изложенію имѣвагося въ моемъ распоряженіи матеріала, я долженъ сказать, что печень была изслѣдована мною у 32 дѣтей, погибшихъ отъ острыхъ заразныхъ заболѣваній. Послѣднія по формѣ своей распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: 15 случаевъ чистой дифтерій, 5 случаевъ чистой скарлатины, 3 случая чистой кори, 8 случаевъ съ послѣдательной смѣшанной инфекціей, а именно: 4 случая дифтерій, осложненной скарлатиною, 2 случая кори, осложненныхъ дифтеріей, 1 случай скарлатины, осложненной дифтеріей, 1 случай кори, осложненной скарлатиною, и 1 случай кори съ предшествовавшимъ коклюшемъ.

Дифтерія во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ распознавалась не только клинически, но и путемъ изслѣдованія на бактерии Löffler'a. Кромѣ того печень была изслѣдована мною еще въ 8 случаяхъ острого гастро-энтерита у дѣтей ранняго груднаго возраста. Весь этотъ трупный матеріалъ полученъ былъ изъ Елисаветинской Клинической Больницы для малолѣтнихъ дѣтей, исключая 8 случаевъ острого гастро-энтерита, любезно предоставленныхъ мнѣ прозекторіей С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома. Возрастъ дѣтей, печень которыхъ была изслѣдована колебалась между 16 дн. и 9 годами. Что же касается продолжительности болѣзни, то самый ранній срокъ смерти наблюдался на 2-ой день отъ начала заболѣванія, самый поздній—на 50-ый день.

Вскрытія труповъ дѣтей, умершихъ въ Елисаветинской Клинической Больницѣ для малолѣтнихъ дѣтей производилъ и протоколы вскрытій писалъ и. о. прозектора этой же больницы докторъ медицины Н. И. Брюхановъ. Протоколы же вскрытій дѣтей, погибшихъ отъ гастро-энтерита въ С.-Петербургскомъ Воспитательномъ Домѣ, составлены прозекторомъ упомянутаго учрежденія, профессоромъ Н. Ф. Виноградовымъ.

Печень во всѣхъ случаяхъ подвергалась взвѣшиванію, обращалось вниманіе на вѣшній ея видъ, на поверхность разрѣза, на кровенаполненіе ея и т. д., при чемъ для изслѣдованія каждый разъ вырѣзывалось нѣсколько небольшихъ кусочковъ, какъ изъ правой, такъ изъ лѣвой долей печени, съ верхней и нижней ея поверхности, а также и изъ сѣдинъ. Всѣ эти кусочки, вятые приблизительно черезъ сутки послѣ смерти, погружались въ различныя фиксирующія жидкости, каковыми обыкновенно служили Мюллеровская жидкость, жидкость Орта, 10%-ный растворъ формалина, крипкій спиртъ 95° и насыщенный растворъ сулемы. Для изслѣдованія печени на присутствіе въ ней жира отъ каждаго даннаго случая брались маленькіе кусочки и погружались въ Германовскую жидкость (4 части 2-2/3%-наго раствора осмиевой кислоты, 15 частей 1%-наго раствора хлористой платины и 1 ч. ледяной уксусной кислоты).

Въ этихъ уплотняющихъ жидкостяхъ кусочки органа оставались: въ Мюллеровской жидкости около 5—6 недѣль, при

чемъ жидкость эта въ теченіе первой недѣли мѣнялась ежедневно, затѣмъ 2 раза въ недѣлю и, наконецъ, черезъ каждые 8—10 дней, въ жидкости Орта около 2 дней, сутки въ сулемѣ и сутки въ 10%-номъ растворѣ формалина съ послѣдовательнымъ уплотненіемъ въ крѣпкомъ спиртѣ. Въ Германовскую жидкость погружались очень тонкіе кусочки органа и оставались адсье не болѣе, чѣмъ на двое сутокъ. Въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ формалинъ оказался прекрасной фиксирующей и уплотняющей жидкостью: красныя кровяныя тѣльца сохраняли свой пигментъ, а сѣрѣзы печени, уплотненной въ формалинѣ, легко и хорошо воспринимали окраску.

Пролезавшіе въ этихъ уплотняющихъ жидкостяхъ кусочки органовъ тщательно промывались въ теченіе двухъ сутокъ проточной водой, затѣмъ обрабатывались обычнымъ образомъ спиртами восходящей концентрации (70°, 80°, 95°, абсолютный спиртъ) и по уплотненіи заключались въ целлоидинъ различной крѣпости: на 4 дня—въ 2%-ный, на 2 дня—въ 4%-ный, на сутки—въ 8%-ный. Заключенные такимъ образомъ въ целлоидинъ кусочки хранились въ 80%-номъ спирту, откуда каждый разъ брались для полученія сѣрѣзовъ, окраски и дальнейшей обработки.

Окраска сѣрѣзовъ (10—15 микроновъ) производилась гематоксилиномъ Гаизена, гематоксилиномъ и эозиномъ, по способу Ванъ-Гизона (гематоксинилъ, пикриновая кислота съ фуксинномъ) и сафраниномъ для препаратовъ, фиксированныхъ въ жидкости Германа. Чаще всего я пользовался окраскою по Ванъ-Гизону, въ виду ея способности весьма рельефно окрашивать соединительную ткань, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдняя наблюдалась и въ незначительномъ количествѣ.

При изложеніи своихъ изслѣдованій я буду держаться слѣдующаго порядка: прежде всего будутъ разобраны случаи чистой дифтеріи, затѣмъ чистой скарлатины и чистой кори; далѣе случаи съ послѣдовательной смѣшанной инфекціей: дифтерія съ послѣдующей скарлатиной и наоборотъ, дифтерія съ послѣдующей корью и наоборотъ и, наконецъ, корь съ послѣдующей скарлатиной. Послѣдній же отдѣлъ будетъ посвященъ описанію измѣненій печени при гастро-энтеритахъ.

Измѣненія въ печени у дѣтей, погибшихъ отъ дифтеріи.

№ 1.

Анна А. 1 г. Смерть на 4-ый день отъ начала заболѣванія. Получила на 3-ий день болѣзни 2000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium septica.

Краткая исторія болѣзни.

Хорошо питанная дѣвочка болна, по словамъ родителей, 3 дня. Въ больницу прибыла 15 ноября 1900 г. Темп. вечеромъ—38,2.

16 ноября. Темп. утромъ 39,0. Въ зѣвѣ на обѣихъ гиперемированныхъ, набухшихъ миндалинахъ сѣврато-гранные язвоты, распространяющіяся на мягкое и твердое небо. Шейныя и подчелюстные лимфатическія железы припухли. Тоны сердца глухи; пульсъ не прощупывается. Въ правомъ легкомъ бронхиальное дыханіе. Колючести и лицо цианотичны. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Общее состояніе крайне неудовлетворительное. Къ вечеру этого же дня—смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis et laryngitis crouposa). Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Nephritis acuta symptomatrica.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, обыкновенной формы; на разрѣзѣ вѣскольکو пестраго, красноватаго съ сѣврататымъ отбѣнкомъ цвѣта съ болѣе блѣдными желтоватыми участками, мутна, дряблѣ. Вѣсъ печени 270 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество блѣдно-желтой слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Радиальное расположеніе клѣтокъ въ отдѣльныхъ доляхъ печени довольно отчетливо выражено; развитіе соеди-

нительной ткани между отдельными дольками и дольчатость печени далеко не достаточны. Печеночные клетки с довольно мутной протоплазмой; некоторые из них набухши, с неясными границами; в некоторых местах границы клеток совершенно сливаются, а ядра клеток представляются неокрашенными. Междольковые капилляры растянуты и выполнены форменными элементами крови. На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, во многих печеночных клетках видны мелкие капли жира, распределяющиеся преимущественно в протоплазм, а иногда и в ядра печеночных клеток. Особенно заметно выступают жировые капли в клетках, подвергшихся некрозу, ядро которых потеряло способность краситься. В соединительной ткани, окружающей центральную вену, а также в соединительной ткани портальных пространств наблюдается инфильтрация крупными и слегка вытянутыми клеточными элементами. Просвет желчных канальцев заполнен круглоклеточными элементами. Крупные сосуды печени кажутся расширенными и выполнены форменными элементами крови.

№ 2.

Александръ Э. 2 г. 7 мѣс. Смерть на 7-ой день отъ начала болѣзани. Получилъ на 3-ий день болѣзни 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium.

Краткая история болѣзни.

Ребенокъ правильного телосложенія болѣетъ, по словамъ родителей, 3-й день. Поступилъ въ больницу 23 октября 1900 г. Темп. вѣч. 39,8. Въ зѣвѣ на обѣихъ миндалинахъ фибриновые налеты; подчелюстные и шейные лимфатическія железы припухли. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго. Вѣсна въ мочѣ нѣтъ.

25 октября. Налеты на миндалинахъ держатся; зѣвъ отеченъ, провочитъ. Шейная лимфатическая железа припухли, болѣзненна. Тоны сердца глухи; пульсъ малый и скорый. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Темп. утромъ 38,5—вечеромъ 39,5.

26 октября. Смерть при явленияхъ паралича сердца.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa). Laryngitis, tracheitis et bronchitis catarrhalis acuta. Degeneratio parenchymatosa hepatis et myocardii. Ascariadiosis.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой. Паренхима ея пестра, блѣдно-розоваго цвѣта съ участками фиолетоваго цвѣта; нормальный рисунокъ ея не ясенъ. Вѣсъ печени 550 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество слизистой, свѣтло-желтой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени изъ волокнистой соединительной ткани, слегка набухшей и заключаетъ въ себѣ расширенныя сосуды, въ окрестности которыхъ наблюдается мелкоклеточная инфильтрація. Печеночныя клетки паренхиматозно перерождены: онѣ съ мутноватой протоплазмой, неясными границами, вѣскольکو уменьшены въ объемѣ. Ядра клетокъ въ громадномъ большинствѣ хорошо окрашиваются, хотя слабѣе нормальныхъ. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ клетокъ видны мелкія капельки жира. Капилляры между рядами печеночныхъ клетокъ замѣтныхъ явленій гипереміи не представляютъ. Въ окрестности центральной вены замѣчается незначительная инфильтрація мелкоклеточными элементами. Въ междольковой соединительной ткани—рѣзко выраженная инфильтрація веретенообразными и круглоклеточными элементами. Последніе образуютъ мѣстами ограниченныя скопленія круглой или неправильной формы. На некоторыхъ срѣзахъ въ междольковой соединительной ткани портальных пространствъ попадаются въ значительномъ количествѣ продольныя трубки, выстланныя кубическимъ эпителиемъ. Крупныя сосуды въ портальных пространствахъ печени слегка расширены и выполнены форменными элементами крови.

№ 3.

Сергѣи В. 1 г. 7 мѣс. Смерть на 2-ой день отъ начала заболѣванія. Получилъ 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины въ первый день болѣзни.

Diphtheritis faucium et laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Захворалъ, по словамъ родителей, въ ночь на 23 октября 1900 года. Въ больницу доставленъ 23 октября. Темп. 38,6. Ребенокъ удовлетворительнаго питанія, нормальнаго сложения. Въ жѣлѣ на обѣихъ миндалинахъ толстые, фибриозные налеты грязно-сѣраго цвѣта. Подчелюстные железы увеличены. Дыханіе затрудненное, потребовавшее немедленной интубаціи; послѣ интубаціи проводимость въ легкихъ удовлетворительная. Тоны сердца аритмичны, глуховаты; пульсъ нитевидный. Общее состояніе тяжелое. Вѣсна въ мочѣ нѣтъ.

24 октября. Темп. утромъ 38,0. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa, laryngitis crouposa). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, нѣсколько пестра съ поверхности, весьма полнокровна; рисунокъ ея на разрѣзѣ всюду сохраненъ; периферія долекъ блѣдная и мутная. Въсѣхъ печени 443 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество слизистой, тягучей желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки представляются набухшими, границы ихъ неясны. Въ нѣкоторыхъ изъ кѣтокъ ядра совершенно не окрашиваются. Попадаютъ въ отѣльные участки печени, гдѣ кѣтки сплошь выполнены жировыми капельками. Печеночныя каналляры рѣзко расширены и выполнены форменными

№ 4.

Екатерина П. 2 г. 11 мѣс. Смерть на 3-ій день болѣзни.
Diphtheritis faucium phlegmonosa.

Краткая исторія болѣзни.

Средне-улитавная дѣвочка правильнаго тѣлосложенія больна, по словамъ родителей, два дня. Въ больницу доставлена 11 октября 1900 г. Темп. 39,0.

Въ жѣлѣ на обѣихъ сильно отечныхъ, гиперемированныхъ миндалинахъ большіе грязно-сѣрые налеты. Шейная лимфатическія железы припухли, болѣзненны; окружающая ихъ шейная кѣтчатка отечна. Пульсъ еле прощупывается и не считывается. Конечности цианотичны. Въ легкихъ поверхностное везикулярное дыханіе. Въ мочѣ бѣлокъ. Общее состояніе безнадежное.

12 октября. Утромъ смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa). Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Nephritis acuta. Tumor lienis acutus. Colitis catarrhalis. Tuberculosis obsoleta glandularum lymphaticum peribronchialium.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, сквозь которую просвѣчиваютъ нѣкоторыя болѣе блѣдныя участки, оказывающіеся на разрѣзѣ желтоватыми и проникающими вглубь на нѣсколько миллиметровъ. Паренхима печени на всемъ протяженіи однородна, сѣровато-розоваго цвѣта; рисунокъ ея на разрѣзѣ не ясенъ. Въсѣхъ печени 430 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество желто-зеленой слизистой желчи.

Микроскопическое исследование.

Капсула печени без особых изменений. Печеночные клѣтки въ состояніи рѣзкаго паренхиматознаго перерожденія, набухши, съ неясными границами. Протоплазма и ядро, въ особенности въ центральной своей части, слабо или вовсе не воспринимаютъ окраски. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, многія изъ печеночныхъ клѣтокъ выполнены мелкими капелками жира, разбросанными по всей долькѣ безъ особаго порядка, какъ въ центрѣ, въ окружности центральной вены, такъ и по периферіи дольки. Печеночные капилляры рѣзко расширены, просвѣтъ ихъ выполненъ форменными элементами крови. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ, замѣтна мелкоклѣточная инфильтрація съ разрастаніемъ соединительной ткани, которая мѣстами проникаетъ въ промежутки между отдѣльными дольками, довольно отчетливо ограничивая послѣднія другъ отъ друга. Крупные сосуды печени представляются сильно расширенными и просвѣтъ ихъ вплотную выполненъ форменными элементами крови. Среди пучковъ соединительной ткани, залегающей въ порталныхъ пространствахъ, замѣчаются неправильной формы щели, выстланныя эндотеліемъ и выполненные свернувшейся сывороточной жидкостью съ примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

№ 5.

Евдокія Б. 5 л. Смерть на 33-ий день отъ начала болѣзни.
Diphtheritis faucium et laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Дѣвочка хорошо питанная нормальнаго телосложенія больна, по словамъ родителей, 3-ий день. Въ больницу доставлена 12 октября 1900 г. Темп. вѣч. 37,4.

18 октября. Въ зѣвъ на обоихъ миндалинахъ бѣлые фибриновые налеты. Шейные железы слегка увеличены. Со стороны сердца и легкихъ ничего особеннаго. Темп. утромъ 37,1—вѣч. 37,8.

15 октября. Зѣвъ почти чистый. Темп. утромъ 37,3—вѣч. 37,0.

20 октября. Ночью появился грубоватый кашель. Темп. утромъ 36,3—вечеромъ 37,5.

26 октября. Въслѣдствіе появившагося стеноза была сдѣлана интубація; ребенокъ съ трубкой дышитъ удовлетворительно. Темп. утромъ 36,3—вѣч. 37,2.

29 октября. Ребенокъ съ трубкой дышитъ удовлетворительно; въ мочѣ бѣзковая. Выдѣленіе гнойное изъ лѣваго уха; темп. утромъ 37,3—вѣч. 38,0.

30 октября. Трубка удалена. Ребенокъ дышитъ безъ трубки удовлетворительно. Въ мочѣ муть. Темп. утр. 37,2—вѣч. 37,5.

31 октября. Выдѣленіе изъ лѣваго уха; въ мочѣ бѣзкок. Темп. утромъ 37,0—вѣч. 37,0.

4 ноября. Течъ изъ обоихъ ушей. Въ мочѣ большое количество бѣла. Темп. утромъ 37,0—вѣч. 37,0.

6 ноября. Бѣла въ мочѣ огромное количество; мочи мало. Остальное по прежнему. Темп. утромъ 36,5—вѣч. 37,0.

9 ноября. Бѣзкокъ держится; мочи незначительное количество. Пульсъ слабый. Въ обоихъ легкияхъ—разлитой бронхитъ. Темп. утромъ 37,0—вѣч. 37,0.

11 ноября. Бѣла въ мочѣ много; мочи мало. Тоны сердца глухи; пульсъ плохого наполненія. Въ легкихъ повсюду влажные средние и мелкопузырчатые хрипы. Темп. утромъ 37,8—вѣч. 37,8.

13 ноября. Въ лѣвомъ легкомъ, въ нижней его долькѣ, слышн. бронхиальное дыханіе въ крестцатай; при перкуссии въ этомъ мѣстѣ притупленіе. Бѣла въ мочѣ значительно меньше; мочи мало. Пульсъ не прослушивается. Общее состояніе крайне тяжелое.

Въ ночь на 14 ноября ребенокъ умеръ.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria in anamnesi. Pneumonia catarrhalis bilateralis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et myocardii. Nephritis acuta.

Макроскопическая картина печени.

Лѣвая доля печени лапчатая, правая шарообразная; поверхность печени гладкая; мѣстами видны на поверхности ея возвышенія. На разрѣзѣ печени попадаются островки желтаго цвѣта; границы долекъ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 370 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 20 куб. см. темно-зеленой тягучей желчи.

Микроскопическое исследование.

Капсула печени из волокнистой соединительной ткани, слегка набухшей, с расширенными сосудами, в окружности которых заметна мелкоклеточная инфильтрация. Печеночные клетки с ясными границами, набухши, в состоянии рязкого паренхиматозного перерождения: протоплазма их мало зерниста, плохо окрашивается. Ядра клеток различной величины: большие — гомогенны, со слабой зернистостью, окрашиваются лишь по периферии; меньшие воспринимают окраску лучше. На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, в протоплазмѣ клеток замѣчаются мелкія капельки жира, разсыпанные безъ всякаго порядка по всей печеночной долькѣ. Капилляры между рядами печеночныхъ клетокъ немного расширены. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ, имѣющихъ довольно неправильную звѣздообразную форму, представляется разросшейся, въ особенности въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ, слабо инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами и глубоко проникаетъ въ промежутки между отдѣльными дольками, которыя вслѣдствіе этого представляются ясными очерченными. Въ окружности сосудовъ, заложенныхъ въ соединительной ткани междольковыхъ пространствъ и выполненныхъ форменными элементами крови, замѣчается нерѣзко выраженная инфильтрація клеточными элементами. Последніе образуютъ мѣстами ограниченныя скопленія круглой или неправильной формы. Желчные капилляры встрѣчаются въ нѣсколько большемъ числѣ, чѣмъ нормально; просвѣтъ ихъ нѣсколько суженъ, вслѣдствіе набухания выстилающаго ихъ кубическаго эпителия. Въ окружности центральной вены небольшое разрастаніе соединительной ткани и слабая инфильтрація мелкоклеточными элементами.

№ 6.

Ксенія К. 10 м. Смерть на 17-й день отъ начала заболевания. Получила на 4-й день болѣзни 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium et laryngis. Tracheobronchitis fibrinosa. Bronchopneumonia.

Краткая исторія болѣзни.

Средне упитанная дѣвочка правильнаго телосложенія болѣла, по словамъ родителей, 3 дня. Въ больницу поступила 30 ноября 1930 года Темн. вечеромъ 37,9.

1 декабря. Въ зѣвѣ на обоихъ гиперемированныхъ, отечныхъ миндалинахъ большіе сѣровато-бѣлые налеты. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы увеличены, увеличены. Дыханіе затрудненное, стенотическое, потребовавшее вскорѣ послѣ поступления болѣной въ отдѣленіе немедленной интубаціи. Тоны сердца глухи; пульсъ нитевидный. Въ легкихъ масса трахеальныхъ хриповъ. Общее состояніе тяжелое. Гипотензія изъ лѣваго уха. Темн. утромъ 37,3—веч. 38,6.

2 декабря. Зѣвъ почти чистъ. Дыханіе безъ трубочки затрудненное; проводимость въ легкихъ при введенной трубочкѣ удовлетворительная. Тоны сердца глухи. Темн. утромъ 38,0—веч. 37,4.

7 декабря. Дыханіе безъ трубочки крайне затрудненное; съ трубчатой дышитъ удовлетворительно. Стулъ 4 раза, жидкій; моча чиста. Темн. Утромъ 38,0—веч. 38,3.

10 декабря. Въ легкихъ большое количество трахеальныхъ хриповъ; въ заднихъ отдѣлахъ легкихъ въ области лопатки прослушивается бронхальный выдохъ. Тоны сердца глуховаты. Темн. утромъ 37,7—веч. 38,5.

12 декабря. Въ легкихъ и сердцѣ явленія тѣ же. Ребенокъ дышитъ безъ трубочки. Темн. 37,0—веч. 37,8.

14 декабря. Проводимость въ легкихъ резко ослаблена; дыханіе затрудненное. Пульсъ еще продуцируется, тоны сердца очень слабы. Смерть при явленіяхъ быстро наступившей асфиксии.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Degeneratio parenchymatosa myocardii, parenchymatosa et adiposa hepatis. Rachitis gradus levioris.

Макроскопическая картина печени.

Печень темно-краснаго цвѣта съ сѣроватымъ оттѣнкомъ, нѣсколько пестровата, на ощупь весьма мягка, полнокровна. На разрѣзѣ печени дольки ея различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 250 грм. Въ желчномъ пузырьѣ ничтожное количество темно-желтой слизистой желчи.



Микроскопическое изслѣдованіе.

Сосуды капсулы гиперемированы. Радиальное расположение печеночныхъ кѣтокъ въ отдѣльныхъ доляхъ выражено слабо. Печеночныя кѣтки неспиральной формы, набухши. Границы ихъ различаются съ трудомъ. Въ нѣкоторыхъ изъ кѣтокъ протоплазма и ядро слабо или совсѣмъ не окрашиваются. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, протоплазма многихъ кѣтокъ заполнена крупными и мелкими жировыми капельками. Жировыя капельки особенно рѣзко замѣтны въ печеночныхъ кѣткахъ, окружающихъ центральную вену, а также и по периферіи долики, въ мѣстахъ, примыкающихъ къ портальнымъ пространствамъ. Печеночныя капилляры замѣтно расширены и выполнены форменными элементами крови. Въ портальныхъ пространствахъ соединительная ткань, окружающая заложенные здѣсь сосуды, инфильтрирована круглыми и веретенообразными кѣточными элементами. Такая же инфильтрація кѣточными элементами, но слабѣе выраженная, замѣчается и въ окрестности центральной вены, а въ щеляхъ между доляками она имѣетъ видъ обособленныхъ, небольшихъ скопленій мелкокѣточныхъ элементовъ. Крупные сосуды печени расширены и выполнены форменными элементами крови. Въ желчныхъ канальцахъ замѣтно отслоеніе эпителия.

№ 7.

Прасковья И. 1 г. 2 мѣс. Смерть на 3-ій день отъ начала заболѣванія. Получила на 3-ій день болѣзни 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium et laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Дѣвочка правильного тѣлосложенія умѣренного питанія больна, по словамъ родителей, 3-ій день. Въ болѣзнь принята 4 декабря 1900 г.

Въ зѣвъ на рѣзко отекавшіхъ и гиперемированныхъ миндалинахъ сѣровато-бѣлые налеты, распространяющіеся также и на мягкое небо. Шейныя

лимфатическія железы припухши. Дыханіе затрудненное, проводимость въ легкихъ ослаблена; тогчасъ при приѣмѣ патурирована. Тоны сердца глухи, учащены; пульсъ плохого наполненія. Общее состояніе крайне тяжелое.

Къ вечеру того же дня — смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria. Pneumonia catarrhalis peribronchialis dextra et sinistra. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis et myocardii.

Макроскопическая картина печени.

Печень сѣровато-краснаго цвѣта, съ желтоватыми участками различной величины, мягкой консистенціи; на разрѣзѣ полнокровна. Границы печеночныхъ долекъ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 257 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество блѣдно-желтой слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Печеночныя долики довольно отчетливо различаются, но расположеніе кѣтокъ нѣсколько нарушено расширенными капиллярами, просвѣтъ которыхъ туго набитъ форменными элементами крови. Печеночныя кѣтки набухши, съ неясными границами. Во многихъ изъ нихъ ядро слабо или совсѣмъ не воспринимаетъ окраски. Соединительная ткань портальныхъ пространствъ инфильтрирована мелкокѣточными элементами; залегавшіе въ ней сосуды расширены и выполнены форменными элементами крови; число желчныхъ канальцевъ увеличено. Въ соединительно-тканвыхъ вѣточкахъ, отходящихъ отъ болѣе утолщенныхъ мѣстъ портальныхъ пространствъ, наблюдаются во многихъ мѣстахъ расширенные тонкостѣнные сосуды, выполненные свернувшейся кровью. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки выполнены каплями жира въ видѣ мелкихъ зеренъ. Такія кѣтки съ жировыми каплями особенно рѣзко выступаютъ въ окрестности центральной вены, а также и по периферіи долики, въ мѣстахъ, прилегающихъ къ портальнымъ пространствамъ. Крупные сосуды печени расширены и выполнены форменными элементами крови.

№ 8.

Евгенія М. 1 г. 2 мѣс. Смерть на 4-ый день отъ начала заболѣванія.

Diphtheritis faucium septica.

Краткая исторія болѣзни.

Хорошо унитанная дѣвочка нормальнаго тѣлосложенія захворала, по словамъ родителей, 3 дня тому назадъ. Доставлена въ больницу 17 декабря 1900 г.

Въ зѣвѣ на рѣзко отечныхъ и гиперемированныхъ миндалинахъ огромные налеты съ салынымъ блескомъ, покрывающіе обѣ миндалины и распространяющіеся по мягкому и твердому небу. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы припухли и болѣзненны. Шейная кѣлочка и лицо съ сильнѣйшимъ отекомъ. Изъ носа выделяется слизистовязкая жидкость безъ запаха. Тоны сердца глухи, учащены; пульсъ нитевидный. Въ легкихъ масса разсыпанныхъ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Состояніе больной крайне тяжелое. Темп. 39,5.

18 декабря — смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (rhino-pharyngitis ichoroso-gangraenoso-ulcerosa, laryngitis, tracheitis et bronchitis catarrhalis). Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Degeneratio adiposa myocardii. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis et renum. Tumor lienis acutus.

Макроскопическая картина печени.

Печень на разрѣзѣ темно-красная съ сѣроватымъ оттѣнкомъ цвѣта, съ участками болѣе блѣдными и съ желтоватымъ оттѣнкомъ, полнокровна на разрѣзѣ; рисунокъ ея неотчетливъ. Въ желчномъ пузырѣ незначительное количество густой, слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣлочки мутны, набухши, въ протоплазмѣ своей содержатъ мелкія жировыя капельки, которыя мѣстами сливаются въ

болшія жировыя капли, выполняющія всю кѣтку. Капилляры и крупныя сосуды печени выполнены форменными элементами крови. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, въ окрестности сосудовъ, мелкокѣлочная инфильтрація; мѣстами эти мелкокѣлочныя элементы соединяются въ крупныя пучки, расположенныя на границѣ между отдѣльными долями. Дольчатость печени представляется менѣе ясно выраженной, чѣмъ этого можно было бы ожидать въ данномъ дѣтскомъ возрастѣ.

№ 9.

Николай Р. 2 г. Смерть на 6-ой день отъ начала заболѣванія.

Diphtheritis laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ боленъ, по словамъ родителей, 2 дня; въ больницу прибылъ 21 декабря 1900 г. Темп. вечеромъ 39,8. Въ зѣвѣ на гиперемированныхъ миндалинахъ небольшіе бѣлые налеты. Дыханіе рѣзко затруднено; проводимость въ легкихъ ослаблена; точьсъ при пріемѣ интубированъ. Въ вѣнечныхъ доляхъ обонихъ легкихъ большое количество влажныхъ хриповъ. Тоны сердца глухоаты, учащены; пульсъ плохого наполненія. Кровотеченіе изъ носа. Въ мочѣ бѣлокъ.

22 декабря. Темп. утромъ 39,0 — вечеромъ 40,4.

23 декабря. Дыханіе и носъ интубаци не удачается: оно учащено, затруднено, сопровождается втягиваніемъ реберъ и подреберной ямки. Въ легкихъ масса трахеальныхъ хриповъ, затрудняющихъ выслушваніе. Проводимость въ легкихъ и при вставленной трубкѣ ослаблена, въ нижнихъ же доляхъ совершенно отсутствуетъ. Тоны сердца глухи, аритмичны, пульсъ слабого наполненія, временами прерывается. Въ мочѣ бѣлокъ и много солей. Общее состояніе крайне тяжело. Темп. утромъ 39,0. Къ вечеру — смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (laryngitis, tracheitis et bronchitis crouposa). Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum.

Макроскопическая картина печени.

Печень полнокровна, дряблa, чрезвычайно мягка, коричнево-краснаго цвѣта съ сѣроватымъ оттѣнкомъ, съ много-

численными мягкими желтоватыми участками. Вѣсъ ей 400 грм. Въ желчномъ пузырьѣ, чрезвычайно растянутомъ, 35 куб. цм. совершенно прозрачной, безцвѣтной, слизистой жидкости, которая даже при сильномъ надавливаніи на пузырь, изъ послѣдняго не вытекаетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Печеночныя долики различаются плохо. Радиальное расположение печеночныхъ клѣтокъ представляется нарушеннымъ сильно расширенными печеночными капиллярами, въ просвѣтъ которыхъ масса форменныхъ элементовъ крови. Печеночныя клѣтки мутны, набухши, съ неясными границами; протоплазма и ядро мѣстами еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску. На препаратахъ, обработанныхъ осміею кислотой, печеночныя клѣтки представляются выполненными болѣе или менѣе крупными капельками жира, что особенно рѣзко выступаетъ въ тѣхъ мѣстахъ печеночныхъ долекъ, которыя ближе примыкаютъ къ порталнымъ пространствамъ. Центральная вена наполнена форменными элементами крови, въ окружности инфильтрирована мелкими круглоклѣточными элементами. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ въ довольно обильномъ количествѣ. Въ щеляхъ между ея волокнами замѣчается огромное количество круглыхъ и веретенообразныхъ форменныхъ элементовъ. Просвѣтъ заложенныхъ здѣсь сосудовъ сплошь выполненъ форменными элементами крови. Эпителий, выстилающій желчные канальцы, нѣсколько набухшій, мѣстами выпадаетъ въ просвѣтъ и теряется здѣсь въ желтоватой однородной массѣ, закупоривающей просвѣтъ канальцевъ. Между отдѣльными лучками соединительной ткани видны щели продолговато-овальной формы, заполненныя форменными элементами крови. Крупныя сосуды печени расширены; въ просвѣтъ ихъ масса форменныхъ элементовъ крови.

№ 10.

Николай Е. 5 лѣтъ. Смерть на 8-ой день отъ начала заболѣванія. Получилъ въ первый день болѣзни 1000 единицъ

противудифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ доставленъ въ больницу на 3-й день болѣзни; сыворотка вприснута дома въ 1-й день болѣзни, какъ говоритъ родители. 24 апр. доставленъ въ больницу.

Въ зѣбѣ на рѣзко отчетливыхъ, гиперемизированныхъ миндалинахъ небольшие сѣровато-бѣлые налеты. Шейный железъ припухши. Со стороны сердца и легкихъ ничего ненормального. Темп. вечеромъ 38,5.

25 апр. Налеты по преднему; зѣвъ отекаетъ; въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утр. 39,6—веч. 37,4.

28 апр. Зѣвъ очищается. Бѣлокъ въ мочѣ въ большомъ количествѣ, мочи мало. Темп. утр. 37,0—веч. 37,4.

29 апр. Зѣвъ чистъ. Мочи мало (200 куб. цм.); бѣлку много; была рвота. Тоны сердца глуховаты, пульсъ плохого наполненія, рѣдкій.

30 апр. Тоны сердца глухи; рвота 2 раза; мочи мало, бѣлку много. Темп. утр. 36,4; къ вечеру—смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria in anamnese. Nephritis acuta. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis.

Макроскопическая картина печени.

Печень сѣровато-краснаго цвѣта по мѣстамъ въ желтоватомъ оттѣнкѣ. Консистенція ея мягка; на разрѣзѣ полнокровна; долики ея различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 500 гр. Въ желчномъ пузырьѣ около 15 куб. стм. блѣдно-желтой слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени слегка набухша съ расширенными сосудами, инфильтрирована мелкоклѣточными элементами. Печеночныя клѣтки въ состояніи рѣзко выраженнаго паренхиматознаго перерожденія, съ неясными границами. Протоплазма ихъ и ядро окрашиваются слабо, а по мѣстамъ

совершенно не окрашиваются. На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, печеночные клетки в некоторых долях выполнены довольно крупными каплями жира, располагающимися в клетках преимущественно по периферии доли и особенно резко в мѣстах, примыкающих къ порталнымъ пространствамъ. Печеночные капилляры сильно гиперемированы, образуют мѣстами колбовидную вздутія, отчето печеночные перекладины представляются нѣскольکو сжатыми. Между отдѣльными долями видна инфильтрація мелкоклеточными элементами, образующими здѣсь отдѣльные, небольшія скопления круглой или неправильной формы. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, въ особенности въ окружности сосудовъ, замѣтна инфильтрація клеточными элементами. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ замѣчается обильное количество желчныхъ протоковъ, срубанныхъ по длиннику; просвѣтъ ихъ нѣскольکو суженъ, эпителий выстилающій ихъ внутреннюю поверхность нѣскольکو набухшій.

№ 11.

Лидія Ш. 2 г. 10 м. Смерть на 8-й день отъ начала заболевания. Получила на 6-й день болѣзни 1000 ед. противодифтерийной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium et laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Дѣвочка рахитическаго тѣлосложенія, умѣренного питанія больна, по словамъ родныхъ, 6-й деня. Въ больницу доставлена 18 августа 1901 г. Темп. вѣч. 37,6.

Въ зѣвъ на увеличенныхъ миндалинахъ фибриновые налеты. Резкое стенотическое дыханіе съ втягиваніемъ надключичныхъ областей, межреберныхъ промежутковъ и верхней части живота. Проводимость въ легкихъ рѣдко ослаблена. Шейныя лимфатическія железы припухши, увеличены. Тоны сердца глуховаты. Пульсъ слабый, еле прощупывается. Общее состояніе довольно тяжелое. Интубація.

19 августа. Налеты въ зѣвъ держатся. Дыханіе съ трубочкой довольно учащенное. Проводимость въ легкихъ легкою значительно понижена.

Тоны сердца глухи, аритмичны. Пульсъ учащенъ. Темп. утр. 39,5—вечеромъ 39,7.

20 августа. Смерть при явленияхъ паралича сердца.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa, gangraenosa, laryngitis, tracheitis et bronchitis crouposa). Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Pleuritis adhaesiva dextra. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum.

Макроскопическая картина печени.

Печень вишнево-фиолетоваго цвѣта, съ дряблѣю, мутной паренхимой. Граники долекъ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 460 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество блѣдно-желтой тягучей слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Печеночные клетки нѣскольکو набухши, съ неясными границами. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ядра не красятся. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ клетокъ какъ по периферіи, такъ и въ центрѣ долики клетки содержатъ большое количество мелкихъ жировыхъ капель. Печеночные капилляры расширены и выполнены форменными элементами крови. Крупные сосуды печени также нѣскольکو расширены наполняющими ихъ форменными элементами крови, при чемъ въ окружающей сосуды соединительной ткани наблюдается небольшая инфильтрація круглоклеточными элементами.

№ 12.

Матрена К. 8 лѣтъ. Смерть на 16-й деня отъ начала заболевания. Получила на 4-й деня болѣзни 2000 ед. противодифтерийной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium septica. Nephritis. Paralysis cordis.

Краткая история болѣзни.

Дѣвочка правильного тѣлосложенія, хорошаго питанія, болѣна, по словамъ родителей, 4-й день. Поступила въ больницу 2 сентября 1901 г. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота и набухлость. На обѣихъ миндалинахъ огромныя, толстые, грязно-сѣрыя налеты, распространяющіеся по мягкому и твердому небу. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы припухли. Тоны сердца чисты; пульсъ хорошаго наполненія. Нервная система въ возбужденномъ состояніи. Бѣдка въ мочѣ цѣль. Температура утр. 37,5—веч. 37,9.

3 сентября. Кровотеченіе изъ носу. Грязные, смѣшанные съ кровью налеты покрываютъ обѣ миндалины. Темп. утромъ 38,0—вечеромъ—37,8.

6 сентября. Зѣвъ чище, краснота меньше. Пульсъ хорошаго наполненія. Самочувствіе ребенка лучше. Темп. утр. 37,7—вечеромъ 37,6.

7 сентября. Зѣвъ совершенно очистился. Кровотеченіе изъ носу меньше. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утр. 36,7—веч. 37,6.

9 сентября. Кровотеченіе изъ носу прекратилось. Тоны сердца глухи; пульсъ учащенный, трудно прощупывается. Жидкая пища идетъ черезъ носъ. Голосъ нѣсколько гнусавый. Въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утр. 36,8—вечеромъ 37,2.

11 сентября. Пульсъ чрезвычайно слабый, еле прощупывается. Тоны сердца глухи. Количество мочи очень ничтожно (100 куб. см.). Въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утромъ 36,8—вечеромъ 36,9.

13 сентября. Явленія со стороны сердца тѣ же. Мочи очень мало, въ ней бѣлокъ. Рвота. Темп. утр. 36,8—веч. 37,8.

14 сентября. Смерть при явленіяхъ паралича сердца.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa). Laryngitis, tracheitis et bronchitis catarrhalis acuta. Pleuritis adhaesiva dextra. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis et renum. Nephritis acuta.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ слегка утолщенной капсулой, преимущественно по ходу сосудовъ. Болѣе рѣзкое утолщеніе капсулы въ области lig. suspensor. и на задней поверхности лѣвой доли. Ткань печени довольно плотна, нѣсколько пестровата, по мѣстамъ съ желтоватымъ оттѣнкомъ, полнокровна. Границы долекъ не различаются глазомъ. Въ печени 790 грм. Въ желчномъ пузырѣ около 15 куб. см. темной желто-зеленой густой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени изъ волокнистой соединительной ткани, нѣсколько набухша; проходящая въ ней сосуды расширены; печеночныя кѣтки слегка набухши, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ границы ихъ неясно очерчены. Ядра и протоплазма окрашиваются довольно хорошо. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки въ нѣкоторыхъ доляхъ выполнены мелкими капельками жира, разбросанными по всей доле безъ особаго порядка. Печеночныя капилляры расширены, выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ густо инфильтрирована круглыми и веретенообразными кѣточными элементами. Заложены здѣсь сосуды замѣтно расширены и выполнены обильнымъ количествомъ форменныхъ элементовъ. Эпителий желчныхъ канальцевъ въ состояніи рѣзкаго набуханія, вслѣдствіе чего просвѣтъ ихъ почти не виден. Центральная вена вполноту выполнена форменными элементами крови и въ окружности ея мелкокѣлочная инфильтрація.

№ 13.

Анатолій З. 5 лѣтъ. Смерть на 6-ой день отъ начала заболѣванія. Получилъ на 3-й день болѣзни 1500 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium septica. Paralysis cordis.

Краткая история болѣзни.

Ребенокъ правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, болѣнъ, по словамъ родителей, 3-й день. Въ больницу доставленъ 13 сентября 1901 года. Зѣвъ рѣзко гиперемированъ и отчетливъ: на миндалинахъ и мягкомъ небѣ сѣровато-бѣлые, въ видѣ небольшихъ островковъ, налеты. Гнилостный запахъ изо рта. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы, особенно съ правой стороны, сильно увеличены; окружающая ткань рѣзко инфильтрирована; инфильтрація обнимаетъ всю верхнюю половину шеи. Тоны сердца глухи. Пульсъ очень ускоренъ. Ребенокъ сонливъ. Общее состояніе тяжело. Темп. утромъ 38,0—веч. 38,8.

15 сентября. Зѣвъ нѣсколько чище. Въ остальномъ явленія тѣ же.

16 сентября. Тоны сердца очень слабы. Пульс прощупывается с трудом. Большой в бессознательном состоянии. Выделение из носа слизисто-гнойной жидкости. Паралич мягкого неба. Слизистая неба кровотоchtig. В мочу огромное количество бляку. Общее состояние крайне тяжелое. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa, laryngitis, tracheitis et bronchitis crouposa). Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum.

Макроскопическая картина печени.

Печень весьма мягкой консистенции, однородного желто-красного цвета с сѣрвато-фиолетовыми пятнами. На разрывѣ выделяется большое количество венозной крови. Границы печеночныхъ долекъ не видны. Вѣсъ печени 570 грм. Вѣ желчномъ пузырьѣ около 10 куб. см. темно-желтой слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки въ состояніи рѣзкаго паренхиматознаго перерожденія, нѣсколько набухши, съ мутной протоплазмой и неясными границами. Ядра во многихъ кѣткахъ окрашиваются слабѣе нормальнаго; окраска ихъ особенно выступаетъ по периферіи, а нѣкоторыя изъ ядеръ совершенно не окрашиваются. Благодаря набухлости кѣтокъ капилляры между рядами печеночныхъ кѣтокъ представляются какъ бы сжатыми. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки представляются выполненными крупными и мелкими капельками жира, вполнѣ заполняющими тѣло кѣтки и отодвигающими ядро въ сторону. Особенно рѣзко выступаютъ кѣтки, содержащія въ себѣ жировыя капельки, въ окрестности центральной вены. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ рѣзкаго инфильтрація круглыми и веретенообразными кѣточными элементами, преимущественно въ окрестности проходящихъ здѣсь сосудовъ. Между отдѣ-

ными дольками, а также въ окрестности крупныхъ сосудовъ огромныя скопленія кѣточныхъ элементовъ, располагающихся неправильными дугами. Просвѣтъ крупныхъ сосудовъ выполненъ форменными элементами крови. Въ желчныхъ канальцахъ пролиферация эпителиальныхъ кѣтокъ. Число канальцевъ вѣсколько увеличено. Въ окрестности центральной вены слабая инфильтрація кѣточными элементами.

№ 14.

Сергѣй М. 4 лѣтъ. Смерть на 9-ый день отъ начала заболѣванія. Получилъ на 2-ой день болѣзни 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis faucium et laryngis. Nephritis.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ правильнаго тѣлосложенія хорошаго питанія болѣзнь, по словамъ родителей, 2-ой день. Въ больницу доставленъ 26 сентября 1901 г. Зѣвъ рѣзко гиперемированъ; на миндалинахъ обширные некротические участки, переходящіе на заднюю стѣнку глотки. Обильное выделение слизи изъ рта. Подчелюстная и шейная лимфатическія железы слегка припухли. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго. Пульсъ слабый. Вѣ мочѣ много бляку. Темп. 38,1.

27 сентября. Дыханіе рѣзко затрудненное, стенотическое, требовавшее немедленной интубаціи, послѣ чего дыханіе улучшилось. Темп. утромъ 38,1—вечеромъ 39,3.

28 сентября. Рѣзкое стенотическое дыханіе. Въ легкихъ масса трахеальныхъ хриповъ. Вѣ мочѣ большое количество бляку. Темп. утромъ 37,1—веч. 37,9.

29 сентября. Интубационная трубочка удалена; ребенокъ дышитъ безъ трубочки удовлетворительно. Тоны сердца глухи. Вѣ зѣвѣ остатки налетовъ. Вѣ мочѣ большое количество бляку. Темп. утромъ 37,1—вечеромъ 37,7.

30 сентября. Дыханіе снова приняло стенотическій характеръ. Зѣвъ значительно чище. вновь произведена интубація. Темпер. утромъ 37,1—веч. 37,3.

1 октября. Зѣвъ почти чистъ. Ребенокъ дышитъ съ трубочкой удовлетворительно. Вѣ мочѣ огромное количество бляку. Темпер. 37,5—вечеромъ 39,0.

2 октября. Ребенокъ выхаркнулъ трубочку. Сильныя спазматическія кашлевыя движенія. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa, laryngitis et tracheitis crouposa). Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Entero-colitis catarrhalis.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой поверхностью, дряблой консистенци, полнокровна, сѣрвато-краснаго цвѣта съ желтоватыми пятнами. Границы долекъ трудно различаются простымъ взглядомъ. Въ желчномъ пузырьѣ около 5 куб. см. желтой, слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клѣтки въ состояніи рѣзкаго паренхиматознаго перерожденія; протоплазма ихъ мутна, границы неясны. Нѣкоторыя изъ клѣтокъ представляются нѣсколькими набухшими, другія уменьшены въ объемѣ, самой причудливой формы. Ядра окрашиваются плохо и то лишь по своей периферіи, а во многихъ клѣткахъ представляются совершенно неокрашенными. Капилляры между рядами печеночныхъ клѣтокъ расширены, наполнены форменными элементами крови. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ печеночныхъ клѣтокъ видны крупныя и мелкія жировыя капли. Мелкія жировыя капельки особенно рельефно выступаютъ въ протоплазмѣ клѣтокъ, ядро которыхъ совершенно утратило способность воспринимать окраску. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ замѣтно инфильтрирована круглыми и веретенообразными клѣточными элементами, въ особенности въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ. Число желчныхъ канальцевъ нѣсколько увеличено; эпителий ихъ представляется набухшимъ, просвѣтъ—наполненнымъ желтоватой гомогенной массой. Въ промежуткахъ между отдѣльными дольками, а также въ окружности крупныхъ сосудовъ

печени рѣзкая инфильтрація клѣточными элементами, которыя, скопляясь по мѣстамъ, образуютъ обособленныя кучки круглой или неправильной формы.

№ 15.

Еоодоръ М. 3 года. Смерть на 3-й день отъ начала заболѣванія. Получить на 3-й день болѣзни 1000 ед. противодифтерійной сыворотки Института Экспериментальной Медицины.

Diphtheritis laryngis.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, болѣзнъ, по словамъ родителей, 3 дня. Въ болницѣ доставленъ 10 октября 1901 года. Въ зѣвѣ на гиперемированныхъ миндалинахъ сѣрвато-бѣлые налеты. Явленія рѣзкаго стеноза гортани: тотчасъ при приѣѣ интубированъ. Но и съ трубкой ребенокъ дышалъ плохо, вследствие чего и произведена была трахеотомія, послѣ которой дыханіе у ребенка нѣсколько улучшилось. Тоны сердца глухи, очень слабы. Въ легкихъ проводимость рѣзко понижена (tracheobronchitis fibrinosa). Явленія стеноза не прекращаются. Рѣзко выраженный цианозъ лица и конечностей. Смерть при явленіяхъ асфиксіи.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis, laryngitis, tracheitis, bronchitis fibrinosa). Pneumonia catarrhalis sinistra incipiens lobi inferioris. Tracheotomia ante horas IV facta. Asphyxia.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ тонкой гладкой капсулой, изъ подъ которой просвѣчиваютъ неправильной формы желтоватые участки, а также своеобразнаго вида пестрая темно-красная территорія. На разрѣзѣ печени первымъ соотвѣтствуютъ блѣдно желтые, вторымъ—темно-красные участки, проникающіе на нѣсколько миллиметровъ въглубу. На разрѣзѣ печень представляется умѣренно полнокровной; центръ долекъ значительно богаче кровью нежели периферія. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество ярко-желтой желчи.

Микроскопическое исследование.

Капсула печени без особых изменений. Печеночные клетки в несколько набухши, с неясными границами. Расположение их нарушено расширенными капиллярами, просветы которых густо выполнены форменными элементами крови. Протоплазма и ядро многих клеток еще довольно хорошо воспринимают окраску и лишь по местам видны клетки, ядро которых совершенно утратило способность окрашиваться. На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, видны печеночные клетки с жировыми каплями, разбросанные по всей доле без всякого порядка. В промежутках между отдельными долями, а также в окружности крупных сосудов печени заметна инфильтрация мелкоклеточными элементами, образующими по местам ограниченные, неправильной формы скопления. В соединительной ткани порталных пространств инфильтрация мелкоклеточными элементами. В желчных канальцах резкое набухание эпителия. Просветы их выполнены однородной массой.

Изменения в печени у детей, погибших от скарлатины.

№ 16.

Евдокия П. 5 лет. Смерть на 4-й день от начала заболевания.

Scarlatina.

Краткая история болезни.

Средне убитая девочка нормального телосложения больна, по словам родителей, 3-й день. В больницу пришла 9 сентября 1900 года. Тело покрыто интенсивной пятнистой сыпью, зев в несколько гиперемирован. Шейная лимфатическая железа слегка припухла. Тоны сердца глухие; пульс очень учащенный. В легких чистое

везикулярное, учащенное дыхание. Общее состояние крайне тяжелое. Температура 39,8—вечером 40,0.
10 сентября—смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pharyngitis et laryngitis crouposa (scarlatinosa). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Nephritis acuta scarlatinosa. Hyperaemia pulmonum. Enteritis follicularis. Colitis catarrhalis et ulcerosa. Hyperplasia apparatus lymphatici. Hydrops vesicae felleae.

Макроскопическая картина печени.

Печень с гладкой в несколько утолщенной капсулой. Паренхима ее бледна, тускла, пестровата; рисунок ее неясен. В печеночных воротах значительное количество старых, ложных фиброзных связок и перепонок и несколько достигающих величины лесного ореха бледных лимфатических желез. Веса печени 385 грм. В желчном пузырьке около 25 куб. см. слизи, совершенно безцветной жидкости, которая лишь при сильном надавливании на пузырь вытекает с величайшей медленностью через весьма суженный и перегнутый пузырный проток.

Микроскопическое исследование.

Капсула печени слегка утолщена. Печеночные клетки в состоянии резкого паренхиматозного перерождения, набухши, с мутной протоплазмой и неясными границами. Ядра во многих клетках окрашены слабее нормального, а некоторые из них совсем потеряли способность окрашиваться. Благодаря набухлости клеток капилляры между их радиальными рядами представляются как бы сжатыми. В соединительной ткани порталных пространств замечается огромное количество мелких круглоклеточных элементов, распределяющихся главным образом в окружности сосудов. Круглоклеточные элементы образуют местами огромные скопления, особенно заметные между отдельными долями. Большие крупные сосуды выполнены форменными элементами крови. В желчных протоках наблюдается проли-

ферация эпителиальных клеток. Во многих местах видны продольно разрезанные трубки, выстланные кубическим эпителием. В окружности центральной вены описанные изменения выражены значительно слабее.

№ 17.

Любовя М. 2 г. 2 мѣс. Смерть на 14-ый день отъ начала заболѣванія.

Scarlatina. Pneumonia catarrhalis.

Краткая исторія болѣзни.

Средне убитая дѣвочка нормальнаго тѣлосложенія больна, по словамъ родныхъ, 6-ой день. Въ больницу доставлена 19-го окт. 1900 г. Тѣло покрыто интенсивно выраженной скарлатинной сыпью. Зѣвъ рѣзко гиперемированъ. Тоны сердца ослаблены. Пульсъ учащенный. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Шейная лимфатическія железы увеличены и припухли. Темп. 38,5.

20 октября. Сильн на тѣѣ держится. Стоматитъ. Тоны сердца слабы. Темп. утромъ 40,0—вечеромъ 39,4.

23 октября. Явления тѣ же. Общее состояніе довольно плохое. Темп. утромъ 39,5—вечеромъ 39,0.

24 октября. Рѣзко выраженный стоматитъ. Некрозы на миндалинахъ. Жидкая пища проходитъ носомъ. Общее состояніе тяжелое. Темп. утромъ 39,5—вечеромъ 39,6.

25 октября. Явления тѣ же. Темп. утромъ 39,0—вечеромъ 39,3.

28 октября. Въ правомъ легкомъ эади, въ области допатки, дыханіе съ бронхиальнымъ оттенкомъ. Въ остальномъ тѣѣ безъ измѣненій. Состояніе крайне тяжелое. Темп. утромъ 39,9—вечеромъ 39,8.

27 октября. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pharyngitis et laryngitis ulcerosa gangraenosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, parenchymatosa et adiposa hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Colitis catarrhalis.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой, тонкой капсулой. Паренхима ея крайне дряблая, тускла, довольно равномернаго, грязноватаго, желтовато-краснаго цвѣта. Нормальный рисунокъ печени не ясенъ.

Вѣсъ печени 470 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 15 куб. см. свѣтло-желтой, слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клетки съ неясными границами, рѣзко набухши. Протоплазма и ядро клетки въ большей части далеко вовсе не воспринимаютъ окраски. Въ другихъ клеткахъ ядро красится слабо. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя клетки выполнены жировыми капельками большей или меньшей величины, особенно рѣзко замѣтными въ тѣхъ частяхъ долекъ, которыя примыкаютъ къ порталнымъ пространствамъ. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ рѣзко инфильтрирована круглоклеточными элементами. Заложенные здѣсь сосуды сжаты, эндотелий капилляровъ набухши. Эпителий, выстилающій желчные каналцы, во многихъ мѣстахъ представляется отслоившимся, а въ просвѣтѣ самихъ каналцевъ видны желтыя однородныя массы. Мѣстами видны въ продольномъ разрѣзѣ новообразованные желчные каналцы. Просвѣтъ центральной вены значительно расширенъ, выложенъ форменными элементами крови, а въ окружности ея слабо выраженная инфильтрація круглоклеточными элементами.

№ 18.

Янина Ц. 9 лѣтъ. Смерть на 3-й день отъ начала заболѣванія.

Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Хорошо убитая дѣвочка, правильнаго тѣлосложенія, больна, по словамъ родителей, 2-й день. Въ больницу доставлена 28 февраля 1901 г. Тѣло покрыто интенсивной скарлатиновой сыпью. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота. Шейная лимфатическія железы припухли, болѣзненны. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Тоны сердца глухи. Нервная система въ возбужденномъ состояніи (бредъ, безпокойство). Общее состояніе крайне тяжелое. Темп. утромъ 39,9—вечеромъ 40,3.

1 марта. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta. Tumor lienis acutus. Enterocolitis follicularis. Colitis ulcerosa.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ рѣзко выраженнымъ паренхиматознымъ перерожденіемъ. Капсула ея тонка, напряжена; подъ ней видны участки неправильной формы, блѣдно-желтаго цвѣта. Вѣсъ печени 800 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 10 куб. см. зеленоватой, слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки во многихъ доляхъ представляются сплошь выполненными жиромъ, такъ что кѣточные ядра не видны. Жировое перерожденіе распространяется то на всю долю, то по периферіи ея, то въ окрестности центральной вены. Между долями, содержащими въ себѣ жировыя капли, попадаетъ значительное число и такихъ долекъ, кѣтки которыхъ не содержатъ въ себѣ жира; въ послѣднихъ кѣтки слегка мутноваты и набухши. Печеночныя капилляры замѣтно растянуты и выполнены форменными элементами крови. Въ доляхъ, изобилующихъ жировыми капельками, они представляются сжатыми. Сосуды, заложеныя въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, гиперемированы и въ окружающей ихъ соединительной ткани наблюдается не рѣзко выраженная инфильтрація кѣточными элементами.

X 19.

Александръ Н. 5 лѣтъ. Смерть на 5-й день болѣзни. Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Средне уматанный ребенокъ нормальнаго тѣлосложенія боленъ, со словъ родителей, уже 4-й день. Въ больницу доставленъ 4 августа 1901 г.

Туловище и конечности покрыты интенсивной скарлатинной сыпью. Вѣнзы рѣзкаго краснота. Шейныя лимфатическія железы замѣтно увеличены. Тоны сердца глуховаты. Пульсъ учащенный. Ребенокъ крайне безпокоенъ. Темп. 40,0.

5 августа. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Nephritis acuta.

Макроскопическая картина печени.

Печень крайне дряблая, блѣдно-желтаго, тусклаго цвѣта. Дольки на разрѣзѣ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 740 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 15 куб. см. травяно-зеленой, слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки во вѣхъ почти доляхъ выполнены болѣе или менѣе крупными жировыми капельками. Ядро отступаетъ къ периферіи кѣтки и имѣетъ полуданную форму. Въ нѣкоторыхъ кѣткахъ ядро совсемъ не видно. Печеночныя капилляры расширены и выполнены форменными элементами крови. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ кѣтки съ жировыми капельками соприкасаются между собой, капилляры кажутся какъ бы сдавленными, такъ что просвѣта ихъ почти не видно. Соединительная ткань, выполняющая порталныя пространства, рѣзко инфильтрирована круглыми и веретенообразными кѣточными элементами, особенно ясно замѣтными въ окрестности заложенныхъ здѣсь сосудовъ, просвѣтъ которыхъ расширенъ и выполненъ форменными элементами крови. Мѣстами по тракту соединительной ткани порталныхъ пространствъ наблюдаются отдѣльныя небольшія скопленія круглокѣточныхъ элементовъ. Такого же характера инфильтрація форменными элементами замѣчается и въ междольковой соединительной ткани, а также въ окрестности центральной вены, просвѣтъ которой во многихъ доляхъ растянута и также выполнена форменными элементами крови.

№ 20.

Любовь В. 4 г. Смерть на 15-ый день отъ начала заболѣванія.

Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Дѣвочка хорошаго питанія, правильнаго тѣлосложенія, больна, со словъ родителей, 2-ой день. Въ больницу прибыла 19-го сентября 1901 г. Все тѣло покрыто густо разсѣланной, мелкоочечной сыпью. Въ зѣвахъ сильная краснота и точечные некрозы на миндалинахъ. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Тоны сердца чисты; пульсъ учащенный, правильный. Темп. вечеромъ 39,7.

20 сентября. Сыпь на туловищѣ держится. Губы сухи, покрыты корками. Языкъ ярко красный. Зѣвъ гиперемированъ. Некрозы по прежнему. Большая ночь бредна. Тоны сердца глуховаты; пульсъ учащенъ. Общее состояніе крайне неудовлетворительное. Темп. утромъ 40,1—вечеромъ 39,3.

21 сентября. Темп. утромъ 39,0—вечеромъ 39,5. Въ остальномъ явленія тѣ-же.

22 сентября. Сильное припуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ. Въ легкихъ огромное количество хриповъ. Общее состояніе крайне тяжелое. Темп. утромъ 39,8—вечеромъ 40,0.

23 сентября. Сыпь исчезла. Въ остальномъ явленія тѣ-же. Темп. утр. 39,8—вечеромъ 39,9.

30 сентября. Въ легкихъ масса влажныхъ хриповъ; дыханіе поверхностное. Тоны сердца глухи. Флегмонозное припуханіе шейныхъ железъ. Общее состояніе крайне неудовлетворительное. Темп. утромъ 40,2—вечеромъ 39,9.

1 октября. Припухшія фаегазоныя железы вскрыты; выдѣлилось незначительное количество гнойчаго гноя и омертвѣлой кѣтъчатки. Тоны сердца глухи. Въ легкихъ масса влажныхъ хриповъ. Темп. утромъ 40,3—вечеромъ 39,5.

2 октября смертъ.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis et myocardii. Pneumonia catarrhalis duplex. Tumor lienis acutus. Nephritis acuta haemorrhagica. Catarrhus intestini crassi chronicus.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой, тонкой, чрезвычайно напряженной капсулой, съ поверхности — темно-краснаго цвѣта, на разрѣзѣ

розово-фіолетоваго цвѣта съ блѣдною периферіей долекъ. Вѣсъ печени 915 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 10 куб. см. желтой слизистой жидкости.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула безъ особнхъ измѣненій. Печеночныя кѣтътки съ неясными границами, рѣзко набухши; въ большинствѣ изъ нихъ протоплазма и ядро слабо окрашиваются, въ иныхъ вовсе не воспринимаютъ окраски. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевою кислотой, печеночныя кѣтътки во многихъ доляхъ оказываются выполненными мелкими жировыми каплями. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, въ окружности сосудовъ, растянутыхъ форменными элементами крови, видна мелкокѣтъчная инфильтрація. Инфильтрація эта особенно выражена по тракту соединительной ткани, ограничивающей долю. Въ окружности центральной вены инфильтрація эта выражена слабо.

Измѣненія въ печени у дѣтей, погибшихъ отъ кори.

№ 21.

Николай К. 3 г. 4 м. Смерть на 10-й день отъ начала заболѣванія.

Morbilli.

Краткая исторія болѣзни.

Хорошо упитанный мальчикъ, правильнаго тѣлосложенія, захворалъ 5 дней тому назадъ. На кожѣ туловища и лица слѣды коревой сыпи. Ребенокъ въ безсознательномъ состояніи. Дыханіе ускоренное. Пульсъ слабо наполненія. Тоны сердца глухи. Размѣры грудины его нормальны. Въ легкихъ, справа и слева, мелкопузырчатые хрипы; слева, ниже лопатки, бронхиальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Незначительное притупленіе перкуторнаго тона. Животъ вздутъ. Стулъ одинъ разъ, жидкій. Темп. 39,0—25 марта. Темп. утромъ 38,4—вечеромъ 39,0.

26 марта. Дыхание тяжелое. Сильное беспокойство. Цианоз лица и конечностей. В легких явления те же. Температура утром 38,8—вечером 39,5.

37 марта. Все явления по прежнему. Пульс учащенный, (150), малый. Цианоз губ. Общее состояние тяжелое.

28 марта в 5 ч. утра смерть.

Diagnosis anatomica.

Morbilli. Bronchitis capillaris. Pneumonia catarrhalis diffusa.

Макроскопическая картина печени.

Печень с значительными участками паренхиматозного и части жирового перерождения. Рисунок печени по местам весьма отчетливо выражен чрезвычайно ясными границами отдельных долек. В желчном пузыре ничтожное количество светло-желтой, мутной, слизистой жидкости.

Микроскопическое исследование.

Печеночные клетки с мутной протоплазмой, несколько набухши; границы их во многих местах не ясны. Ядра клеток окраиваются слабее нормальных, а некоторые из них совершенно не воспринимают окраски. На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, печеночные клетки оказываются выполненными крупными каплями жира, вполне заполняющими тело клетки и отодвигающими ядро в сторону. Печеночные клетки, содержащая в себе жировые капли, наблюдаются во всех местах долек и особенно резко выступают в окружности центральной вены. Печеночные капилляры заметно расширены, и просвет их выполнен форменными элементами крови. Соединительная ткань порталных пространств, окружающая проходящие здесь сосуды, резко инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами. Эти клеточные элементы местами проникают в щели между отдельными долками. Образца здесь как-бы обособленная кучка круглоклеточных элементов. Желчные каналцы увеличены в числѣ. Крупные

сосуды печени расширены и просвет их вплотную выполнен форменными элементами крови. В окружности центральной вены инфильтрация клеточными элементами выражена очень слабо.

№ 22.

Любовь А. 1 г. 2 мѣс. Смерть на 10-ый день от начала заболевания.

Morbilli.

Краткая история болезни.

Девочка удовлетворительного питания, правильного тѣлосложения хворает, по словам родных, 5-ый день. В больницу поступила 19-го августа 1901 г. На кожѣ туловища и на конечностях коревая высьпь. В зѣвах утренняя краснота и припухлость. В легких сухие и свистящие хрипы. Стул 3 раза, жидкий. Бѣзка в мочѣ нетъ. Темп. 39,4.

20 августа. Разлитая коревая сыпь по всему тѣлу. Насморк и конъюнктивит. Камешь незначительный. В легких явления те же. Темпер. утром 39,5—вечером 40,1.

21 августа. Камешь усилился. В легких повсюду, особенно в нижних долях, масса сухих и влажных хрипов. Темп. утром 39,5—вечером 40,1.

22 августа. В легких большое количество мелкопузырчатых хрипов; дыхание с бронхальным оттенком; незначительное приглушение перкуторного тона. Стул жидкий, 3 раза. В зѣвах яркая краснота и набухлость держится. Ребенок очень слабъ. Темп. утр. 39,7—вечер. 39,0.

23 августа. В легких явления те же. Тоны сердца учащены, глухи; пульс нитевидный. Общее состояние крайне тяжелое. Темп. утром 39,0—вечером 39,0.

24 августа в 5 час. утра смерть.

Diagnosis anatomica.

Morbilli. Pharyngitis et bronchitis et pneumonia catarrhalis dextra et sinistra.

Макроскопическая картина печени.

Печень желтовато-красного цвѣта с сѣроватым оттенком, подкованна. На разрезѣ печеночные дольки различаются с трудом. Весь печени 450 грм. В желчном пузыре около 15 куб. см. желтовато-зеленой слизи.



Микроскопическое исследование.

Печеночныя клетки набухши, съ мутной протоплазмой, съ неясными границами. Ядро ихъ слабо окрашивается, а въ некоторыхъ клеткахъ оно вовсе не воспринимаетъ окраски. Печеночныя клетки на препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, оказываются содержащими въ себѣ капельки жира мелкой и средней величины. Печеночныя капилляры расширены, въ просвѣтъ ихъ форменные элементы крови. Соединительная ткань портальныхъ пространствъ рѣзко инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами, располагающимися въ окрестности проходящихъ здѣсь сосудовъ и глубоко проникающихъ въ видѣ полосъ въ щели между отдѣльными дольками. Крупные сосуды печени расширены, въ просвѣтъ ихъ масса форменныхъ элементовъ крови. Эндотелий сосудовъ въ состояніи набухания, отслоившейся. Желчные каналы увеличены въ числѣ. Выстилающій ихъ внутреннюю поверхность кубической эпителий представляется набухшимъ, просвѣтъ суженъ и выполненъ однородной, зернистой массой. Просвѣтъ центральной вены заполненъ свернувшейся кровью.

№ 23.

Александръ И. 10 мѣс. Смерть на 21-ый день отъ начала заболѣванія.

Morbilli.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія поступилъ въ больницу 10 августа 1901 г. на 4-ый день болѣзни (по словамъ матери). На всемъ тѣлѣ пятнистая, разлитая коревая сыпь. Въ зѣвѣ краснота и набухлость. Дыханіе въ легкихъ съ жесткимъ отгѣнкомъ, хриповъ нѣтъ. Дыханіе учащенное. Ребенокъ очень слабъ. Стулъ частый, жидкій. Темп. утромъ 39,6—вечеромъ 40,4.

11 августа. Ребенокъ по прежнему слабъ. Въ легкихъ ни притупленія, ни хриповъ. Зѣвъ нѣсколько блѣднѣе. Сыпь по прежнему пятнистая съ фиолетовымъ отгѣнкомъ. Стулъ 9 разъ, жидкій. Темп. утромъ 40,1—вечеромъ 38,5.

12 августа. Въ легкихъ сухіе и свистящія хрипы. Незначительное притупление перкуторнаго тона. Стулъ жидкій, 2 раза. Темп. утромъ 39,0—вечеромъ 39,4.

13 августа. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго прослушивается бронхиальное дыханіе и субкрепитирующие хрипы; перкуторный звукъ на этомъ мѣстѣ слегка заглушенъ. Стулъ жидкій, 3 разъ. Ребенокъ очень безпокоенъ. Темп. утромъ 38,3—вечеромъ 38,5.

14 августа. Въ легкихъ явленія тѣ же. Общее состояніе нѣсколько лучше. Слабиза 6 разъ. Темп. утромъ 39,0—вечеромъ 38,4.

16 августа. Сыпь блѣднѣе. Въ зѣвѣ краснота и набухлость держатся. Въ легкихъ бронхиальное дыханіе съ обильнымъ количествомъ хриповъ. Слабиза 5 разъ. Состояніе въ общемъ нѣсколько лучше. Темп. утромъ 37,8—вечеромъ 38,4.

18 августа. Въ легкихъ дыханіе бронхиальное, но съ везикулярнымъ отгѣнкомъ. Стулъ 4 раза, со слизью. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утромъ 37,8—вечеромъ 38,0.

19 августа. Сыпь исчезла. Въ легкихъ явленія тѣ же. Появился стоматитъ. Стулъ 3 раза—полужидкій. Темп. утромъ 37,9—вечеромъ 38,0.

20 августа. На лѣвой миндалинѣ небольшой вазетъ желтовато-бѣлаго вататаго цвѣта. Камешъ съ лающимъ отгѣнкомъ. Дыханіе въ легкихъ везикулярное. Масса сухихъ и влажныхъ хриповъ. Стулъ болѣе густой со слизью, 3 раза—зеленоватого цвѣта. Темп. утромъ 37,8—вечеромъ 37,5.

24 августа. Незначительный камешъ. Хриповъ меньше. Ребенокъ еще слабъ. Стулъ 4 раза — полужидкій, безъ слизи. Темп. утромъ 37,0—вечеромъ 38,0.

25 августа. Притупленіе перкуторнаго звука въ нижней долѣ праваго легкаго, бронхиальное дыханіе, субкрепитирующие хрипы. Ночь ребенокъ спалъ хорошо. Стулъ 1 разъ—нормальный. Темп. утромъ 38,7—вечеромъ 38,6.

26 августа. Въ нижней долѣ праваго легкаго явленія тѣ же; лѣвое легкое свободно. Перкуторный тонъ въ немъ ясный. Появился сыпный камешъ. Ребенокъ очень слабъ. Темп. утромъ 38,0—вечеромъ 38,5.

27 августа. Ребенокъ очень слабъ, груди не беретъ. Пульсъ очень слабый, еле ощутимый. Въ легкихъ явленія тѣ же. Общее состояніе плохое. Темп. утромъ 39,0—вечеромъ 39,9.

28 августа. Ребенокъ апатиченъ. Пульсъ еле прощупывается. На правой половинѣ лица нѣсколько сгущенъ съ запекшейся кровью. На конѣ тѣла, въ особенности груди и спины, масса кровоподтековъ. Такіе же замѣчаются и на слизистой оболочкѣ полости рта. Десны кровоточатъ. Тоны сердца глухи, еле уловимы для уха. Животъ выямый; стулъ 2 раза, жидкій. Ребенокъ очень слабъ. Темп. 38,8. Въ 12 ч. дня—смерть.

Diagnosis anatomica.

Laryngitis catarrhalis acuta. Bronchitis purulenta acuta. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum.

Макроскопическая картина печени.

Печень дряблой консистенции, желтовато-красного цвета, полнокровна; границы долек не ясны. В желчном пузыре 10 куб. см. бледно-желтой, жидкой желчи.

Микроскопическое исследование.

Печеночные клетки мутны, набухши, с неясными границами. В протоплазме их наблюдаются мелкие и крупные жировые капельки, мѣстами сливающимися другъ съ другомъ и выполняющія всю клетку. Капилляры мѣстами, а крупные сосуды печени повсюду выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталных пространствъ, въ окружности заложенныхъ здѣсь сосудовъ, представляется разросшейся и замѣтно инфильтрированной крупными и веретенообразными клеточными элементами. Такая же инфильтрація клеточными элементами наблюдается въ щеляхъ между отдѣльными долями въ видѣ небольшихъ обособленныхъ кучекъ. Число желчныхъ канальцевъ увеличено; мѣстами наблюдаются новообразованные канальцы. Въ окружности центральной вены слабо выраженная мелкоклеточная инфильтрація.

Измѣненія въ печени у дѣтей, погибшихъ отъ дифтеріи, осложненной скарлатиной.

№ 24.

Пелагея Б. 4-хъ лѣтъ. Смерть на 50-ый день отъ начала дифтеріи, къ которой на 8-ой день присоединилась скарлатина.
Diphtheritis faucium + Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Средне упитанная дѣвочка нормальнаго тѣлосложения хворала, по словамъ родныхъ, до прибытія въ больницу 3 дня. Доставлена въ боль-

ницу 24 октября 1900 г. Въ зѣвъ на рѣзко гиперемированныхъ и отекавшихъ миндалинахъ небольшие, строгато-бѣлые налеты. Шейные лимфатические железы нѣсколько припухши. Дыханіе въ легкихъ везикулярное. Тоны сердца чисты, умеренной силы. Пульсъ ускоренъ. Темп. вѣч. 39,0.

25 октября. Явления въ зѣвъ тѣ же. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утромъ 37,0 —вечеромъ 37,1.

26 октября. Въ зѣвъ остатки налетовъ. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утромъ 36,8 —вечеромъ 37,0.

27 октября. Зѣвъ очистился. Въ остальномъ никакихъ перемѣн. Темп. утромъ 37,8 —вечеромъ 36,6.

29 октября. На тѣлѣ появилась интенсивная скарлатинозная сыпь. Зѣвъ рѣзко гиперемированъ, отекает. Темп. утромъ 38,5 —вечеромъ 38,6.

31 октября. Гиперемія въ зѣвъ по прежнему. Сыпь на туловищѣ и конечностяхъ еще держится. Моча чиста. Темп. утромъ 38,0 —вечер. 38,8.

2 ноября. Сыпь блѣднѣе. Краснота въ зѣвъ почти исчезла. Темп. утромъ 36,5 —вечеромъ 37,8.

3 ноября. Сыпь почти исчезла. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утромъ 37,0 —вечеромъ 38,7.

4 ноября. Сыпь исчезла. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утромъ 37,7 —вечеромъ 38,6.

6 ноября. Шелушеніе. Краснота въ зѣвъ исчезла. Гипостеченіе изъ обоихъ ушей. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утромъ 37,0 —вечеромъ 37,5.

8 ноября. Шелушеніе продолжается. Стулъ 2 раза. Въ остальномъ все безъ измѣненія. Темп. утромъ 37,0 —вечеромъ 37,4.

15 ноября. Шелушеніе довольно обильное. Гипостеченіе изъ ушей. Припуханіе лимфатическихъ шейныхъ железъ. Темп. утромъ 37,0 —вечер. 37,5.

22 ноября. Стomatитъ. Течь изъ ушей уменьшилась. Въ легкихъ, особенно въ лѣвомъ, прослушиваются мѣстами хрипы. Моча чиста. Стулъ съ слизи. Темп. утромъ 38,0 —вечеромъ 37,5.

26 ноября. Явленія тѣ же. Общее состояніе улучшается. Темп. утромъ 37,0 —вечеромъ 37,0.

28 ноября. Явленія stomатита держатся. Рѣзко выраженный цианозъ лица. Тоны сердца глуховаты. Пульсъ учащенъ. Моча чиста. Темп. утромъ 39,0 —вечеромъ 38,5.

1 декабря. Состояніе большой рѣзко ухудшилось. Течь изъ ушей обильна. Тоны сердца глухи. Пульсъ учащенъ. Въ легкихъ притупленіе перкуторнаго тона. Темп. утромъ 39,8 —вечеромъ 39,0.

2 декабря. Нѣсколько разъ была рвота. Тоны сердца глухи. Ребенокъ очень слабъ. Пульсъ едва прослушивается. Течь изъ ушей продолжается. Темп. утромъ 40,0 —вечеромъ 38,3.

6 декабря. Въ обоихъ легкихъ слышишь ниже лопатки, бронхиальное дыханіе и притупленіе перкуторнаго тона. Въ мочѣ бѣлокъ. Тоны сердца глухи. Общее состояніе весьма тяжелое. Темп. утромъ 38,0 —вечер. 39,6.

7 декабря. Явления те же. Ребенок очень слаб. Темп. утром 38,4—вечером 38,0.

8 декабря. Рвота 3 раза. Стул жидкий, 3 раза. В легких явления те же. Тоны сердца глухи. Пульс слабый и наполнения еле ощутим. Темп. утром 38,0—вечером 38,9.

9 декабря. Рвота продолжается. В остальных явлениях те же. Темп. утром 38,9—вечером 38,9.

10 декабря. Ребенок крайне слаб. Пульс еле ощутим. Цианоз лица и конечностей. Общее состояние крайне неудовлетворительно. Темп. утром 38,0—вечером 38,6.

11 декабря. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Pleuritis fibrinosa dextra et sinistra. Nephritis parenchymatosa. Otitis media ichoroso-purulenta dextra et sinistra. Lery meningitis purulenta ad convexitatem cerebri haemisphaerae utriusque. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis.

Макроскопическая картина печени.

Печень с гладкой капсулой и реберными вдавлениями на поверхности правой доли. Паренхима печени желтоватого цвета с сыворотчатым оттенком, с салынмъ блеском на разрывѣхъ. Границы долекъ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 440 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество свѣтлой, тягучей, слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки съ неясными границами, рѣзко набухши. Протоплазма ихъ мало зерниста. Ядра слабо окрашиваются и то лишь по своей периферіи. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ кѣтокъ видны мелкія капельки жира, преимущественно въ кѣткахъ, лежащихъ по периферіи дольки. Капилляры между рядами печеночныхъ кѣтокъ сдавлены. Соединительная ткань портальныхъ пространствъ, вмѣющихъ довольно неправильную звѣздообразную форму, представляется разросшейся и слабо инфильтрированной круглыми и верете-

нообразными кѣточными элементами и глубоко проникаетъ въ промежутки между отдѣльными дольками, которыя вслѣдствие этого представляются ясно очерченными. Мѣстами соединительная ткань портальныхъ пространствъ заходитъ и вглубь долекъ въ видѣ отдѣльныхъ волоконъ, причѣмъ охватываетъ вѣсколыо печеночныхъ кѣтокъ и какъ бы отшнуровываетъ ихъ. Подобныя кѣтки, окруженныя соединительною тканью, представляются сдавленными и атрофированными. Сосуды, заложенныя въ соединительной ткани междольковыхъ пространствъ, выполненныя форменными элементами крови и въ окружности ихъ замѣчается не рѣзко выраженная инфильтрація кѣточными элементами. Желчные каналы, видимыя въ портальныхъ пространствахъ, въ вѣсколыо болшемъ числѣ чѣмъ нормально. Выстилающій ихъ кубическій эпителий представляется мѣстами набухшимъ, вслѣдствие чего просвѣтъ ихъ суженъ и имѣетъ неправильную форму. Центральная вена расширена, выполнена форменными элементами крови, а въ окружности ея небольшое разрастаніе соединительной ткани и слабая инфильтрація кѣточными элементами.

№ 25.

Илларионъ А. 3 лѣтъ. Смерть на 34-й день отъ начала дифтеріи, къ которой на 9-ый день присоединилась скарлатина. Diphtheritis faucium + Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Ребенокъ удовлетворительнаго питанія, правильнаго тѣлосложенія болѣе, по словамъ родителей, 3-й день. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота, а на гиперемизированныхъ и отечныхъ миндалинахъ небольшіе, фибринозные налеты. Шейныя и подчелюстныя лимфатическія железы слегка увеличены. Дыханіе въ легкихъ везикулярно. Тоны сердца умѣренной силы. Темп. веч. 38,1.

24 октября. Въ зѣвѣ явления те же. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утр. 37,6—веч. 38,0.

25 октября. Въ зѣвѣ остатки налетовъ. Въ остальномъ явленія те же. Темп. утр. 38,0—веч. 39,2.

26 октября. Въ зѣвѣ рѣзкая гиперемія и отечность. Налеты въ зѣвѣ. Тоны сердца глуховаты. Шейныя железы рѣзко припухши. Темп. утр. 39,0—веч. 37,3.

29 октября. Живь слегка гиперемирована. На тѣлѣ появилась скарлатиозная сыпь. Шейные железы рѣзко припухли. Темп. утр. 39,0—веч. 37,3.

31 октября. Сыпь на тѣлѣ по прежнему. Нагноение шейных лимфатических железъ съ лѣвой стороны. Железа вскрыта. Отдѣленіе гноя. Темп. у. и веч. 38,0.

1 ноября. Сыпь на тѣлѣ исчезла; въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утр. 38,0—веч. 37,5.

3 ноября. Изъ раны выделяется небольшое количество гноя. Мочи мало; въ ней небольшое количество бѣлку. Темп. утр. 38,0—вечер. 37,5.

5 ноября. Рава очистилась. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. и веч. 38,0.

7 ноября. Шелушение. Гноетечение изъ ушей. Рѣзкое припухание шейныхъ и подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ съ правой стороны. Темп. 37,8—веч. 38,0.

8 ноября. Фагуктація шейной железы съ правой стороны. Железа вскрыта. Изъ раны выдѣлилось небольшое количество гноя. Темп. утр. 37,5—веч. 37,1.

9 ноября. Выдѣленіе изъ раны незначительно. Течь изъ ушей продолжается. Въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утр. 37,0; веч. 38,0.

11 ноября. Бѣлокъ въ мочѣ держится. Мочи мало. Темп. утр. 37,4—веч. 37,5.

16 ноября. Шелушение довольно обильное. Языкъ сухой, обложенный. Параличъ мягкого неба. Обильное гноетечение изъ ушей. Стулъ съ слизи. Темп. утр. 38,8—веч. 39,0.

17 ноября. Въ лѣвомъ легкомъ слыши по аксиллярной линіи кинзу прослушивается бронхиальное дыханіе и влажные хрипы въ небольшомъ количествѣ. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. 39,1—веч. 39,0.

18 ноября. Въ легкихъ явленія тѣ же. Тоны сердца глуховаты. Общее состояніе тяжелое. Темп. утр. 38,5; веч. 38,7.

19 ноября. Въ лѣвомъ легкомъ бронхиальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Тоны сердца глухи. Ребенокъ очень слабъ. Пульсъ едва прощупывается. Течь изъ ушей продолжается. Темп. утр. 38,6; веч. 38,7.

20 ноября. Явленія тѣ же. Ребенокъ очень слабъ. Темп. утр. 38,5; веч. 37,6.

21 ноября. Въ легкихъ явленія тѣ же. Пульсъ слабого наполненія, учащенный. Темп. утр. 37,8; веч. 37,2.

22 ноября. Ребенокъ крайне слабъ. Пульсъ еле прощупывается. Общее состояніе очень тяжелое. Темп. утр. 37,6; веч. 37,8.

23 ноября. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pneumonia lobaris sinistra. Pleuritis fibrinosa sinistra. Otitis media suppurativa dextra et sinistra. Nephritis parenchymatosa chronica. Hypertrophia cordis ventriculi sinistri gradus levioris. Nepar moschstum gradus levioris. Lymphadenitis colli suppurativa.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, мускатная въ умѣренной степени. Границы долекъ на разрѣзѣ не ясны. Вѣсъ печени 630 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 15 кб. цм. тягучей, зеленовато-желтой, слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Печеночныя кѣтки неправильной формы, набухши, съ не ясными контурами. Протоплазма и ядра ихъ окрашиваются слабѣе нормальнаго. На препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, протоплазма въ некоторыхъ кѣткахъ представляется выподненной довольно крупными жировыми каплями, отбѣсляющими ядро въ сторону. Такія выподненные жировыми каплями кѣтки располагаются главнымъ образомъ по периферіи долекъ и особенно рѣзко выступаютъ въ мѣстахъ соприкосновенія отдѣльныхъ долекъ между собою. Въ окрестности центральной вены кѣтки съ жировыми капельками встрѣчаются лишь въ видѣ отдѣльныхъ экземпляровъ. Печеночныя капилляры нѣсколько расширены, образуя по мѣстамъ бухтообразные выступы, густо выподненные форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ имѣетъ характеръ довольно плотной волокнистой соединительной ткани, окутывающей довольно толстыми дугами заложенные здѣсь сосуды, просвѣтъ которыхъ вплотную набитъ форменными элементами крови; въ некоторыхъ сосудахъ замѣчается набуханіе и разрастаніе эндотелия. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ отпускаетъ отъ себя въ некоторыхъ мѣстахъ довольно толстые соединительно-тканые пучки, слабо проникающіе въ промежутки между отдѣльными долями и придающіе послѣднимъ видъ ограниченныхъ островковъ. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ, а также и въ ткани, окружающей центральную вену — не рѣзко выраженная инфильтрація круглокѣлочными элементами. Встрѣчающіеся въ порталныхъ пространствахъ желчные каналцы увеличены въ числѣ и выполнены желтоватой гомо-

геной массой, а выстилающей их внутреннюю поверхность эпителий съ мутной, набухшей протоплазмой.

№ 26.

Екатерина Н. 11 мѣс. Смерть на 22-й день отъ начала дифтерии, къ которой на 7-й день присоединилась скарлатина. Diphtheritis faucium septica + Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Средне умтанная дѣвочка нормальнаго тѣлосложенія больна, по словамъ родителей, 3-й день. Доставлена въ больницу 12 октября 1900 г. Зѣвъ рѣзко гиперемированъ. На задней его стѣнѣ и на обѣихъ миндалинахъ большіе стровато-грязные налеты. Шейная лимфатическая железа припухла и окружающая ихъ кѣлочка отека. Дыханіе въ легкихъ везикулярное. Тоны сердца учащены, ослаблены. Пульсъ ускоренъ. Темп. утр. 38,6; веч. 38,8.

13 октября. Явленія въ зѣвѣ тѣ же. Вылака въ мочѣ нѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утр. 38,0—веч. 37,7.

14 октября. Въ зѣвѣ налеты уменьшились. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. 38,4—веч. 39,2.

15 октября. Зѣвъ очистился. Въ остальномъ безъ переменъ. Темп. утр. 39,0—веч. 39,4.

16 октября. На тѣлѣ появилась интенсивная скарлатиновая сыпь. Зѣвъ слегка гиперемированъ. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. 39,0 веч. 38,8.

17 октября. Явленія тѣ же. Темп. утр. 38,2—веч. 40,0.

20 октября. Сыпь на тѣлѣ значительно блѣднѣетъ. Краснота въ зѣвѣ слабеет. Темп. утр. 38,0—веч. 38,5.

22 октября. Сыпь почти исчезла. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. утр. 38,6—веч. 39,5.

23 октября. Сыпь исчезла. Припухание подчелюстныхъ железъ. Темп. утр. 39,0—веч. 40,0.

24 октября. Припухлость железъ по прежнему. Обильное потоотеченіе изъ обонхъ ушей. Темп. утр. 39,0—веч. 40,0.

26 октября. Припухание железъ не уменьшается. Потоотеченіе изъ ушей чрезвычайно обильное. Тоны сердца глуховаты. Явленія бронхита. Темп. утр. 40,2—веч. 39,5.

29 октября. На предплечьяхъ и голенахъ септическая сыпь. Въ мочѣ бѣлокъ. Общее состояніе крайне тяжелое. Темп. утр. 39,0—веч. 40,5.

30 октября. Септическая сыпь распространена по всему тѣлу. Тоны сердца глухи, учащены, аритмичны. Пульсъ частый, слабого наполненія. Темп. утр. 40,0—веч. 39,7.

31 октября. Въ явленія по прежнему. Общее состояніе ухудшилось. Къ вечеру—смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum, parenchymatosa et adiposa hepatis. Otitis media purulenta dextra et sinistra. Lymphadenitis colli suppurativa.

Макроскопическая картина печени.

Печень темно-краснаго цвѣта, съ желтовато-сѣрыми участками, чрезвычайно полнокровна. На разрѣзѣ границы долекъ неясны. Вѣсъ печени 320 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 10 куб. см. тягучей желтоватой слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени изъ волокнистой соединительной ткани, слегка набухша. Печеночныя кѣлѣтки въ состояніи рѣзкаго паренхиматознаго перерожденія. Протоплазма и ядра ихъ въ большей части кѣлѣтокъ совершенно не окрашиваются, а въ нѣкоторыхъ слабо воспринимаютъ окраску. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣлѣтки представляются выполненными мелкими жировыми капельками, особенно рѣзко замѣтными въ кѣлѣткахъ, расположенныхъ вокругъ центральной вены. Печеночныя капилляры между рядами кѣлѣтокъ, имѣющихъ самую разнообразную форму, рѣзко расширены и густо выполнены форменными элементами крови. Рѣзкое кровенаполненіе замѣчается и въ болѣе крупныхъ сосудахъ печени. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ густо инфильтрирована кѣлочными элементами, проникающими и въ щели между отдѣльными дольками, образуя по мѣстамъ довольно крупныя, ограниченныя скопленія кругло-кѣлочныхъ элементовъ. Желчные каналцы увеличены въ числѣ своихъ, просвѣтъ ихъ выполненъ однородной желтоватой массой. Эпителий, выстилающій ихъ внутреннюю поверхность съ мутной набухшей протоплазмой.

№ 27.

Василий Ч. 3 1/2 года. Смерть на 1-й день отъ начала дифтерит, къ которой на 6-й день присоединилась скарлатина. *Diphtheritis faucium et nasi + Scarlatina.*

Краткая исторія болѣзни.

Средне умный ребенокъ правящаго тѣлосложенія болѣнь, со словъ родителей, 2-й день. Въ больницу доставленъ 15-го сентября 1901 г. Зѣвъ рѣзко гиперемизованъ и отеченъ. На обѣихъ миндалинахъ и особенно на задней стѣнкѣ зѣва большіе сѣровато-желтые налеты. Шейныя лимфатическія железы припухши. Со стороны сердца и легкихъ ничего особеннаго не найдено. Изъ носу выделяется сѣровато-желтая жидкость. Темп. вечеромъ 37,8.

16 сентября. Всѣ явленія по прежнему. Темп. утр. 37,3—веч. 38,0.

19 сентября. Въ зѣвѣ остатки налетовъ. Въ остальномъ никакихъ измененийъ. Темп. утр. 38,0—веч. 38,3.

20 сентября. На туловищѣ и конечностяхъ мелкоочечная скарлатинная сыпь. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота и набухлость. На миндалинахъ, дужкахъ и язычкѣ сѣроватые налеты, распространяющіеся вверхъ и на твердое небо. Въ мочѣ значительное количество бѣзку. Темп. утр. 40,5—веч. 39,0.

21 сентября. Сыпь держится. Въ зѣвѣ явленія тѣ же. Тоны сердца угашены, пульсъ слабъ. Темп. утр. 39,9—веч. 39,7.

22 сентября. Сыпь на тѣлѣ приняла цианотическій оттѣнокъ. Тоны сердца глуховаты, слабы и угашены. Общее состояніе крайне неудовлетворительное. Темп. утр. 39,1—веч. 38,8.

23 сентября. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Diphtheria (pharyngitis ulcerosa gangraenosa). Scarlatina. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii et hepatis. Nephritis acuta.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ тонкой, пѣжной капсулой. Перенхима ея очень мягка. На разрѣзѣ пестровата съ желтыми участками, слабо кровенаполненія. Границы долекъ различаются съ трудомъ. Въсь печени 535 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 15 куб. см. жидкой, желтой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки весьма неправильной формы, съ неясными границами, мѣстами набухши. Протоплазма и ядра кѣтокъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску. На препаратахъ, обработанныхъ осмѣевой кислотой, печеночныя кѣтки почти во всѣхъ мѣстахъ представляются выполненными крупными и мелкими жировыми капельками. Печеночныя капилляры замѣтно расширены, выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ рѣзко инфильтрирована круглыми и веретенообразными кѣточными элементами, особенно въ окрестности заложенныхъ здѣсь сосудовъ. Крупные сосуды печени расширены, вилочную наполнены форменными элементами крови. Въ промежуткахъ между отдѣльными долями кругокѣточные элементы образуютъ ограниченныя скопленія самой разнообразной формы, особенно рѣзко замѣтны въ окрестности проходящихъ здѣсь сосудовъ. Кѣточные элементы эти располагаются здѣсь концентрическими кругами, замѣтно обезображивая ближайшія кѣтки смежныхъ долекъ. Такая же инфильтрація кругокѣточными элементами наблюдается и въ окрестности центральной вены, просвѣтъ которой представляется рѣзко увеличеннымъ и выполненнымъ форменными элементами крови.

Измѣненія въ печени у ребенка, погибшаго отъ скарлатины, осложнившейся дифтеріей.

№ 28.

Марія П. 1 г. 7 мѣс. Смерть на 14-й день отъ начала скарлатины, къ которой на 9-й день присоединилась дифтерія.

Scarlatina + Diphtheritis faucium.

Краткая история болѣзни.

Средне-улитанный ребенок, слабого тѣлосложенія болѣзь по словамъ родныхъ 2-й день. Доставлена въ больницу 21 декабря 1900 г. Тѣло открыто интензивно выраженною скарлатинозною сынью. Зѣвъ гиперемированъ. Тоны сердца ослаблены. Пульсъ учащенный. Въ легкихъ нормальное везикулярное дыханіе. Шейныя лимфатическія железы припухли, болѣзненны. Темп. 38,5.

22 декабря. Сыпь на тѣлѣ держится. Зѣвъ гиперемированъ. Точечные некрозы на миндалинахъ. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утромъ 38,8—веч. 38,8.

23 декабря. Явленія въ зѣвѣ тѣ же. Пульсъ учащенный. Стулъ 3 раза жидкій. Темп. утромъ 39,5—веч. 39,5.

24 декабря. Ребенокъ слабѣе. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. 39,0—веч. 39,2.

25 декабря. Сыпь блѣднѣетъ. Стулъ 4 раза. Въ остальномъ явленія тѣ же. Темп. утр. 38,8—веч. 39,6.

26 декабря. Сыпь на тѣлѣ исчезла. Ребенокъ замѣтно слабѣетъ. Темп. утромъ 39,0—веч. 38,8.

28 декабря. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота съ сѣровато-желтыми налетами. Шейныя лимфатическія железы замѣтно припухли. Тоны сердца глухи. Пульсъ учащенъ. Ребенокъ дышитъ плохо. Общее состояніе тяжелое. Темп. утр. 38,8—веч. 38,9.

29 декабря. Явленія тѣ же. Темп. утр. 38,8—веч. 38,9.

30 декабря. Ребенокъ крайне слабѣе. Изъ ушей обильное истеченіе гноя. Темп. утр. 38,8—веч. 34,8.

31 декабря. Гиперемія въ зѣвѣ держится. Гноетеченіе изъ ушей. Лицо нѣсколько отчетно. Пульсъ слабый. Тоны сердца глухи. Въ мочѣ бѣлокъ. Темп. утр. 38,3—веч. 39,0.

1 января. Пульсъ еле прощупывается. Общее состояніе очень тяжелое. Темп. утр. 39,0—веч. 38,5.

2 января. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Diphtheria. Pharyngitis ulcerosa gangraenosa scarlatinosa. Tracheitis et bronchitis catarrhalis. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Otitis media dextra et sinistra.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, съ рѣзко выраженнымъ паренхиматознымъ и жировымъ перерожденіемъ. Вѣсъ ея 357 гр. Желчный пузырь растянутъ, напряженъ, наполненъ едва окрашеною въ желтоватый цвѣтъ слизью, съ трудомъ изъ него выдавливаемой.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя кѣтки съ мутной, набухшей протоплазмой, съ неясными границами. Ядра во многихъ кѣткахъ красятся слабо, а въ нѣкоторыхъ совершенно не воспринимаютъ окраски. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки представляются выполненными мелкими каплями жира, преимущественно по периферіи дольки. Печеночныя капилляры вълѣдствіе набуханія кѣтокъ представляются сдавленными. Въ порталныхъ пространствахъ рѣзка инфильтрація круглокѣлочными элементами, главнымъ образомъ въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ. Мѣстами замѣчается разрастаніе соединительно-тканыхъ кѣтокъ по периферіи вглубь, вытѣсняющихъ одиночныя печеночныя кѣтки, которыя представляются уменьшенными и атрофированными. Въ окружности центральной вены не рѣзко выраженная инфильтрація круглокѣлочными элементами. Круглокѣлочные элементы въ нѣкоторыхъ мѣстахъ между отдѣльными дольками представляются въ довольно значительномъ количествѣ, образуя ограниченныя, неправильной формы скопленія и распространяются на окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ, просвѣтъ которыхъ выполненъ форменными элементами крови. Число желчныхъ капальцевъ нѣсколько увеличено. Выстилающей ихъ внутреннюю поверхность эпителий съ мутной набухшей протоплазмой; въ просвѣтѣ ихъ однородная желтоватая масса.

Измѣненія въ печени у дѣтей, погибшихъ отъ кори съ послѣдующей дифтеріей.

№ 29.

Сергѣй Л. 5 лѣтъ Смерть на 10-й день отъ начала заболевания.

Morbilli + Diphtheritis faucium et laryngis.

Краткая история болѣзни.

Мальчик средняго тѣлосложенія и питанія боленъ, по словамъ родителей, съ недѣлю. Въ больницу поступилъ 18 сентября 1900 г. съ явленіями кори.

19 сентября. На туловищѣ и лицѣ слѣды коревой сыпи. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота и сѣровато-бѣлые налеты на язычкѣ, миндалинахъ и на задней стѣнкѣ зѣва. Дыханіе стенотическое съ втяженіемъ реберныхъ дугъ. Общее состояніе крайне плохое. Интубація; но и съ трубой дышитъ неудовлетворительно.

20 сентября въ 3 часа ночи смерть.

Diagnosis anatomica.

Morbilli. Laryngitis crouposa. Soor pharyngis et oesophagi. Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra symptomatica.

Макроскопическая картина печени.

Печень желтовато-краснаго цвѣта, весьма полнокровна. На выпуклой поверхности лѣвой доли, посрединѣ, клиновидный фокусъ блѣдно-желтаго цвѣта съ рѣзкими границами и съ диаметромъ на поверхности немного больше 1 цтм. Вѣсъ печени 340 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество блѣдно-желтой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени нѣсколько утолщена. Заложенные въ ней сосуды расширены, выполнены форменными элементами крови. Въ окружности ихъ замѣтна инфильтрація круглоклеточными элементами. Печеночныя клеточки съ мутной протоплазмой, неясными границами. Ядро во многихъ клеткахъ очень слабо воспринимаетъ окраску и то лишь въ периферіи своей. Въ нѣкоторыхъ клеткахъ ядеръ совершенно не видно, а протоплазма ихъ имѣетъ видъ неправильныхъ комочковъ. Печеночные капилляры рѣзко расширены, выполнены форменными элементами крови. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя клеточки представляются выполненными жировыми капельками, какъ по периферіи дольки, такъ и въ

окружности центральной вены. Портальные пространства имѣютъ видъ неправильныхъ звѣздчатыхъ фигуръ съ рѣзкимъ разрастаніемъ въ нихъ соединительной ткани и инфильтраціей круглыми и веретенообразными клеточными элементами. Соединительно-тканная клетка въ этихъ мѣстахъ посылаетъ отъ себя довольно замѣтные пучки, проникающіе въ щели между отдѣльными дольками, вслѣдствіе чего печеночныя дольки, прилегающія къ портальнымъ пространствамъ, а равно и дольки лежащія дальше представляются рѣзко обособленными другъ отъ друга. Крупные сосуды печени расширены и выполнены форменными элементами крови.

№ 30.

Александръ П. 1 г. 5 м. Смерть на 11-ый день отъ начала заболѣванія корью, къ которой за сутки до смерти присоединилась дифтерія.

Morbilli + Diphtheritis laryngis.

Краткая история болѣзни.

Очень слабая, плохо утанная дѣвочка рахитическаго тѣлосложенія прибыла въ больницу 12 сентября 1901 г. на 7-ой день болѣзни (по словамъ родныхъ). На кожѣ туловища и на конечностяхъ коревая сыпь. Дыханіе тяжелое. Сзади подъ и надъ лѣвой лопаткой бронхіальное дыханіе, крепитирующее хрипы. Также же хрипы и съ правой стороны подъ лопаткой. Перкуторный токъ тимпатичный. Пульсъ слабый, плохого наполненія. Темп. 38,5.

14 сентября. Сыпь держится. Явленія въ легкихъ тѣ же. Пульсъ слабый, учащенный. Темп. 37,6.

15 сентября. Сыпь блѣднѣе. Въ зѣвѣ незначительная краснота. Въ обонихъ легкихъ мелкіе субрепитирующіе хрипы. Проводимость въ легкихъ вѣзду ослаблена. Появился лающий кашель; голосъ сильный. Къ вечеру дыханіе стало рѣзко стенотическимъ. Потребовалась интубація. Съ трубой дышитъ неудовлетворительно.

16 сентября. Въ 5 час. утра смерть.

Diagnosis anatomica.

Morbilli. Diphtheria (laryngitis crouposa). Pneumonia catarrhalis dextra et sinistra. Rachitis gradus levioris.

Макроскопическая картина печени.

Печень мягка, на разрьѣѣ напоминает застойную мускатную печень. По мѣстам попадаются участки болѣе блѣднаго цвѣта. Вѣсъ печени 225 грм. Въ желчномъ пузырьѣ около 5 кб. цтм. темно-желтой слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдование.

Печеночныя кѣтки съ мутной протоплазмой, неясными границами. Ядра въ большинствѣ кѣтокъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску. Лишь мѣстами видны кѣтки, протоплазма и ядро которыхъ совершенно потеряли способность окрашиваться. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки представляются выполненными крупными и мелкими капельками жира, особенно рѣзко замѣтными въ кѣткахъ периферической части долекъ и, главнымъ образомъ, близъ порталныхъ пространствъ, вслѣдствие чего дольки эти представляются рѣзко очерченными. Въ нѣкоторыхъ долькахъ кѣтки съ жировыми капельками располагаются въ видѣ ограниченныхъ секторовъ, распространяясь до центральной вены. Печеночныя капилляры замѣтно расширены и выполнены форменными элементами крови. Въ порталныхъ пространствахъ рѣзко выраженная инфильтрація круглыми и веретенообразными кѣточными элементами, особенно рѣзко въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ, эндотелий которыхъ представляется набухшимъ, а расширенный просвѣтъ густо выполненъ форменными элементами крови. Соединительно-тканныя кѣтки проникаютъ изъ порталныхъ пространствъ въ щели между дольками и располагаются здѣсь въ видѣ довольно рѣзко очерченныхъ полосъ, окаймленныхъ печеночными кѣтками, протоплазма которыхъ замѣщена крупными каплями жира. Скопления кѣточныхъ элементовъ наблюдаются и въ промежуткахъ между отдельными дольками и располагаются особенно густо въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ. Желчные каналцы нѣсколько увеличены въ числѣ. Просвѣтъ ихъ суженъ, вслѣдствие набухания выстилающаго ихъ внутреннюю поверхность эпителия.

Измѣненія въ печени у ребенка, погибшаго отъ кори съ послѣдующей скарлатиной.

№ 31.

Анна Н. 11 мѣс. Смерть на 16-ый день болѣзни (Morbilli), къ которой за 2 дня до смерти присоединилась скарлатина. Morbilli + Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни.

Дѣвочка, хворавшая, со словъ родителей, уже 3 дня, прибыла въ больницу въ терапевтическое отдѣленіе, гдѣ лихорадила 4 дня, пока на 5-ый день пребыванія въ больнице, 3 ноября, не появилась на лицѣ и груди ея коревая сыпь, насморкъ и конъюнктивитъ. Въ зѣбѣ краснота и набухлость, характерная высылка на твердомъ небѣ. Въ легкихъ сухіе и свистящія хрипы. Выѣла въ мочѣ иѣтъ. Темп. утр. 38,3—веч. 39,4.

4 ноября. Темп. утр. 37,8—веч. 39,1.

7 ноября. Сыпь блѣднѣетъ, въ зѣбѣ краснота и набухлость держатся. Въ легкихъ повсюду, особенно въ нижнихъ частяхъ, мелкопузырчатые хрипы. Темп. утр. 37,9—веч. 38,4.

11 ноября. Сзади, какъ справа, такъ и слева, ниже лопатокъ, крепитирующие хрипы. Незначительное притупленіе перкуторнаго тона. Темп. утр. 38,0 веч. 40,3.

14 ноября. Въ легкихъ явленія тѣ же. На тѣлѣ появилась скарлатинозная сыпь; зѣбъ рѣзко гиперемизованъ, отеченъ, на миндалинахъ небольшія помутнѣнія. Темп. утр. 37,0—веч. 40,3.

16 ноября. На шеѣ, туловищѣ и конечностяхъ скарлатинозная сыпь; въ зѣбѣ незначительная гиперемія. Общее состояніе крайне тяжелое. Въ легкихъ явленія тѣ же. Тоны сердца глухи, учащены. Пульсъ нитевидный. Темп. у. 39,5—веч. 39,0.

17 ноября. Смерть.

Diagnosis anatomica.

Scarlatina. Pneumonia catarrhalis lobi superioris pulmonis dextri. Degeneratio parenchymatosa hepatis et myocardii. Laryngitis tracheitis et bronchitis catarrhalis acuta.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ гладкой капсулой, темно-краснаго цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ, на разрьѣѣ чрезвычайно полнокровна.

Границы долек различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 250 грм. Въ желчномъ пузырьѣ незначительное количество темно-желтой, слизистой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени слегка утолщена. Печеночныя кѣтки съ мутной протоплазмой, неясными границами. Форма ихъ самая разнообразная. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, печеночныя кѣтки представляются выполненными крупными и мелкими жировыми капельками, преимущественно въ окрестности центральной вены, а въ нѣкоторыхъ доляхъ и по периферіи, въ видѣ ограниченныхъ фокусовъ. Ядра печеночныхъ кѣтокъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску, и только въ нѣкоторыхъ доляхъ попадаются довольно обширные участки кѣтокъ, протоплазма и ядро которыхъ совершенно утратили способность окрашиваться. Капилляры между рядами печеночныхъ кѣтокъ сильно расширены, образуя мѣстами бухтообразныя выступы. Просвѣтъ ихъ выполненъ форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ представляется разросшей, густо инфильтрирована круглыми и веретенообразными кѣточными элементами, особенно въ окрестности проходящихъ здѣсь сосудовъ, въ просвѣтъ которыхъ масса форменныхъ элементовъ крови. Въ просвѣтъ нѣкоторыхъ сосудовъ замѣтна пролиферация эндотелія. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ даетъ отъ себя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ тонкіе пучки волоконъ, проникающія въ щели между отдѣльными долями и инфильтрированныя круглокѣточными элементами. Просвѣтъ центральной вены расширенъ, выполненъ форменными элементами крови, въ окрестности ея незначительная инфильтрація круглокѣточными элементами.

Измѣненія въ печени у ребенка, погибшаго отъ кори, присоединившейся къ коклюшу.

№ 32.

Василій Ф. 1 года. Смерть на 4-й день отъ появленія кори.

Tussis convulsiva + *Morbilli*.

Краткая исторія болѣзни.

Хорошо убитанный и развитый мальчикъ съ удовлетворительно развитой мускулатурой и подкожными жировыми слоеми поступилъ въ больницу 18 марта 1901 г. Вышніе покровы блѣдны. Сыни на тѣлѣ нѣтъ. Мягкости лямбдоочной кости нѣтъ, а также нѣтъ и признаковъ рахита. Языкъ слегка обложенъ, зѣвъ блѣденъ. Ребенокъ нѣрѣдка покашливаетъ легкими коклюшными приступами. Перкуторный тонъ легкихъ всюду нормаленъ. При выслушиваніи попадаютъ въ незначительномъ количествѣ катарральныя хрипы въ лѣвомъ легкомъ, ниже лопатки. Животъ мягкій; селезенка и печень не увеличены. Испражнения одинъ разъ, нормальны. Тоны сердца чисты. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. 36,8.

21 марта. Приступы коклюшного кашля часто повторяются. Въ обоихъ легкихъ слышны хрипы. Стулъ 2 раза, жидкій. Темп. утр. 36,3—веч. 37,4.

25 марта. Кашель меньше. Приглушеніе перкуторнаго тона въ нижней долѣ лѣваго легкаго и рѣзкое бронхиальное дыханіе съ примѣсомъ крепитирующихъ хриповъ. Темп. утр. 36,7—веч. 36,8.

30 марта. Коклюшные приступы рѣже. Подъ лѣвой лопаткой, впереди до аксиллярной линіи, приглушеніе перкуторнаго тона съ тимпаническимъ оттѣнкомъ. Рѣзкое бронхиальное дыханіе и субкрепитирующіе хрипы прослушиваются въ области лѣвой лопатки. Въ зѣвѣ разнотная краснота и энантема. Насморкъ. Глаза гнойны. Темп. утр. 37,0—веч. 38,1.

31 марта. На головѣ, шеѣ, туловищѣ и бедрахъ ярыя коревая сыпь. Явления пневмоніи держатся. Темп. утр. 38,7—веч. 39,5.

1 апрѣля. Явления пневмоніи усилились. Дыханіе тяжелое, довольно поверхностное. Темп. утр. 38,7—веч. 39,5.

2 апрѣля смерть.

Diagnosis anatomica.

Pleuro-pneumonia lobi inferioris sinistra. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Hyperplasia acuta lienis gradus levioris. Morbilli.

Макроскопическая картина печени.

Печень съ тонкой, нѣжной капсулой, изъ подъ которой просвѣчиваютъ небольшія территоріи желтоватаго цвѣта. Ткань печени однороднаго сѣровато-краснаго цвѣта съ фиолетовымъ оттѣнкомъ, полнокровна. Границы долекъ различаются съ трудомъ. Вѣсъ печени 335 гр. Въ желчномъ пузырьѣ около 10 куб. цтм. блѣдно-желтой, жидкой желчи.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Печеночныя кѣлѣтки съ мутной протоплазмой, рѣзко набухши, съ неясными границами. Ядра нѣкоторыхъ кѣлѣтокъ окрашиваются слабо, въ иныхъ вовсе не воспринимаютъ окраски. Окраска ядеръ болѣе рельефно выступаетъ по периферіи ихъ. На препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, печеночныя кѣлѣтки представляются выполненными мелкими и средней величины жировыми капельками, вслѣдствіе чего многія изъ печеночныхъ кѣлѣтокъ кажутся какъ бы оплывенными. Такія кѣлѣтки наблюдаются во всѣхъ почти печеночныхъ доляхъ и особенно рѣзко выступаютъ въ центральной части дольки, въ окружности центральной вены, гдѣ жировыя капельки имѣютъ наибольшую величину, а также и по периферіи дольки на мѣстахъ, примыкающихъ къ портальнымъ пространствамъ. Печеночные капилляры по мѣстамъ расширены и содержатъ въ себѣ форменные элементы крови. Портальныя пространства имѣютъ видъ неправильныхъ звѣздчатыхъ фигуръ съ замѣтнымъ разрастаніемъ въ нихъ соединительной ткани, которая представляется инфильтрированной круглыми и веретенообразными кѣлѣточными элементами и посылаетъ отъ себя лучи волоконъ въ щели между отдельными дольками. Вслѣдствіе этого печеночныя дольки, примыкающія къ портальнымъ пространствамъ, а равно и дольки дальне лежащія, представляются рѣзко обособленными другъ отъ друга. Число желчныхъ канальцевъ увеличено. Въ окружности центральной вены довольно замѣтна инфильтрація круглокѣлочными элементами. Просвѣтъ ея выполненъ форменными элементами крови. Просвѣтъ сосудовъ, заложенныхъ

въ портальныхъ пространствахъ, сжать разросшейся соединительной тканью.

Измѣненія въ печени у дѣтей, погибшихъ отъ гастро-энтерита.

№ 33.

Мальчикъ Иванъ А. 3 мѣс. 1 день. Ростъ 51 см. Вѣсъ тѣла 2700 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Bronchitis capillaris cum broncho-pneumonia lobularis acuta disseminata duplex. Emphysema interstitialia partiale duplex. Hepar adiposum. Atrophia universalis.

Печень глинистая, дряблая, малокровная, 95 гр. вѣсомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени слегка утолщена, слабо инфильтрирована круглыми и слегка вытянутыми кѣлѣточными элементами. Печеночныя кѣлѣтки съ довольно мутной протоплазмой. Нѣкоторыя изъ нихъ набухши, съ неясными границами. Ядра въ большей части кѣлѣтокъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску, хотя слабѣе нормальныхъ. На препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, протоплазма многихъ кѣлѣтокъ представляется выполненной крупными и мелкими капельками жира. Такія выполненныя жиромъ кѣлѣтки, видимыя въ каждой почти печеночной долькѣ, располагаются безъ особаго порядка и встрѣчаются какъ въ окружности центральной вены, такъ и по периферіи дольки, ближе къ портальнымъ пространствамъ. Печеночные капилляры расширены, образуютъ мѣстами колбовидныя вздутія, и выполнены форменными элементами крови. Въ окружности центральной вены замѣтна инфильтрація круглыми и веретенообразными кѣлѣточными элементами. Мѣстами круглокѣлѣчные элементы образуютъ огромныя скопленія, особенно замѣтныя между отдельными

дольками. В некоторых дольках печеночные перекладины пронизаны полосами, состоящими из круглых и вытянутых клеточных элементов, идущих от центральной вены по направлению к периферии дольки. Полосы эти, начинаясь от центральной вены, идут в расходящемся направлении и образуют в дольке как-бы обособленные секторы печеночных клеток. Соединительная ткань порталных пространств резко инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами и глубоко проникает в щели между отдельными дольками. Желчные канальцы, видимые в междольковых пространствах, встречаются в значительно большем числе, нежели нормально. Выстилающий их внутреннюю поверхность кубической эпителий — с набухшей протоплазмой, а просвет их выполнен желтоватой гомогенной массой.

№ 34.

Мальчик Павел П. 1 мѣс. 26 дней. Ростъ 46 см. Вѣсъ тѣла 2400 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Hepar adiposum. Oedema pulmonum. Anaemia et atrophia universalis maxima.

Печень малокровная, глинистая, 96 гр. вѣсомъ

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клетки съ мутной протоплазмой, нѣсколько набухши, съ неясными границами. Ядра во многихъ клеткахъ окрашены слабѣе нормальнаго, а нѣкоторыя изъ нихъ совсѣмъ потеряли способность окрашиваться. На препаратахъ, обработанныхъ осмѣевой кислотой, въ протоплазмѣ печеночныхъ клетокъ попадаются капельки жира, оттѣсняющія ядро клетокъ въ сторону. Печеночныя капилляры расширены; выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ, имѣющихъ видъ неправильныхъ звезд-

чатыхъ фигуръ, инфильтрирована круглоклеточными элементами, посылая отъ себя небольшие пучки вѣ щели между отдельными дольками. Крупные сосуды печени нѣсколько расширены и выполнены форменными элементами крови. Эндотелий ихъ представляется набухшимъ и нѣсколько разросшимся. Въ щеляхъ между отдельными печеночными дольками попадаютъ дуги молодой соединительной ткани, довольно ясно отграничивающіе дольки. Въ окрестности центральной вены, просветъ которой выполненъ свернувшейся кровью, незначительная инфильтрація круглоклеточными элементами. Число желчныхъ канальцевъ, видимыхъ въ порталныхъ пространствахъ, нѣсколько увеличено. Просветъ ихъ нѣсколько суженъ слегка набухшимъ эпителиемъ, выстилающимъ ихъ внутреннюю поверхность, и выполненъ желтоватой гомогенной массой.

№ 35.

Мальчикъ Борисъ Б. 2 мѣс. 1 день. Ростъ 52 см. Вѣсъ тѣла 2800 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Atelectasis pulmonum partialis. Anhydraemia. Atrophia universalis congenita maxima.

Печень съ явлениями умѣренно застойной гиперемии и съ слабыми дегенеративными измѣненіями. Вѣсъ печени 83 гр.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клетки мутны, нѣсколько набухши, съ неясными границами. Ядра въ большей части клетокъ окрашиваются слабо, иныя вовсе не воспринимаетъ окраски. На препаратахъ, обработанныхъ осмѣевой кислотой, печеночныя клетки во всѣхъ почти долькахъ оказываются выполненными мелкими и крупными жировыми каплями, придающими клеткамъ самыя причудливыя формы и оттѣсняющими ихъ ядро въ сторону. Такія клетки наблюдаются одновременно какъ въ центрѣ, такъ и по периферии дольки, но при томъ лишь въ одномъ ея

сегментѣ. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ представляется разрошеяся и инфильтрированной круглоклеточными элементами, особенно въ окружности проходящихъ здѣсь сосудовъ, просвѣтъ которыхъ представляется рѣзко суженнымъ выполняющими ихъ форменными элементами крови, а также набухшимъ и пролиферирующимъ эндотелиемъ. Проходящія въ этихъ пространствахъ желчные каналцы встрѣчаются въ болѣе обильномъ числѣ, чѣмъ нормально. Выстилающій ихъ внутреннюю поверхность кубической эпителий съ мутной, набухшей протоплазмой, въ состояніи пролиферации. Среди пучковъ соединительной ткани, заложеной въ порталныхъ пространствахъ, попадаютъ ограниченныя небольшія, шаровидныя скопленія круглыхъ клеточекъ. Просвѣтъ центральной вены расширенъ и выполненъ форменными элементами крови. Въ окружности ея слабая инфильтрація круглоклеточными элементами.

№ 36.

Дѣвочка Ольга В. 3 мѣс. 26 дней. Ростъ 51 см. Вѣсъ тѣла 3500 гр.

Diagnosis anatomica.

Pneumonia catarrhalis acuta lobaris confluens totalis dextra et lobularis superior sinistra. Pleuritis exsudativa seroso-fibrinosa dextra. Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Hepar adiposum. Hypaemia passiva meningum et cerebri gravis et universalis. Otitis media suppurativa duplex. Conjunctivitis catarrhalis acuta.

Печень съ явленіями латисной гипереміи и слабой жировой инфильтраціи, 164 гр. вѣсомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени нѣсколько утолщена, замѣтно инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами. Печеночныя клетѣки съ мутной протоплазмой, нѣсколько набухши и съ неясными гранулами. Ядра во многихъ клеткахъ окрашиваются слабѣе нормальнаго, а въ нѣкоторыхъ изъ нихъ совершенно не воспринимаютъ окраски.

На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ печеночныхъ клеточекъ видны небольшія капельки жира, преимущественно въ клеткахъ, расположенныхъ въ окружности центральной вены. Печеночныя капилляры сжаты и выполнены форменными элементами крови. Въ окружности центральной вены незначительная инфильтрація круглоклеточными элементами. Въ соединительной ткани порталныхъ пространствъ рѣзкая инфильтрація клеточными элементами, особенно въ окружности сосудовъ, эндотелий которыхъ въ состояніи набухания и пролиферации. Въ щеляхъ между отдѣльными дольками попадаютъ огромныя скопленія круглоклеточныхъ элементовъ самой разнообразной и неправильной формы. Крупные сосуды печени слегка расширены, выполнены форменными элементами крови; въ окружности ихъ замѣтная инфильтрація круглоклеточными элементами.

№ 37.

Дѣвочка Антонина И. 3 мѣс. 14 дней. Ростъ 55 см. Вѣсъ тѣла 2450 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Anhydraemia. Hypostasis pulmonum. Otitis media purulenta perforativa duplex. Cyanosis meningum et cerebri cum oedema piae matris. Hepar adiposum. Atrophia universalis gravis.

Печень глинистая, малокровная, 105 гр. вѣсомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени слегка утолщена. Печеночныя клетѣки съ неясными гранулами, мутной протоплазмой, мѣстами сильно набухши. Ядра печеночныхъ клеточекъ окрашиваются слабѣе нормальнаго, а въ нѣкоторыхъ клеткахъ совсѣмъ не окрашиваются. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ печеночныхъ клеткахъ замѣняются крупныя и мелкія жировыя капельки, разбѣяныя по всей долькѣ какъ по периферіи, такъ и въ окружности центральной вены безъ

всякого порядка. Соединительная ткань порталных пространств резко инфильтрирована клеточными элементами, особенно в окружности проходящих здесь сосудов, просвет которых представляется расширенным и густо заполненным форменными элементами крови. Видимы в порталных пространствах желчные каналы увеличены в числѣ. Выстилающей их внутренней поверхностью цилиндрической эпителии представляется нѣсколько набухших. Промежутки между отдельными долями мѣстами выполнены незначительными скоплениями круглоклеточных элементов. Крупные сосуды печени расширены, выполнены форменными элементами крови. В окружности их незначительная инфильтрация круглоклеточными элементами.

№ 38.

Мальчик Иванъ А. 1 мѣс. 20 дней. Ростъ 51 см. Вѣсъ тѣла 2300 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Bronchitis diffusa. Bronchopneumonia lobularis acuta duplex. Anhydraemia. Cyanosis meningum cerebri et universalis. Otitis media purulenta duplex. Atrophia universalis maxima. Haemorrhagiae multiplices cutis.

Печень съ явлениями застойной гиперемии и жировой инфильтрации, вѣсомъ 86 гр.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клетки съ неясными границами, мутной протоплазмой. Ядра печеночныхъ клетокъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску. Въ нѣкоторыхъ клеткахъ окраска ядеръ выражена слабѣе, а мѣстами совершенно отсутствуетъ. На препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, печеночныя клетки представляются выполненными крупными и мелкими каплями жира, разсыянными по всей долькѣ, особенно же резко въ мѣстахъ, прилегающихъ къ порталнымъ пространствамъ.

Печеночные капилляры замѣтно расширены, выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ, имѣющихъ неправильную звѣздообразную форму, замѣтно инфильтрирована круглоклеточными элементами, которые въ нѣкоторыхъ мѣстахъ продолжались дальше проникаютъ вглубь между отдельными долями, принимающими вслѣдствіе этого видъ резко обособленныхъ островковъ. Инфильтрація круглоклеточными элементами замѣчается и въ окружности центральной вены, а также въ окружности крупныхъ сосудовъ, просветъ которыхъ сильно расширенъ и выполненъ форменными элементами крови.

№ 39.

Дѣвочка Феодосія А. 16 дней. Ростъ 42 см. Вѣсъ тѣла 1650 гр.

Diagnosis anatomica.

Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Icterus catarrhalis. Cyanosis communis. Oedema pulmonum. Atrophia universalis congenita.

Печень нормальной плотности съ картиной венозного застоя, 93 гр. вѣсомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени безъ особыхъ измѣненій. Печеночныя клетки съ мутной протоплазмой, не ясными границами. Ядра ихъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску. Мѣстами печеночныя клетки резко измѣнены. Ядро въ нихъ не видно, а тѣло клетки представляется слабо диффузно окрашеннымъ. На препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, печеночныя клетки представляются резко инфильтрированными крупными и мелкими жировыми капельками, разсыянными по всей долькѣ безъ особаго порядка и особенно рельефно выступающими по периферіи дольки, въ видѣ довольно густой черной каймы. Печеночные капилляры резко расширены и выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ резко инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами, осо-

бенно резко выступающими по окружности заложенных здесь сосудов, в просвете которых масса форменных элементов, а также и жировых капелек. Эпителий желчных канальцев в состоянии резкого набухания, вследствие чего просвет канальца принимает фестончатый вид. В окрестности центральной вены, просвет которой вдовольно выполнен форменными элементами крови, довольно обильная инфильтрация круглоклеточными элементами. Крупные сосуды печени расширены, выполнены форменными элементами крови и в окрестности их замечается также довольно ясно выраженная инфильтрация клеточными элементами.

№ 40.

Мальчик Марк И. 3 мѣс. 22 дня. Ростъ 52 см. Вѣсъ тела 3100 гр.

Diagnosis anatomica.

Pneumonia catarrhalis acuta lobaris dextra et partialis sinistra. Pleuritis exsudativa seroso-fibrinosa dextra. Rhinitis et angina fibrinosa diphtheritica. Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Cyanosis communis. Oedema piae matris et pulmonum. Lymphadenitis colli purulenta sinistra. Atrophia universalis.

Печень съ явлениями пассивной гиперемии безъ видимыхъ дегенеративныхъ измѣненій, 169 гр. вѣсомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула печени слегка утолщена. Печеночныя клетки съ мутной протоплазмой и неясными границами. Ядра ихъ еще довольно хорошо воспринимаютъ окраску, нѣсколько слабѣе, впрочемъ, чѣмъ нормально. На препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, въ протоплазмѣ клетокъ попадаются въ незначительномъ количествѣ мелкія жировыя капельки, видимыя въ окрестности центральной вены. Печеночныя капилляры резко расширены, выполнены форменными элементами крови. Соединительная ткань порталныхъ пространствъ резко инфильтрирована круглыми и веретенообразными клеточными элементами; особенно резко въ окрестности заложен-

ныхъ здѣсь сосудовъ, просветъ которыхъ нѣсколько расширенъ, а эндотелій пролиферируетъ. Эпителий желчныхъ канальцевъ представляется замѣтно набухшимъ, вследствие чего просветъ ихъ неправильную фестончатую форму. Въ окрестности центральной вены инфильтрація клеточными элементами также представляется довольно ясно выраженной. Просветъ этой вены слегка расширенъ и выполненъ форменными элементами крови. Крупные сосуды печени расширены. Въ окрестности ихъ незначительная инфильтрація клеточными элементами, въ просветѣ ихъ масса форменныхъ элементовъ крови.

Изложенныя нами данныя макро и микроскопическаго изслѣдованія печени указываютъ на то, что во всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ печень представлялась измѣненной. Макроскопическія измѣненія печени состояли въ увеличеніи ея объема, довольно обильномъ кровенаполненіи, измѣненіи цвѣта и консистенціи ея. При микроскопическомъ изслѣдованіи клеточные элементы печени имѣли характеръ дегенеративныхъ измѣненій, которыя сказывались въ паренхиматозномъ и жировомъ перерожденіи клеточной протоплазмы. Паренхиматозныя измѣненія въ большей или меньшей степени наблюдались въ печени во всѣхъ случаяхъ и состояли въ мутномъ набуханіи клетокъ, слабомъ окрашиваніи ихъ ядра и въ отсутствіи ясныхъ границъ между клетками. Протоплазма ихъ была выполнена жировыми капельками самой разнообразной величины, при чемъ печеночныя клетки, сохранившія въ себѣ жировыя капельки, располагались въ дольки очень часто безъ всякаго порядка: онѣ встрѣчались какъ по периферіи ея, ближе къ мѣстамъ, примыкающимъ къ порталнымъ пространствамъ, такъ и въ окрестности центральной вены. Нерѣдко, впрочемъ, на ряду съ долками съ обильнымъ количествомъ жировыхъ капелекъ встрѣчались дольки, въ которыхъ жировыя капельки совершенно отсутствовали, сами же клетки были паренхиматозно перерождены.

Одновременно съ измѣненіями въ клеточныхъ элементахъ наблюдались въ печени еще и измѣненія со стороны

сосудов и соединительной ткани. Печеночные капилляры, равно как и крупные сосуды печени представлялись большей частью резко расширенными, выполненными форменными элементами крови; эндотелий сосудов представлялся набухшим и пролиферирующим; в окрестности их всегда можно было констатировать довольно обильную инфильтрацию круглоклеточными элементами. Расширенные капилляры имели иногда неправильную форму с бухтообразными выступами и часто были на столько растянуты выполившей их кровью, что совершенно обезображивали заложенные между ними ряды печеночных клеток, превращая послѣднія въ узкія, неправильной формы полоски. Желчные каналы вѣтрѣчались почти всегда въ нѣсколько большемъ числѣ, чѣмъ нормально; выстилающій ихъ эпителий представлялся мѣстами отслоившимся и набухшимъ, вслѣдствіе чего просвѣтъ ихъ былъ суженъ и имѣлъ неправильную фестонобразную форму. Что же касается соединительной ткани, то измѣненія ея особенно резко выступали въ порталныхъ пространствахъ. Послѣднія очень часто представлялись увеличенными, имѣли неправильную, почасъ звѣздообразную форму. Соединительная ткань въ нихъ представлялась разросшейся и во всѣхъ почти безъ исключенія случаяхъ инфильтрированной круглыми и веретенообразными клеточными элементами. Круглоклеточная инфильтрація, исходной точкой которой служили большей частью названнаго пространства, нѣрѣдко распространялись и на промежутки между отдѣльными дольками; иногда клеточные элементы проникали и въ саму дольку, образуя неправильной формы скопления, состояща изъ одноядерныхъ лимфоцитовъ, къ которымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣшивались соединительно-тканнныя клѣтки самой разнообразной величины и формы.

Такимъ образомъ измѣненія въ печени со стороны соединительной ткани представляли собою картину разнито интереснаго гепатита, начинающа отъ болѣе легкихъ и свѣжыхъ формъ рассыянной мелкоклеточной инфильтраціи и кончая развитіемъ вплоть зрѣлой соединительной ткани. Началомъ воспалительнаго процесса служили порталныя пространства. Здѣсь прежде всего, повидимому, поражаются

сосуды, затѣмъ появляется мелкоклеточная инфильтрація, располагающаяся всегда вокругъ кровеносныхъ сосудовъ, а также и вокругъ желчныхъ канальцевъ, число которыхъ бываетъ увеличено и, наконецъ, при затяжныхъ формахъ инфильтраціи—волокнистая соединительная ткань. Диффузная инфильтрація круглоклеточными и веретенообразными элементами всей печеночной паренхимы съ обильнымъ образованіемъ волокнистой соединительной ткани обнаружена была нами въ случаяхъ съ послѣдовательной смѣшанной инфильтраціей, а именно въ тѣхъ случаяхъ скарлатины, которой предшествовала дифтерія (№ 24, № 25) или корь (№ 31), или же гдѣ скарлатина или корь осложнялись дифтеріей. (№ 29, № 30), гдѣ кромѣ того течение болѣзни было довольно продолжительное.

Группируя найденнаго нами измѣненія въ печени по болѣзнямъ, мы можемъ сказать, что болѣе интенсивныя измѣненія наблюдались при скарлатинѣ и кори въ особенности въ случаяхъ, въ которыхъ эти послѣднія осложнялись какой-нибудь другою инфильтраціей. Кромѣ измѣненій со стороны паренхимы и сосудовъ въ этихъ случаяхъ наблюдались еще рѣзкія интерстиціальныя измѣненія съ обильнымъ разрастаніемъ соединительной ткани. При дифтеріи преобладали измѣненія со стороны клеточныхъ элементовъ съ характеромъ жирового и паренхиматознаго перерожденія, рѣзкое расширение и кровенаполненіе капилляровъ и мелкоклеточная инфильтрація. Только въ четырехъ случаяхъ наблюдалось обильное и въ трехъ—слабое разрастаніе соединительной ткани. Что же касается измѣненій въ печени при гастроэнтеритахъ, то они выражались въ паренхиматозномъ перерожденіи и жировой инфильтраціи клеточныхъ элементовъ, гипереміи сосудовъ, довольно значительной инфильтраціи круглоклеточными элементами порталныхъ пространствъ, а также щелей между отдѣльными дольками, а въ 2-хъ случаяхъ наблюдалось еще довольно обильное разрастаніе соединительной ткани по периферіи долекъ.

Итакъ, въ изслѣдованныхъ нами случаяхъ мы наблюдали въ печени какъ паренхиматозныя, такъ и интерстиціальныя измѣненія, причемъ степень развитія ихъ была въ каждомъ данномъ случаѣ различна. Предшествуютъ ли клеточныя

измѣненія интерстиціальнымъ, или же, наоборотъ, интерстиціальныя появляются раньше, рѣшить окончательно на основаніи нашихъ изслѣдованій трудно. По всей вѣроятности, сосудистыя и околососудистыя измѣненія предшествуютъ измѣненіямъ въ кѣткахъ, такъ какъ они болѣею частью наблюдались еще тогда, когда кѣтки находились лишь въ состояніи мутнаго набуханія и ядра ихъ еще довольно хорошо воспринимали окраску. Какое бы ни былъ порядокъ развитія этихъ измѣненій въ печени, интерстиціальныя измѣненія все же выступаютъ на первый планъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они болѣе рѣзко выражены, они носятъ характеръ разлитого интерстиціального гепатита. Если ребенокъ остается въ живыхъ, измѣненія эти, повидимому, во многихъ случаяхъ постепенно исчезаютъ, но возможно также, что они остаются надолго и при извѣстныхъ условіяхъ являются въоцѣдствіи одной изъ первыхъ причинъ возникновенія дѣтскаго цирроза печени. И въ самомъ дѣлѣ клиническаго и патолого-анатомическаго изслѣдованія показываютъ, что инфекціонныя заболѣванія часто не проходятъ безслѣдно для организма: большой выдоравливаетъ, но въ организмѣ его остаются иногда слѣды перенесенной болѣзни въ видѣ паренхиматозныхъ или интерстиціальныхъ измѣненій внутреннихъ органовъ, которыя въ теченіе долгаго времени не даютъ о себѣ знать, но медленно развиваются и въ концѣ концовъ проявляются въ видѣ серьезныхъ расстройствъ со стороны сердца, почекъ и т. д. Отчего же не предположить и возможность расстройствъ и со стороны печени? Токсины, вызывающіе въ сердцѣ и въ почкахъ измѣненія, переходяція въ миокардитъ и въ нефритъ, вызываютъ, по всей вѣроятности, аналогичныя измѣненія въ печени, играющія въоцѣдствіи извѣстную роль въ этиологій циррозовъ этого органа. Edwards на 100 случаевъ дѣтскаго цирроза отмѣтилъ въ анамнезѣ 25 разъ острья инфекціонныя заболѣванія: 9 разъ—корь, 6 разъ—скарлатину, а въ остальныхъ 10 случаяхъ—смѣшанная инфекція кори и скарлатины съ дифтеріей и коклюшемъ.

Gilbert и Fournier точно также наблюдали 7 случаевъ цирроза печени у дѣтей, у которыхъ невозможно было найти никакой другой причины кромѣ перенесенныхъ раньше инфекціонныхъ болѣзней.

На частоту дѣтскихъ инфекцій, какъ на причину циррозовъ, указываетъ и Hebrard, по мнѣнію котораго, кромѣ продолжительности и тяжести болѣзни, несомнѣнно благоприятствуютъ дальнѣйшему развитію измѣненій въ печени плохія гигиеническія условія въ періодѣ выздоравленія.

Констатированная нами полная апатогія между измѣненіями въ печени при инфекціонныхъ болѣзняхъ и при гастро-энтеритахъ позволяетъ намъ высказать, что и послѣднія, весьма частыя въ дѣтскомъ возрастѣ заболѣванія, должны также имѣть мѣсто въ этиологій дѣтскаго цирроза.

ВЫВОДЫ.

- 1) Печень представляетъ собою органъ, очень часто поражающійся при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей, а также при острыхъ гастро-энтеритахъ у дѣтей грудного возраста.
- 2) Измѣненія въ печени у дѣтей, умершихъ отъ острыхъ заразныхъ болѣзней (дифтерія, скарлатина, корь) и отъ острыхъ гастро-энтеритовъ состоятъ какъ въ дегенеративныхъ, такъ и въ воспалительныхъ явленіяхъ.
- 3) Дегенеративныя измѣненія въ печени состоятъ въ мутномъ набуханіи, паренхиматозномъ и жировомъ перерожденіи кѣточной протоплазмы. Воспалительныя же измѣненія выражаются рѣзкимъ расширеніемъ и кровенаполненіемъ сосудовъ, ограниченными скопленіями лимфоидныхъ элементовъ, а также новообразованіемъ молодой соединительной ткани, разрастающейся въ окружности печеночныхъ долекъ. Разростаніе это часто влечетъ за собою гибель кѣточныхъ элементовъ.
- 4) Наиболѣе рѣзкія измѣненія въ печени наблюдаются при скарлатинѣ, а также въ случаяхъ смѣшанной инфекцій.
- 5) Степень измѣненій въ печени при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ зависитъ не только отъ силы инфекцій, но и отъ продолжительности дѣйствія токсиновъ, resp. отъ продолжительности болѣзни.

6) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ интерстиціальныя измѣненія въ печени рѣзко выражены, они напоминаютъ собою картину начальныхъ стадій цирроза печени.

7) Между измѣненіями въ печени при гастро-энтеритахъ и при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ существуетъ полная аналогія.

8) Въ печени дѣтей, погибшихъ отъ острыхъ гастро-энтеритовъ, всегда наблюдается рѣзкое расширеніе и кровенаполненіе капилляровъ и обильная инфильтрація лимфоидными элементами.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить мою искреннюю признательность глубокоуважаемому профессору Николаю Петровичу Гундобину какъ за предложенную тему, такъ и за то теплое отношеніе и доступность, которыя позволяли мнѣ всегда свободно обращаться къ нему за совѣтами и указаніями при исполненіи настоящей работы.

Пользуюсь случаемъ засвидѣтельствовать мою глубокую благодарность Директору и Главному Врачу Елисаветинской Клинической Больницы для малолѣтнихъ дѣтей, многоуважаемому Владиміру Николаевичу Рейтцу, любезности котораго я обязанъ возможностью работать въ этой больницѣ и пользоваться матеріаломъ и лабораторіей при выполненіи моей работы, старшему ординатору многоуважаемому Николаю Ивановичу Луницю за постоянную готовность прійти мнѣ въ помощь своимъ опытомъ и познаніями при моихъ занятіяхъ въ завѣдываемой имъ амбулаторіи и всѣмъ тѣмъ товарищамъ, у которыхъ я всегда встрѣчалъ добрыя ко мнѣ отношенія.

Выражаю также свою благодарность Главному Врачу С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома Михаилу Дмитриевичу Вань-Путерену за любезное разрѣшеніе пользоваться патолого-анатомическимъ матеріаломъ и прозектору названнаго учрежденія профессору Николаю Философовичу Виноградову за радушное содѣйствіе въ полученіи этого матеріала.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Andral. Précis d'anatomie pathologique. Paris. 1829.
2. Babes. Untersuchungen über den Diphtheriebacillus u. die experimentelle Diphtherie. Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 3. 1890.
3. Barbacci. Sulle fini alterazioni della milza, delle glandole linfatiche e del fegato nel infezione difterica. Sperimentale. Fasc. IV. 1895. См. также Centralblatt f. allg. Path. u. pathol. Anatomie. 1896. Bd. VII. p. 625.
4. Baginsky. Diphtherie u. diphtheritischer Croup. Nothnagel's Spec. Path. u. Therapie. Bd. II, 1 Th.
5. Betz. Ein Beitrag zur Lehre der fettigen Leberhypertrophie im Kindesalter. Memorabillien 1877, № 9.
6. Biedert. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 11 Auflage. Русскій перев. д-ра Серебряникова. СПб. 1897 г.
7. Boix. Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Paris. 1895.
8. Bouchut. Traité pratique des maladies du nouveau-né. Paris. 1878.
9. Bourges. La diphthérie. Bibliothèque médicale Charcot-Debove.
10. Brucheteau. Relation de l'épidémie du croup qui a régné en 1859 à l'hôpital des Enfants-Malades, de la rue Sévres. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, publiée par le Dr A. Martin Lauzer. Paris. 1862. p. 143.
11. Chédevergne. De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques. Thèse. Paris. 1864.
12. Clarke. Циррозъ печени у дѣтей. Brit. med. J. 1894, June p. 107.
13. Claude. Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines. Thèse. Paris. 1897.
14. Cohn et Zahn. Циррозано по Loisel. Le foie diphthérique.
15. Cornil et Babes. Archives de médecine expérimentale. 1890. Циррозано по Loisel.
16. Courmont, Doyon et Paviot. Lésions hépatiques expérimentales engendrées par la toxine diphthérique. Arch. de Physiologie 1895. T. VII, p. 5.
17. Crooke, G. A contribution to the pathological anatomy and histology of scarlatina. Birmingham med. Rev. Juli Sept. Nov. 1886. June 1887.

18. Czerny. Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Säuglingsalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. XLIV. Hf. 1. p. 15. 1897.
19. Damaschino. Stéatose hépatique dans le foie typhique. Bulletin de la Société anat. 1864.
20. Dubief et Bahl. Note sur les artérations des cellules hépatiques dans la diphtérie expérimentale. Comptes rendus de la Société de biologie. 1891. S. IX. T. VII. № 7.
21. D'Espine, A. et de Marignac, E. Recherches expérimentales sur le bacille diphtérique. Revu méd. de la Suisse romande. 1890. № 1 p. 34—50 et p. 99—119.
22. Felsenthal et Bernhard. Ueber Nephritis bei Magendarmkrankungen der Kinder. Archiv f. Kinderheilk. Bd. XVII. S. 222 ff.
23. Fränkel et Freudenburg. Ueber secundäre Infection bei Scharlach. Centralblatt f. klin. Med. 1895. № 45. p. 737.
24. Frerichs. Klinik der Leberkrankheiten. 1861.
25. Friedreich. Der Abdominaltyphus d. Kind. Dresden 1856.
26. Garnier. Thèse. Paris. 1880.
27. Gastou. Du foie infectieux. Thèse. Paris. 1893.
28. Gilbert et Fournier. La cirrhose hypertrophique chez les enfants. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1895. Juillet. p. 309.
29. Gilbert et Carnot. Les fonctions hépatiques. Paris. 1902.
30. Grisolle. Pathologie interne. Paris 1857.
31. Hanot. Note sur les taches blanches du foie infectieux. Gazette méd. de Paris. 1893.
32. Hébrard. Les cirrhoses du foie chez l'enfant. Thèse. Lyon. 1886.
33. Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Русскій переводъ. СПб. 1890.
34. Hoffmann. Untersuchungen über die patholog.-anatom. Veränderungen der Organe bei Abdominaltyphus. Leipzig 1869.
35. Jürgensen. Scharlach. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Wien. 1896. Bd. IV. III Theil. II Abth.
36. Katzenstein. Ueber secundäre Veränderungen der Organe bei Rachendiphtérie. München. 1895.
37. Кабановъ, Н. О циррозѣ печени. Москва. 1895.
38. Кириковъ, П. Очерки излучения о заразныхъ желтухахъ. СПб. 1898.
39. Klein, E. The anatomical changes of the kidney, liver, spleen and lymphatic glands in scarlatina of man. Transactions of the pathol. Soc. 1877. Bd. 28, p. 430—439.
40. Кавитинъ, И. Патолого-анатомическія измѣненія въ паренхиматозныхъ органахъ при экспериментальной дифтеріи. Архивъ биологическихъ наукъ 1900 г. т. VII. вып. 2. стр. 103.
41. Ковальскій, О. Печени у детей. Дисс. СПб. 1900 г.
42. Labadie-Lagrave. Complications cardiaques du croup et de la diphtérie. Thèse. Paris. 1880.
43. Langlois et Charrin. La semaine médicale 1896. № 46.

44. Laure et Honorat. Etude sur la cirrhose infantile. Revue mens. des maladies de l'enfance. 1887. p. 97.
45. Legendre. Recherches sur les maladies des enfants. Paris. 1846.
46. Lesage. Infections et intoxications digestives chez le nourrisson. Traité des maladies de l'enfance publié sous la direction de MM. J. Grancher, Comby et Marfan. Paris. 1897. T. II. p. 337.
47. Lesné et Merklen. Etude des altérations et des fonctions du foie et du rein au cours des gastro-entérites des nourrissons. Revue mens. des mal. de l'enf. 1901. Février et Mars.
48. Letzerich. Ueber Diphtérie und Nephritis diphtherica. Цур. no Loisel.
49. Liebermeister. Beiträge zur pathol. Anatomie und Klinik der Leberkrankheiten. Tübingen 1864.
50. Litten. Beiträge zur Lehre von der Scarlatina. Charité-Annalen 1880. Bd. VII. S. 128.
51. Loisel. Le foie diphtérique. Thèse. Paris. 1899.
52. Louis. Recherches anatomo-pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. Paris. 1829.
53. Markuse B. Ueber Leberlymphome bei Infectionskrankheiten. Virchow's Archiv. Bd. 160. Hf. 1.
54. Morel. Contribution à l'étude de la diphtérie. Thèse. Paris. 1891.
55. Oertel. Die Pathogenese der epidemischen Diphterie nach ihrer histologischen Begründung. Leipzig. 1887.
56. Parrot. Stéatose du foie. Bulletins de la Société anatomique de Paris. 1875.
57. Pilliet. Цур. no Lesage.
58. Popesco. Thèse. Bucarest. 1891.
59. Rilliet et Barthez. Traité des maladies de l'enfance. Paris. 1853.
60. Roger H. Physiologie normale et pathologique du foie. Encyclopédie scientifique des aide-mémoire publ. sous la direction de M. Léauté. Paris.
61. Roger. Les maladies infectieuses. Paris. 1902.
62. Roger. Lésions hépatiques d'origine infectieuse. Bull. de la Société de Biologie. 1893. p. 693.
63. Roger et Garnier. Les modifications anatomiques et cliniques du foie dans la scarlatine. Revue de médecine. 1900. № 3.
64. Roux et Yersin. Contribution à l'étude de la diphtérie. Annales de l'Institut Pasteur. 1888. № 12. p. 629.
65. Sanné. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
66. Siderey A. Recherches anatomo-pathologiques sur les lésions du foie dans les maladies infectieuses. Progrès méd. 1882. № 26. p. 504.
67. Siredey. Contribution à l'étude des altérations du foie dans les maladies infectieuses. Revue de médecine. 1886. p. 465.
68. Steiner und Neureutter Die fettige und amyloide Entartung der Leber im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. VII. S. 1 ff. Wien. 1865.

69. Teisier et Guinard. Foie infectieux par injection veineuse de toxines microbiennes. Lyon médical. 1895. Septembre.
70. Terrien. Etude anatomo-pathologique du foie dans la gastro-entérite des nourrissons. Thèse Paris. 1899.
71. Terrien. De la gastro-enterite des nourrissons. Altérations hépatiques. Revue mens. des maladies de l'enfance. 1900. Janvier et Février.
72. Thiemich M. Ueber Leberdegeneration bei Gastroenteritis. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. XX. Heft. 1, 1896.
73. Tigret. Cit. no Loisel.
74. Wagner E. Beitrag zur pathologischen Anatomie des Scharlachs. Archiv f. Heilkunde. 1867. p. 262.
75. Wagner E. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Leber bei Abdominaltyphus. Archiv f. Heilkunde. 1860. p. 322.
76. Васильевъ. Патолого-анатомическая картина катарровъ желудка у детей ранняго грудного возраста. Диссертация. СПб. 1900 г.
77. Welch et Flexner. The histological changes in experimental diptheria. Bulletin of the John Hopkins Hosp. 1891. № 15. p. 107.

ОБЪЯСНЕНИЯ КЪ РИСУНКАМЪ.

Рис. 1. Разростание междольковой соединительной ткани. Въ порталныхъ пространствахъ видны новообразованные желчные каналцы—*a*, скопления круглоклеточныхъ элементовъ—*b*. Увеличение 90. Reichert. Object. 3. Ocul. 3.

Рис. 2. Сильное развитие междольковой соединительной ткани; *a*—скопления круглоклеточныхъ элементовъ, *b*—желчный каналецъ. Увеличение 76. Reichert. Object. 3. Ocul. 2.

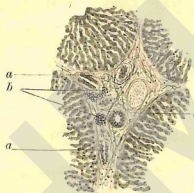
Рис. 3. Расширенные капилляры внутри печеночной долики. Увеличение 360. Reichert. Object. 7. Ocul. 2.

Рис. 4. Развитие соединительной ткани вокруг *v. centralis*—*a*, набухший эндотелий въ просвѣтѣ сосуда—*b*. Увеличение 90. Reichert. Object. 3. Ocul. 3.

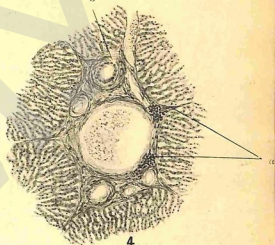
Рис. 5. Отпрыски междольковой соединительной ткани внутрь долики—*a*. Такие-же отпрыски отъ соединительной ткани вокруг *v. centralis*—*b*. Увеличение 55. Hartnack. Object 3. Ocul. 2.

Рис. 6. Скопления круглоклеточныхъ элементовъ между отдѣльными дольками печени—*a* и вокруг *v. centralis*—*b*. Увеличение 95. Reichert. Object. 4. Ocul. 2.

1.



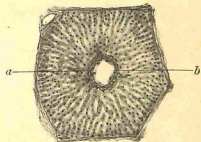
2.



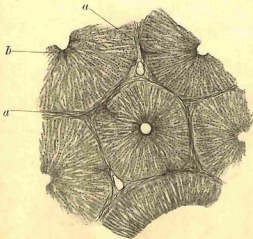
3.



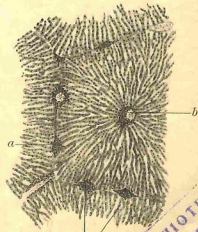
4.



5.



6.



БИБЛИОТЕКА
Историко-мемориальный музей

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Поносы, наблюдаемые у дѣтей въ теченіи острыхъ инфекционныхъ болѣзней, зависятъ, по всей вѣроятности, отъ дѣйствія токсиновъ этихъ болѣзней на слизистую оболочку кишечника, черезъ которую они выделяются.

2) Назначеніе бензоафталя при брюшномъ тифѣ даетъ прекрасные результаты.

3) Въ случаяхъ сильной анеміи не слѣдуетъ упускать изъ виду микроскопическое изслѣдованіе кала на яйца глисты.

4) Ментоксоль, примѣняемый въ видѣ ушныхъ капель, въ запущенныхъ случаяхъ гнойныхъ катарровъ среднего уха, даетъ превосходные результаты.

5) Парацетезъ барабанной перепонки, въ виду того, что онъ нерѣдко является indicatio vitalis, долженъ быть отнесенъ къ числу операций, которыя обязанъ дѣлать всякій практикующій врачъ, особенно въ мѣстностяхъ, гдѣ нѣтъ врача-спеціалиста.

6) При леченіи хроническаго гноетеченія изъ ушей слѣдуетъ обращать серьезное вниманіе на состояніе носа и его придаточныхъ полостей, а также на состояніе носоглоточнаго пространства.

7) Врачи-экстерны приносятъ больницамъ большую пользу, способствуя болѣе равномерному распредѣленію труда между штатными врачами, число которыхъ обыкновенно крайне ограничено, вслѣдствіе чего они слишкомъ обременены работой.



CURRICULUM VITAE.

Григорій Аронович Мочанъ, сынъ потомственнаго почетнаго гражданина, родился въ Одессѣ въ 1866 году. Среднее образование получилъ въ Киевской Первой Гимназіи, по окончаніи которой поступилъ на медицинскій факультетъ ИМПЕРАТОРСКАГО Университета Св. Владиміра въ Киевѣ и въ Государственной Испытательной Медицинской Коммисіи при означенномъ Университетѣ въ январѣ и февралѣ 1893 г. удостоенъ степени лекаря. По окончаніи университета поселился въ С.-Петербургѣ, гдѣ слушалъ лекціи въ ИМПЕРАТОРСКОМЪ Клиническомъ Институтѣ ВЕЛИКОЙ КНЯГИНИ ЕЛЕНЫ ПАВЛОВНЫ. Съ марта мѣсяца 1894 г. по іюнь 1896 г. исполнялъ обязанности палатнаго ординатора въ терапевтическомъ отдѣленіи Мужской Обуховской Больницы. Въ теченіе 1895 — 1896 уч. года держалъ экзамены на степень доктора медицины при ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, по выдержаніи которыхъ отправился на собственный счетъ за границу, гдѣ въ теченіе 8 мѣсяцевъ занимался преимущественно изученіемъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней, а также патологической анатоміей и бактериологіей въ Лейпцигскомъ Патолого-анатомическомъ Институтѣ покойнаго проф. Бирхъ-Гиршфельда. Съ апрѣля 1898 по январь 1900 года заведывалъ врачебно-санитарною частью въ предприятияхъ Привовско-Шлиссельбургскаго Промышленнаго Общества, а въ январѣ 1900 года, оставивъ службу въ названномъ Обществѣ, поступилъ въ Елисаветинскую Клиническую Больницу для малолѣтнихъ дѣтей врачемъ-экстерномъ, гдѣ состоитъ и въ настоящее время.

Настоящую работу подъ заглавіемъ „Измѣненія въ печеніи у дѣтей при нѣкоторыхъ остро-заразныхъ болѣзняхъ (дифтерія, скарлатинѣ, кори) и при гастро-энтеритахъ“ представляеть въ качествѣ диссертации для полученія степени доктора медицины.