

48. 5142  
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ  
1902—1903 учебномъ году.

4091  
T-143  
№ 93.

О ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ ПОЧЕКЪ  
У ДѢТЕЙ ПРИ КОРИ.

Изъ Клиники профессора Н. П. Гундобина.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. Г. ТРАЧЕНКО.

63937  
Цензорами диссертации, по порученію конференціи, были Про-  
фессора: Н. П. Гундобинъ, А. И. Моисеевъ и приватъ-  
доцентъ А. А. Максимовъ.

5142  
С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ. Спасская ул., 17

1903.

Траченко, А. Г.

Копирование  
04.03.1950

ценз

4117

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

41691-053

T-48

№ 93.

О ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ ПОЧЕКЪ  
У ДѢТЕЙ ПРИ КОРИ.

Изъ Клиники профессора Н. П. Гундобина.

ДИССЕРТАЦІА  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
А. Г. ТРАЧЕНКО.

Цензорами диссертациі, по порученію конференціи, были Про-  
фессора: Н. П. Гундобинъ, А. П. Моисеевъ и приватъ-  
доцентъ А. А. Максимовъ.

БИБЛИОТЕКА

5142

T-48

РЕЦЕНЗИИ

1903



С. ПЕТЕРБУРГЪ.  
Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ. Спасская ул., 17  
1903.

Переучен  
1966 г.

1950

46,91-053 + 816,61

Корсучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря А. Г. Ткаченко под заглавием: «О патолого-анатомических изменениях почек у детей при кори» печатать разрешается с тем, чтобы по отпечатаннóму было представлено в Конференцию Императорской Военно-Медицинской Академии 400 экземпляров диссертации (125 экземпляров диссертации и 300 отдельных оттисков краткого резюме (выводов) в Конференцию и 275 экземпляров в академическую библиотеку) С.-Петербурга, Мая 3 дня 1908 года.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессор А. Давид.

Корь 1) еще в IX ввѣкѣ была известна арабскимъ врачамъ (Rhases описалъ ее подъ названіемъ Hashbah); несмотря на это, только во второй половинѣ 17-го столѣтія (1670—1674 г.) трудами Sydenham'a корь была выдѣлена изъ среды другихъ острыхъ лихорадочныхъ сыпныхъ болѣзней; но болѣе точное описаніе кори относится только къ половинѣ 18-го столѣтія; Ноше вѣ 1758 г. успѣшно дѣлалъ прививку коревой крови, чѣмъ доказалъ ея контагиозный характеръ. Хотя литература о кори довольно богата, но патологія ея мало изучена, особенно мало работъ, касающихся патологіи почекъ при кори, и потому я охотно занялся разработкой этого вопроса, избраннаго мной темой для диссертации, по предложенію глубокоуважаемаго профессора Николая Петровича Гундобина. Литературныя данныя, имѣющія то или другое отношеніе къ изслѣдуемому мною вопросу, мнѣ пришлось извлекать частью изъ изслѣдованій о нефритахъ вообще, главнымъ же образомъ изъ работъ, трактующихъ о нефритахъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ и въ дѣтскомъ возрастѣ.

Virchow 2) въ своемъ сочиненіи «Über parenchymatöse Entzündung» говорить о трехъ главныхъ формахъ измѣненій почекъ: 1) о катаральной формѣ, гдѣ эпителий прямыхъ канальцевъ мутнѣетъ, зернистѣетъ, мелушится; 2) при крупозной формѣ есть фибринозный экссудатъ, распространяющійся иногда и на извитые канальцы; 3) при паренхиматозномъ нефритѣ эпителий извитыхъ канальцевъ набухаетъ, мутнѣетъ и жирно перерождается. На измѣненія интерстиціальной ткани Virchow не указываетъ. Traube 3) ставить за интерстиціальный характеръ воспаления почекъ, особенно при инфекціонныхъ болѣзняхъ; измѣненія эпителия, по его мнѣнію, составляютъ уже послѣдовательное явленіе. Weigert 4) наоборотъ главную роль при болѣзняхъ почекъ отводитъ измѣненіямъ эпителия, измѣненія же въ интерстиціальной ткани являются

63937

Институт

7-11-11-11-11

уже последовательно; онъ думаетъ, что нѣтъ оснований раздѣлять нефриты на паренхиматозные и интерстиціальныя.

Johnson<sup>5)</sup> пораженье почекъ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, особенно при скарлатинѣ, описываетъ подъ названіемъ острого десквамативнаго нефрита.

Микроскопическія измѣненія почекъ таковы: почки увеличены въ объемѣ; капсула снимается легко; мѣстами почки гиперемированы, мѣстами малокровны. На поверхности почекъ встрѣчаются различной величины кровяныя пятна, зависящія отъ кровоизліанія въ мочевые каналцы. Утолщенный корковый слой на разрѣзѣ резко отличается отъ медулярнаго вещества; на поверхности разрѣза встрѣчаются кровоизліанія, изобилующія иногда видъ полосокъ. Пирамиды темнокраснаго цвѣта; вершины ихъ повидимому давлены проникшимъ между ними утолщеннымъ корковымъ слоемъ. Подъ микроскопомъ видно, что пораженъ главнымъ образомъ эпителий извитыхъ канальцевъ; клетки его мутны, зернисты, просвѣтляются отъ укусовой кислоты. Просвѣтъ многихъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ наполненъ отшелушившимися клетками эпителия; иные канальцы наполнены кровью. Прямые канальцы нормальны; въ просвѣтъ ихъ только иногда можно видѣть оторванные эпителиальныя клетки, попавшія сюда изъ извитыхъ канальцевъ. Въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ Johnson не замѣтилъ особенныхъ измѣненій.

По Leyden'y<sup>6)</sup> для острого десквамативнаго инфекціоннаго нефрита характерна обильная отслойка почечнаго эпителия; здѣсь же существуютъ иногда измѣненія и въ интерстиціальной ткани: мелкоклеточное разрозненье ея между канальцами и вокругъ капсулы. Въ промежуточной ткани, въ канальцахъ и въ капсулахъ наблюдаются геморрагіи. На пораженіе клубочковъ указываютъ мелушеніе эпителия капсулы; клетки отслоившагося эпителия вмѣстѣ съ эксудатомъ могутъ сдавливать клубочекъ. Birch-Hirschfeld<sup>7)</sup> говоритъ, что вредные элементы, приносимые кровью при инфекціонныхъ болѣзняхъ, прежде всего дѣйствуютъ на клубочки, и потому можно предполагать, что при острыхъ нефритахъ прежде всего поражаются клубочки, а затѣмъ уже появляются измѣненія въ эпителии и интерстиціальной ткани. Такимъ образомъ glo-

merulo-nephrit, авторъ считаетъ начальнымъ стадіей острого нефрита. Lécorche et Talamon<sup>8)</sup> нефриты при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ описываютъ подъ общимъ названіемъ большой почки острой Брайтовой болѣзни; при этомъ они наблюдали слѣдующія микроскопическія измѣненія: а) десквамативный гломерулитъ съ обильнымъ эксудатомъ въ полости капсулы; б) измѣненія эпителия мочевыхъ канальцевъ; в) отекъ соединительно-тканной стромы съ расширеніемъ промежутковъ между канальцами; мелкоклеточную инфилтрацію вокругъ клубочковъ, вдоль сосудовъ и между мочевыми канальцами; д) измѣненія въ сосудахъ: глянцвое перерожденіе нитями мелкихъ артерій, особенно Vas affer.; иногда также размноженіе ядеръ эндотелия и утолщеніе adventitiaе.

Кромѣ того существуетъ обыкновенно еще катарръ прямыхъ мочевыхъ канальцевъ. Вышеупомянутыя измѣненія могутъ преобладать въ томъ или другомъ случаѣ, что не даетъ однако права установить различныя опредѣленныя формы острыхъ нефритовъ, которыя нельзя строго разграничить ни анатомически, ни клинически.—По мнѣнію Hanseman'a<sup>6)</sup>, который, по предложенію Virchow'a, занимался изученіемъ Мальпигіевыхъ клубочковъ, не всякій острый нефрит сопровождается пораженіемъ клубочковъ, при чемъ авторъ не видѣлъ также и случаевъ, гдѣ бы исключительно были поражены клубочки. Hanseman думаетъ, что при острыхъ нефритахъ прежде всего поражается эпителий.

Ziegler<sup>10)</sup> описываетъ въ почкахъ при скарлатинѣ такія измѣненія, какія мы встрѣтили въ этихъ органахъ при кори. Авторъ различаетъ при скарлатинѣ два вида нефритовъ: 1) Glomerulo-nephritis и 2) Herdnephritis. Первая форма характеризуется обильнымъ эксудатомъ въ полости капсулы, набуханіемъ и мелушеніемъ эпителия, глянцовымъ перерожденіемъ сосудовъ клубочка и иногда закупоркой послѣднихъ тромбами. При второй формѣ почки не увеличены и измѣненій въ нихъ макроскопически опредѣлить не удается. Подъ микроскопомъ же замѣчается мелкоклеточная инфилтрація, выраженная всего сильнѣе въ подкапсульномъ слои корковаго вещества, вокругъ клубочковъ и межканальцевыхъ венъ. Эпителий частью нормаленъ, частью представляетъ явленія не-

крова. Въ просвѣтѣ канальцевъ наблюдаются крововзліянія и цилиндрь.

Cornil et Brault<sup>11)</sup> всѣ острые нефриты, встрѣчающіеся при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, дѣлятъ на три группы: къ первой группѣ принадлежатъ нефриты съ преобладаніемъ конгестивныхъ и воспалительныхъ явленій; ко второй—нефриты съ преобладаніемъ явленій диспепсеза, и наконецъ къ третьей группѣ относятся нефриты съ преобладаніемъ явленій дегенерациі.

Rayer<sup>12)</sup> въ своемъ «Traité des maladies des reins», считаетъ нефритъ при кори и скарлатинѣ однимъ изъ довольно рѣдкихъ явленій; онъ же впервые призналъ къ измѣненіяхъ почкъ воспалительный характеръ и первый применилъ къ нимъ названіе—нефритъ. Steiner и Neugeuter<sup>13)</sup> говорятъ: «въ лучшихъ руководствахъ частной патологии и терапіи и въ особенности дѣтскихъ болѣзней говорится, что Morbus Bright, въ дѣтскомъ возрастѣ очень часто наблюдается въ теченіи скарлатины и нерѣдко при туберкулезныхъ и скрофулезныхъ процессахъ. Въ остальныхъ случаяхъ думаютъ, что острый нефритъ (N. albuminosa) у дѣтей — рѣдкая болѣзнь. Мы на основаніи многочисленныхъ вскрытій можемъ не раздѣлять этого воззрѣнія и придти къ убѣжденію, что Брайтова болѣзнь у дѣтей встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно принято думать. Мы воспользовались 266-ю случаями, при которыхъ Morb Bright, была установлена на вскрытіи; среди нихъ 129 мальчиковъ и 136 дѣвочекъ въ возрастѣ отъ 3-хъ мѣсяцевъ до 14 лѣтъ». Изъ этихъ 266 случаевъ авторы наблюдали острыхъ нефритовъ 213; хроническихъ 52; у дѣтей до одного года они наблюдали только 10 случаевъ нефрита. Измѣненія въ почкахъ, носили преимущественно паренхиматозный характеръ, но нерѣдко наблюдались одновременно измѣненія и въ интерстиціальной ткани съ характеромъ гипертрофіи; при этомъ болѣзненные измѣненія въ почкахъ дѣтей ни разу не достигали такой значительной степени, какъ у взрослыхъ. Пораженіе почкъ по большей части было вторичное и только пять разъ наблюдали первичный нефритъ. Изъ этиологическихъ моментовъ первое мѣсто, по мнѣнію авторовъ, занимаютъ туберкулезъ

и скрофулезъ и затѣмъ уже острыя сыпныя болѣзни: scarlatina —37, оспа—17 и корь 4 случая.

Kahliden<sup>14)</sup> въ своемъ трудѣ говоритъ о патогенезѣ острыхъ нефритовъ вообще. При всѣхъ острыхъ нефритахъ, по его мнѣнію, процессъ начинается съ измѣненій секреторнаго эпителия; въ интерстиціальной ткани въ началѣ измѣненій нѣтъ; если они появляются, то уже послѣ измѣненій эпителия; послѣдній обыкновенно жирно перерождается; иногда только замѣчается некрозъ эпителия (исчезновеніе ядра). Въ клубочкахъ эпителий жирно перерождается; кромѣ того наблюдается разрѣженіе связи между клетками эпителия и ихъ мелуленіе. Въ полости капсулы всегда замѣчается свернувшійся экссудатъ. Диспепсезъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ изъ сосудовъ клубочка незначителен. Мелкоклеточная инфльтрація вдоль сосудовъ бываетъ только въ тяжелыхъ случаяхъ, или при длительномъ процессѣ. Въ клубочкахъ при nephritis асц. преобладаютъ дегенеративныя измѣненія—жировое перерожденіе эпителия капсулы и эпителия клубочковъ, а также разбуханіе и жировое перерожденіе эндотелия волосныхъ сосудовъ клубочка.

Kahliden никогда не видѣлъ такого пораженія почкъ, гдѣ-бы измѣненія были исключительно только въ клубочкахъ. О нефритахъ при кори онъ говоритъ такимъ образомъ: «отъ картинъ нефрита, наблюдаемыхъ при пневмоніи и скарлатинѣ, рѣзко отличаются коревые нефриты. Въ двухъ изъ пяти случаевъ бѣлокъ отсутствовалъ, не смотря на это измѣненія во всѣхъ случаяхъ были одинаковы. Эпителий и частію также эндотелий клубочковъ былъ значительно жирно перерожденъ. На ряду съ этимъ шло жировое перерожденіе эндотелия капилляровъ межканальцевыхъ и клубочковыхъ, также эпителия капсулы, или по меньшей мѣрѣ его набуханіе или начинающагося мелуленіе. K a s s o w i t z<sup>15)</sup> сообщаетъ о двухъ случаяхъ кори у дѣтей 3-хъ и 4-хъ лѣтняго возраста, у которыхъ клинически были констатированы нефритъ, развившіеся на 12-ый день болѣзни. В г r ü n n i c h e<sup>16)</sup> сообщаетъ о трехъ, осложненныхъ нефритомъ, случаяхъ кори, которые онъ наблюдаетъ между 71 больными въ своемъ отдѣленіи госпитали. Всѣ трое больныхъ поправились. Эти случаи представляли много сходства

со скарлатинозными нефритами; в двух из них было осложнение дифтеритом, что конечно могло играть роль в развитии нефрита. Fie ssinger<sup>17)</sup> указывает также на воспаление почек, как на более отдаленное осложнение кори. Monti<sup>18)</sup> воспаления почек при кори сравнительно со скарлатиной наблюдает довольно редко; случаи же, приводимые Баллиским. Kassowitz<sup>19)</sup> и Giagré, по мнению автора, не свободны от критики; с одной стороны возможно, что в приведенных случаях субъекты были больны почками раньше, с другой возможна была ошибка в диагнозе. Только в единичных, более тяжелых случаях кори Monti наблюдал воспаление почек. По наблюдениям Непоча<sup>19)</sup> корь редко бывает причиной нефритов. На секциях у коревых больных чаще можно встрѣтить в почках только мутное набухание, как и при других острых инфекционных болезнях. Вгимер среди 51 коревых секций определил нефрит 12 раз. Клинически определить нефрит у коревых больных в теченіи болезни или как последовательное заболѣвание, по мнению Непоча, удается довольно редко. «Я самъ», говорит онъ, «могъ констатировать только два несомнѣнных случая, которые я наблюдал при кори; другіе случаи для меня не достоверны, такъ какъ я долженъ былъ полагаться на показанія родственниковъ, которые не редко смѣшывали корь со скарлатиной. Но, что нефритъ, и даже геморрагическій, можетъ появиться уже въ первые дни кори, доказываютъ наблюденія Магнстена<sup>20)</sup>. Два случая нефрита при кори, о которыхъ упоминаетъ Непоча, онъ наблюдал у дѣтей 1 и 3-хъ лѣтняго возраста; болѣзнь почекъ развилась черезъ три недѣли послѣ st. eruptionis. У годовалого ребенка моча содержала бѣлокъ, эпителий, цилиндры; большой — выздоровѣлъ. Другой ребенокъ 3-хъ лѣтній умеръ; на секциі оказалась геморрагическій нефритъ съ увеличеніемъ обѣихъ почекъ, многочисленныя точечныя кровоизліянія въ очень утолщенномъ стѣномъ корковомъ слое и жирноперерожденный эпителий.

Vagin sky<sup>20)</sup> пишетъ: «воспаленіе почекъ послѣ кори наблюдается гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно предполагаютъ; на это вниманіе было обращено уже Kassowitz<sup>19)</sup>. Теченіе обыкновенно очень тяжелое, такъ какъ всегда имѣются

еще и другія осложненія, напримѣръ — пневмонія. Въ мочѣ находятъ кровь, бѣлокъ, цилиндры. Довольно рано появляются отеки. — Чтобы закончить литературный очеркъ, намъ осталось еще упомянуть только о двухъ работахъ докторовъ Plagge и Moses'a, касающихся специально вопроса о нефритахъ при кори.

По мнѣнію д-ра Plagge<sup>21)</sup>, частота почечныхъ заболѣваній и водянки въ различныхъ коревыхъ эпидеміяхъ очень различна; уже при сравнительно легкомъ пораженіи почекъ можетъ развиться водянка, при чемъ въ этихъ случаяхъ въ мочѣ иногда совсѣмъ не находятъ бѣлка. Съ другой стороны можетъ быть въ наличности сильный нефритъ и альбуминурія, безъ существованія водянки. Затѣмъ бываетъ также при кори и альбуминурія безъ нефрита, обусловленная высокой лихорадкой, частію однако бывающая и въ періодѣ шелушенія кожи, свободномъ отъ лихорадки.

При коревомъ нефритѣ моча бываетъ часто съ примѣсомъ крови. Ощущеніе боли въ области почекъ редко находится въ связи съ существующимъ заболѣваніемъ; оно наступаетъ на 8—12 день послѣ наступленія кори и по всей вѣроятности служитъ признакомъ легкаго паренхиматознаго воспаления почекъ. Plagge сообщаетъ два случая изъ литературы и одинъ случай онъ наблюдалъ въ Вюрцбургѣ, въ Гергардовской клиникѣ. Последній случай отличался тѣмъ, что, будучи запущенъ съ самаго начала, принялъ хроническое теченіе и больной не совсѣмъ поправился, несмотря на продолжительное госпитальное леченіе.

D-r Moses<sup>22)</sup> во время одной злокачественной эпидеміи кори, кромѣ многихъ другихъ болѣе или менѣе редкихъ осложненій и последовательныхъ заболѣваній, наблюдалъ также при кори и воспаленіе почекъ. Такихъ случаевъ авторъ приводитъ пять. Въ первомъ случаѣ у 6-ти лѣтняго мальчика нефритъ обнаружился на 14-й день послѣ заболѣванія корью, во второмъ у 13-лѣтняго — черезъ три недѣли, въ третьемъ же у 6-ти лѣтняго нефритъ развился непосредственно послѣ коревой экзантемы. Нефриты эти, во времени появленія, по теченію и симптомамъ, какъ и другіе упомянутые въ литературѣ случаи, были похожи на скарлатинозные. Всѣ случаи окончились

выздоровлением, так что патолого-анатомических исследований произведено быть не могло. Кроме трех описанных случаев dr. Moses наблюдает еще два случая нефрита у детей 4 и 5 летнего возраста, при которых уже нельзя было с достоверностью констатировать существование предшествовавшей коревой сыпи. Автор впрочем допускает возможность случаев кори без сыпи, также как бывает иногда и при скарлатини, и, по аналогии с этой последней, считает последние случаи, в виду существования в то время коревой эпидемии, как *Nephritis morbillosa sine exanthemate*. Во всех пяти случаях были отеки лица, ног, мошонки; моча была скудна, содержала значительное количество бляка и эпителиальных цилиндров. В одном случае моча была сильно кровавая.

Из приведенного краткого литературного очерка легко убедиться, что вопрос о патолого-анатомических изменениях почек при кори почти совершенно не разработан. Большинство авторов полагает, что настоящей разлитой нефрит у коревых больных встречается редко, только в тяжелых случаях кори; в почках же умерших от кори существуют обычно изменения, свойственные вообще различным острым инфекционным болезням, т. е. только мутное набухание почечного эпителия, обусловленное лихорадкой и клинически проявляющееся альбуминурией. В литературе нам удалось отыскать только две работы, касающиеся специально вопроса о нефритах при кори; это — упомянутая выше сообщения д-ров Plagge и Moses'a; авторы рассматривают этот вопрос исключительно с клинической стороны; все описанные ими случаи окончились выздоровлением, и потому патолого-анатомическое исследование не могло иметь места. Среди всех других авторов только один Baginsky считает, что воспаление почек после кори встречается гораздо чаще, чем это обыкновенно принято думать.

Теперь перейдем к описанию наших собственных наблюдений. Материалом для своей работы мы воспользовались главным образом из детской больницы принца Ольденбургского и отчасти из больницы св. Марии Магдалины. Число всех случаев, собранных нами с сентября 1902 г. по

март 1903 г. — двенадцать. Число вскрытий умерших от осложненной кори за этот период времени было конечно несравненно больше, но мы не считали удобным пользоваться для замеченной нами цѣли теми случаями, где помимо кори были еще туберкулез, дифтерия или скарлатина. Так как все-таки от неосложненной кори дети не умирают, то нам остался один только исход, а именно; братъ для своих исследований случаев с осложнением наиболее свойственным кори; таким осложнением, как известно, является воспаление легких. Из 3109 смертных случаев от кори, собранных д-ром Лецинским<sup>23)</sup> в его статистической диссертации, 2145 раз причиной летального исхода была пневмония. Вопрос о пневмонии при кори довольно подробно разработан д-мъ Кудепа<sup>24)</sup> в его диссертации. «Коревая пневмония», — говорит автор, в одном из своих выводов, — «не есть случайное, вторичное осложнение кори. Она представляет прямое послѣдствие общей инфекции организма и является ее мѣстнымъ выражением».

Прежде чем перейти къ описанию собранных нами случаев, считаем не лишним сказать несколько слов о тѣх методах исследований, которые применялись нами. На секции мы прежде всего определяли размеры почки: вѣс правой и лѣвой, длину, ширину, толщину почки и толщину коркового слоя. Крупные куски почек мы помещали в муллеровскую, маленькие кусочки — в Флеммингову жидкость. По истечении положенного срока кусочки тщательно промывались в водѣ и улотнялись в спиртъ восходящей крѣпости. Для приготовления срѣзовъ куски почек заключались по общимъ правиламъ частью в целлоидинъ, большей же частью в параффинъ. Препараты изъ Муллеровской жидкости подвергались большей частью двойной окраскѣ гематоксилиномъ и эозинномъ, или же окрашивались по способу Van-Gieson'a. Препараты, фиксированные в Флемминговой жидкости, окрашивались сафраниномъ. После окраски препараты заключались в канадский бальзамъ. Обработку и исследование препаратовъ я производилъ в лабораторіи при прозекторской С.-Петербургской Мариинской больницы для бѣдныхъ. Пользуясь случаемъ выразить благодарность многоуважаемому директору Мариинской

больницы Артемию Михайловичу Айканову за любезное разрешение работать в больницѣ. Сердечное спасибо дорогому товарищу, прозектору Мариинской больницы, Сергѣю Петровичу Шувалову за его всегдашнюю готовность помогать мнѣ словомъ и дѣломъ во все время моей работы.

Директора дѣтской больницы принца Ольденбургскаго и главнаго врача больницы св. Маріи Магдалины благодарю за любезное разрѣшеніе посѣщать больницы, а прозекторовъ этихъ больницъ и заведывающихъ коревыми отдѣленіями благодарю за любезно предоставленныя въ мое пользованіе патолого-анатомической матеріалъ и свидѣнія о теченіи болѣзни.

#### С л у ч а й I.

Марія Мусатова, 2½ лѣтъ, поступила въ больницу св. Маріи Магдалины 14/ix 1901 г., по словамъ родныхъ, на 2-й день болѣзни съ явленіями кори (жаръ, кашель, сыпь) и отеками. Въ анамнезѣ указано только на болѣзнь глазъ. St. praes.: тѣлосложенія и питанія средняго. Т° 39,°2. Вѣки значительно опухли; по тѣлу пятнистая сыпь. Мочи 100 к. с., уд. в. 1020; моча щелочной реакціи, содержитъ значительное количество бѣлка. Со стороны легкихъ явленія двухсторонней катаральной пневмоніи. На 3-й день пребыванія въ больницѣ 17/ix послѣдовала exitus lethalis. Прижизненный диагнозъ: Morbilli. Nephritis acuta. Pneumonia catarrhalis bilateralis. Эпикризь патолого-анатомическій: Morbilli. Bronchus pneumonia acuta omni. II. pulm. disseminata. Laryngitis cat. ac. Nephritis ac. parench. Nudrops cavitatum. Anasarca. Измѣреній почекъ ни въ этомъ, ни во 2-мъ случаѣ я произвести не могъ, такъ какъ препараты эти были получены и сохранялись еще задолго до начала моей работы въ 1900 и 1901 годахъ. По протоколу вскрытія—почки увеличены, капсулы снимаются легко, поверхность гладка. Кортикальнй слой набухъ, довольно малокровенъ, мутенъ. Пирамиды гиперемированы. Изъ сосочковъ выдавливается мутная жидкость.

Микроскопическое изслѣдованіе: эпителий прямыхъ мочевыхъ канальцевъ не представляетъ особыхъ измѣненій. Просвѣтъ прямыхъ канальцевъ мѣстами расширенъ и выполненъ зернистой массой или иногда глыбными образованиями. Эпи-

тели извитыхъ мочевыхъ канальцевъ во многихъ мѣстахъ представляетъ явленія дегенераци: кѣтки мутны, зернисты; мѣстами ядра кѣтокъ эпителия окрашены слабо, нерѣдко совершенно не окрашены, и представляютъ такимъ образомъ явленія некроза; въ иныхъ канальцахъ кѣтки набухли и значительно выдаются въ просвѣтъ канальца; въ нихъ замѣчается также и десквамация эпителия; просвѣты канальцевъ мѣстами выполнены зернистой бѣловой массой, въ которой видны отшелушившіяся кѣтки эпителия. Клубочки представляютъ довольно разнообразныя измѣненія: нѣкоторые изъ нихъ увеличены, обильно покрыты ядрами; капсулы ихъ растянуты, эпителий капсулы представляется набухшимъ; въ полости капсулы встрѣчаются отслоившіяся кѣтки эпителия капсулы и клубочковъ. Нѣкоторые, увеличенные въ объемѣ, клубочки распались на отдѣльныя дольки, между которыми видны разбухшія кѣтки и зернистая масса, выполняющая также полость капсулы; капилляры въ такихъ клубочкахъ мѣстами почти совершенно обнажены отъ эпителия: въ просвѣтѣ капилляровъ кровяныхъ шариковъ не видно, а замѣчаются многочисленные глянцевитые тромбы, совершенно закупоривающіе ихъ просвѣтъ; этихъ тромбовъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ такъ много, что клубочекъ, если разсматривать его при среднемъ увеличеніи, представляетъ изъ себя какъ бы сплошную глянцевитую массу. Въ пораженныхъ клубочкахъ въ полости капсулы замѣчается зернистая и тонковолокнистая масса, отгѣсняющая клубочекъ въ сторону.

Вокругъ клубочковъ и сосудовъ встрѣчаются кое-гдѣ мелкія глыбца инфильтраціи лимфоидными элементами. Стѣнки сосудовъ особыхъ измѣненій не представляютъ; эндотелій илтимъ мѣстами пролиферируетъ и отслаивается. Жировое перерожденіе выражено очень слабо; его можно видѣть только кое-гдѣ въ эпителиѣ извитыхъ канальцевъ.

#### С л у ч а й II.

Елена Иванова, 1 года 2 мѣс., поступила въ больницу св. Маріи Магдалины 1/чн 1900 года, съ тяжелой формой



кори, осложнившейся пневмонией и повлекшей за собой летальный исход 18/III на 18-й день пребывания в больнице. Прижизненный диагноз: Morbilli. Pneumonia catarrhalis.

Эпикриз патолого-анатомический: Morbilli. Pneumonia morbillosa acuta disseminata II. infer. pulm.; dupl. Nephritis parenchymatosa acuta. Entero colitis follicularis ac. gr. minoris. Hyperplasia corpusc. Malpighii lienis. Описание почек в протоколъ не имется. Микроскопическое исследование дало следующие результаты: просвѣтъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ нѣсколько расширенъ; кѣтки ихъ представляются частью набухшими и значительно выдаются въ просвѣтъ канальцевъ; внутреннія части кѣтокъ безъ рѣзкаго контура съ неровными выступами. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ кѣтки безъ ядеръ или съ слабо окрашенными ядрами; въ иныхъ мѣстахъ отъ кѣтокъ осталась только узкая кайма вокругъ канальца. Въ просвѣтъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ замѣчается зернистая бѣловатая масса, въ которой иногда видны отшелушившіяся кѣтки эпителия. Въ прямыхъ канальцахъ эпителий по большей части хорошо сохранился; мѣстами только замѣчается его набухлость; просвѣты этихъ канальцевъ нерѣдко выполнены гиалиновыми массами. Въ клубочкахъ также находимъ порядочныя измѣненія: наряду съ нормальными встрѣчаются клубочки, увеличенные въ объемѣ, съ растянутыми капсулами; между капсулой и периферіей клубочка замѣчается зернистая бѣловатая масса; эпителий капсулы представляется значительно набухшимъ, мѣстами замѣчается его десквамация, въ другихъ мѣстахъ клубочки настолько густо покрыты ядрами, что изъ-за нихъ невозможно даже разглядѣть строенія клубочка. Со стороны сосудовъ измѣненія незначительны; капилляры мѣстами переполнены кровью и кое-гдѣ встрѣчаются небольшія кровоизлиянія; эндотелий сосудовъ мѣстами пролиферируетъ и отслаивается. Въ интерстиціальной ткани попадаются немногочисленныя мелкія гнѣзда инфильтраціи лимфоидными элементами преимущественно вокругъ сосудовъ и клубочковъ. Жировое перерожденіе въ этомъ случаѣ, какъ и въ 1-мъ, выражено слабо; на препаратахъ, обработанныхъ осмиевой кислотой, его можно только замѣтить въ эпителиѣ нѣкоторыхъ извитыхъ канальцевъ.

## Случай III.

В. Г., мальчикъ 5 лѣтъ, поступилъ въ Д. Б. П. О. 10/II на 6-й день болѣзни. Мальчикъ слабого сложения и питания; блѣдный, съ цианотическимъ отѣнкомъ кожи и слизи. Въ Dr и Sp масса звучныхъ хриповъ, въ Sp<sub>2</sub>—рѣзкое притупленіе звука. Одышка, цианозъ, слабость и 12/II въ 5 ч. утра—летальный исходъ. Прижизненный диагнозъ: Morbilli st. pigmentationis. Pneumonia catarrh. duplex. Эпикризъ патолого-анатомический: angina, pharyngitis, laryngo—tracheo—bronchitis catarrh. acuta. Pneumonia catarrhalis acuta disseminata pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis magni gradus. Hyperplasia ac. lienis. follicul. Degeneratio parenchym. hepatis. Nephritis chronica et parenchymatosa acuta. Gastro—entero—colitis catarrh. acuta.

Размѣры почекъ: вѣсъ D—63, S—65. Длина 8,5; ширина 4,5; толщина—3,0; толщина коркового слоя 0,9. Почки увеличены. Капсула отдѣляется не свободно, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ съ отрывомъ ткани.

На поверхности почекъ явлются въ небольшомъ количествѣ мелкія и неглубокоя рубцовыя втяженія. Корковый слой утолщенъ, сѣро-желтоватаго цвѣта. Микроскопическое исследование: просвѣты извитыхъ мочевыхъ канальцевъ выполнены тонко-волокнистой и зернистой массой, въ которой замѣчается много круглыхъ, прозрачныхъ шаровъ, которые не окрашиваются ни возпомъ, ни сафраниномъ; кромѣ этихъ шаровъ въ этой массѣ можно различить также отслоившіяся кѣтки эпителия и иногда красныя кровяныя шарикъ.

Ядра кѣтокъ эпителия извитыхъ мочевыхъ канальцевъ мѣстами окрашены слабо, мѣстами совсѣмъ не окрашены; протоплазма кѣтокъ порозна; внутреннія части кѣтокъ, обращенныя къ просвѣту канальцевъ, представляются неровными, зазубренными. Въ нѣкоторыхъ извитыхъ канальцахъ можно видѣть, что протоплазма эпителия состоитъ какъбы изъ двухъ слоевъ, при чемъ наружный слой зернистъ, порозень и окрашенъ возпомъ въ нѣжно-розовый цвѣтъ, а внутренний слой представляетъ гомогенную массу, окрашенную въ красновато-фіолетовый цвѣтъ. Эпителий прямыхъ

канальцевъ измѣненъ сравнительно мало; въ немъ можно замѣтить только кое-гдѣ мутное набуханіе; просвѣты ихъ иногда выполнены гиалиновыми массами. Въ клубочкахъ наблюдаются довольно разнообразныя измѣненія: въ полости капсулы нерѣдко замѣчается экссудатъ въ видѣ зернистой бѣловатой массы; во многихъ клубочкахъ встрѣчается рѣзкое увеличеніе числа ядеръ, интенсивно-окрашенныхъ гематоксилиномъ и совершенно затемняющихъ строеніе клубочка; эпителий капсулы нерѣдко представляется значительно набухшимъ, мѣстами замѣчается его пролиферация; въ вѣнкахъ мѣстахъ наблюдается десквамация эпителия капсулы и клубочковъ и отшелушившіяся кѣлѣтки плаваютъ въ экссудатѣ. Капилляры клубочковъ умѣренно наполнены кровью. Иерѣдка встрѣчаются клубочки, подвергнувшіеся цирротическому процессу: капсулы такихъ клубочковъ значительно утолщены, клубочки представляются спавшимися, и въ нихъ, при окраскѣ по van Gieson'у, между капиллярами видны прослойки соединительной ткани, окрашенной въ розовый цвѣтъ.

Стѣнки сосудовъ утолщены; эндотелий кое-гдѣ пролиферируетъ и отслаивается. Вокругъ клубочковъ и сосудовъ можно мѣстами видѣть кругло-кѣлочную инфильтрацію; рядомъ съ кругло-кѣлочными элементами встрѣчается иерѣдка и молодая соединительная ткань съ веретено-образными ядрами.

#### Случай IV.

М. Ш., дѣвочка 2½ лѣтъ, поступила въ Д. Б. П. О. б/х. Больна съ 1-го Октября. Жаръ, кашель, поносъ. 4х—появилась коревая сыпь. До настоящаго заболѣванія цѣлый годъ страдала поносами. St. grade. Слабого сложения и питания. Коревая сыпь въ стадіи пигментации. Въ Дри тошъ приглушенъ, дыханіе съ бронхіальнымъ отдѣлкомъ; 60—дыханій въ минуту. Стулъ частый и жидкій. Солидность. Т. 39,9. Въ дальѣйшемъ теченіи явленія пневмоніи и кишечнаго катарра продолжали нарастать, появились пролежни и 23х въ 3 ч. ночи больная скончалась. Прижизненный диагнозъ: Morbilli st. pigmentationis. Осложненія: 1) pneumonia catarr. sin., 2) colitis acuta.

Епикризь патолого-анатомическій:

Morbilli. Tracheo — bronchitis purulenta acuta. Bronchopneumonia purulenta pulmonis utriusque. Pleuritis fibrinosa sinistra. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatitis mediæ gradus. Nephritis parenchymatosa acuta. Hyperplasia lienis acuta. Gastro-entero — colitis catarrh. acuta.

Размѣры почекъ: вѣсъ D—48, S—49; длина 7,5; ширина—4; толщина—2,5; толщина коркового слоя 0,7.

Почки увеличены, капсула ихъ напряжена, снимается свободно. Консистенція почекъ понижена. Корковый слой набухъ, мутенъ, сѣро-желтоватого цвѣта, съ значительно-налитыми кровеносными сосудами. Пирамиды темно-краснаго цвѣта. Изъ сосочковъ выдавливается млечный сокъ. Микроскопическое изслѣдованіе: кругло-кѣлочная инфильтрація вокругъ сосудовъ, клубочковъ и въ промежуткахъ между извитыми мочевыми канальцами. Капилляры довольно значительно раздуты кровью и мѣстами встрѣчаются геморрагические фокусы. Стѣнки сосудовъ утолщены, какъ media, такъ и adventitia; мѣстами встрѣчается пролиферация и десквамация эндотелия. Въ извитыхъ мочевыхъ канальцахъ наблюдаются значительныя измѣненія въ эпителиѣ; послѣдній представляется частью набухшимъ, частью распавшимся въ мелкозернистую массу; ядра кѣлѣтокъ эпителия или окрашены слабо, зачастую совсѣмъ не окрашены; границы между кѣлками исчезли, протоплазма ихъ порвана, съ вакуолами и неровными, какъ-бы изъѣденными краями. Мѣстами эпителий настолько перерожденъ, что отъ него осталась только узенькая безъядерная каемка и извитые каналцы представляются какъ-бы совершенно лишенными эпителия; нерѣдко кромѣ того замѣчается и шелушеніе эпителия. Просвѣтъ пораженныхъ канальцевъ выполненъ мелкозернистой бѣловатой массой, въ которой можно видѣть лейкоциты и отслоившіяся кѣлѣтки эпителия. Въ прямыхъ канальцахъ измѣненія выражены слабо; здѣсь можно наблюдать только мутное набуханіе и иногда менѣе интенсивную, чѣмъ въ нормѣ, окраску ядеръ. Клубочки мѣстами увеличены, обильно покрыты ядрами; эпителий капсулы представляется значительно набухшимъ, нерѣдко расположенъ въ два ряда.

Въ полости нѣкоторыхъ капсулъ замѣчается экссудатъ въ

Харк. Мед. Институтъ

БИБЛИОТЕКА

РЕ. ИД. НАУКОВА БИБЛИОТЕКА

5172

Изм.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института

видѣ бѣлковой мелкозернистой массы, въ которой встрѣчаются отслоившіяся кѣтки эпителия капсулы и клубочковъ.

Ирѣдка попадаются такіе клубочки, которые совершенно сжеклились и окружены утолщенной капсулой въ видѣ широкаго слоя фиброзной ткани; при этомъ клубочекъ лежитъ всегда въ центрѣ такой утолщенной капсулы.

Жировое перерожденіе выражено слабо, его только при очень внимательномъ осмотрѣ препарата можно замѣтить въ эпителиѣ немногихъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ.

#### Случай V.

Л. О., дѣвочка 1 г. 18 дней, поступила въ дѣтскую больницу Принца Ольденбургскаго 9/х въ второй день болѣзни. St. praes. Рахитическаго сложенія, плохаго питанія. Conjunctivitis, rinitis et tussis. Яркая, мелко и крупно папулезная сыпь по всему тѣлу. Тонъ легкихъ — тимпанитич., масса мелкихъ, влажныхъ хриповъ. T°—40,°3.

Вскорѣ въ Sp<sub>1</sub> и Dr, появилось заглушеніе тона и бронхальное дыханіе.

Сильная одышка, упадокъ сердечной дѣятельности и 12/х ночью летальный исходъ. Клинической діагнозы: Morbilli, pneumonia catarr. morbillosa duplex. Диагнозы патолого-анатомическій: laryngo — tracheo — bronchitis (morbillosa) catarrhalis. Bronchopneumonia (morbillosa) duplex.

Hyperplasia follicul. lienis. Degeneratio parench. cordis, hepatitis, remum med. gradus. Вскрытіе черезъ 12 часовъ послѣ смерти.

Размѣры почекъ: вѣсъ D 39,0,— S 40,0.

Длина 7 см.; ширина 3,4; толщина 2,2; толщина корковаго слоя 0,6. Почки нѣсколько увеличены въ объемѣ; капсула почекъ снимается легко, поверхность ихъ гладкая. Ткань почекъ плотнѣе нормальной, темно-краснаго цвѣта. На разрѣзѣ корковый слой немного утолщенъ, на границѣ съ мякотнымъ мутнѣе, сѣро-краснаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ прежде всего бросаются въ глаза рѣзкіе измѣненія въ эпителиѣ извитыхъ канальцевъ: ядра его

мѣстами красятся плохо, мѣстами же совершенно не окрашены, кромѣ того замѣчается еще мелушеніе кѣтокъ; мѣстами дегенеративныя измѣненія эпителия представляется въ видѣ распада въ мелкозернистую массу; въ иныхъ мѣстахъ протоплазма кѣтокъ представляется зернистой, порозной съ извѣденными неровными краями. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ замѣчается мелушеніе эпителия, извитые канальцы представляются почти совершенно лишеными эпителиальнаго покрова или отъ эпителия осталась только узкая кайма съ немногими уцѣлѣвшими ядрами. Въ просвѣтахъ пораженныхъ канальцевъ замѣчается бѣлковая зернистая масса, въ которой можно иногда различить лейкоциты и смелупившіеся эпителии. Въ прямыхъ канальцахъ измѣненія выражены значительно слабѣе, здѣсь замѣчается только набухлость и мутность протоплазмы; мелушенія кѣтокъ въ нихъ не наблюдается. Въ клубочкахъ измѣненія выражены слабѣе, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ; можно отмѣтить только увеличеніе числа ядеръ, мѣстами десквамацию эпителия и незначительный эксудатъ въ полости капсулы; нѣкоторыя петли капилляровъ переполнены кровью. Незначительную круглокѣточную инфилтрацію можно только ирѣдка видѣть около сосудовъ.

#### Случай VI.

С. Д., мальчикъ 1 г. 4 м., поступилъ въ Д. Б. П. О. 15/хи спустя два дня послѣ появленія коревой сыпи. Ребенокъ рахитическаго сложенія, средняго питанія. Коревая бѣлчная сыпь въ стадіи исчезанія. Въ Dr<sub>1</sub> и Sp<sub>2</sub> влажные незвучные хрипы. 18/хи въ 5½ час. вечера ребенокъ скончался. Клинической діагнозы: Morbilli, pneumonia catarr. morbillosa duplex. Эпизризь патолого-анатомическій: oedema et hyperaemia venosa diae matris. Oedema pulmonum. Pneumonia catarr. ac. lobi infer sinistri et partis posterioris lobi infer dextri.

Degeneratio parenchym. cordis medii gradus. Hyperplasia acuta lienis follicularis. Hyperaemia venosa et degener. parenchym. hepatitis et remum parvi gradus. Epheritis catarr. acuta follicul. Размѣры почекъ: вѣсъ правой—40, лѣвой—42 гр.:

длина — 7; ширина — 3,5; толщина — 2,5; толщина коркового слоя 0,6 см. Капсула почек отделяется свободно; поверхность почек гладка. Ткань почек плотнее нормальной, темно-красного цвета. Корковый слой на границе с мякотным мутный, сирого-красного цвета.

Микроскопическое исследование: как и в предыдущем случае, здесь преобладают изменения в эпителии извитых мочевых канальцев, выраженные правда менее сильно. Картина тут также довольно разнообразная: мы видим и мутное набухание, и коагуляционный некроз, и десквамацию эпителия. Ядра клеток эпителия в некоторых местах окрашены слабо, иногда ядер совершенно не видно. В прямых канальцах изменения эпителия ничтожны, можно видеть только его мутное набухание. В некоторых клубочках замечается увеличение числа ядер и переполнение кровью петель капилляров; местами в клубочках можно заметить шелушение эпителия и экзудат в полости капсулы. В интерстициальной ткани, в стенках сосудов изменений не наблюдается. Жирового перерождения в этом случае, как и в V-м не наблюдалось.

#### Случай VII.

А. И., мальчик 1 г. 3 мѣс, поступил в Д. Б. П. О. 21-х на следующий день после появления коревой сыпи. Жар, кашель и сыпь (st. floritionis) Conjunctivitis et iritis. При перкусии легких очень пестрая картина чередующихся тимпаниа и приглушенного тона.

В Др и Даз — бронхиальное дыхание; в Др и Sp. — крепитация. Дыханий 56 в 1'; t° 39,4; пульс 140. Слабость и одышка все прогрессировали, появилась цианоза и 23-х в 2½ ч. утра ребенок скончался.

Клинический диагноз: Morbilli, pneumonia catarr. morbillosa duplex. Секционный эпикриз: Morbilli; laryngo — tracheo — bronchitis catarr. ac.; broncho — pneumonia morbillosa duplex. Degeneratio parench. cordis, hepatis, renum med. gradus.

Размеры почек: весь D — 42, S — 44; длина 7,5; ши-

рина 3,5; толщина 2,4; толщина коркового слоя 0,7. Почки не увеличены; капсула их снимается легко; поверхность гладкая. Ткань их на разрезе бледно-сероватого цвета; корковый слой незаметно переходит в мякотный.

Микроскопическое исследование почек обнаруживает главным образом дегенерацию, а местами и некроз эпителия извитых канальцев; клетки мутны, зернисты, нередко без ядер; границы между клетками неясны; в иных канальцах клетки набухли и значительно выдаются в просвет канальца; местами просветы канальцев выполнены зернистой белковой массой и распавшимися клетками эпителия; в этой массе можно иногда заметить свободные ядра и лейкоциты. Эпителий прямых мочевых канальцев особым изменением не представляет, изредка попадаются участки с мутным набуханием. Клубочки по большей части почти совершенно не изменены; число ядер не увеличено, клетки капилляров умеренно наполнены кровью; изредка только встречаются клубочки с увеличенным числом ядер; экзудат в полости капсулы не наблюдается.

Жирового перерождения в клетках эпителия выявить не удается. Интерстициальная ткань и сосудистая система изменений не представляют.

#### Случай VIII.

Г. И., мальчик 7 мѣс. поступил в Д. Б. П. О. 23-х. Болезнь 5-ый день. (Т. 40,9°). Жар, кашель, яркая сыпь по всему телу; коревые катарры, специфические изменения полости рта. Рахитического сложения, среднего питания. В Др тонь приглушеная, бронхиальное дыхание. Область приглушения тона и бронхиального дыхания спустилась и в Др<sup>2</sup>. 25-х. Т° 40,2; Р — 146; дых. — 92. Безошстой слабый пульс, одышка, цианоз и смерть в 12 ч. дня 25-х. Прижизненный диагноз: Morbilli, pneumonia catarr. (morbillosa). Диагноз патолого-анатомический: Laryngo-tracheo-bronchitis catarr. ac. (morbillosa). Broncho-pneumonia morbillosa duplex. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis, renum medii gradus. Morbilli. Размеры почек: весь: D. 33, S. 34 гр. Длина 6,3; ширина — 4,0; толщина 2,2; толщина коркового слоя —

0,6. Капсула почек снимается легко, поверхность их — гладкая. Корковый слой немного утолщен, сѣровато-краснаго цвѣта, не рѣзко отличается отъ пирамидальнаго слоя. Пирамиды блѣдно-краснаго цвѣта. Микроскопическое изслѣдование: эпителий прямыхъ мочевыхъ канальцевъ особымъ измѣненіемъ не представляется. Эпителий извитыхъ мочевыхъ канальцевъ мѣстами мутенъ и зернистъ, мѣстами клѣтки эпителия — безъ ядеръ и представляютъ такимъ образомъ явленія некроза. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ части клѣтокъ эпителия, обращенныя къ просвѣту канальцевъ, имѣютъ неровный, какъ бы извѣденный край; иные канальцы окаймлены только узкой протоплазматической полосой съ ядрами; въ просвѣтѣ ихъ замѣчается перѣдко мелкозернистая бѣловатая масса и въ пей видны иногда отслоившіяся клѣтки эпителия канальцевъ. Въ просвѣтѣ собирательныхъ трубокъ встрѣчаются кое-гдѣ гліановые, рѣже эпителиальные и зернистые цилиндры.

Клубочки уклонены отъ нормы не представляютъ; капсулы ихъ умѣренно наполнены кровью. Въ интерстиціальной ткани и сосудахъ измѣненій не наблюдается.

### Случай IX.

М. Г., дѣвочка 3 лѣтъ, поступила въ Д. Б. П. О. 22/xi на 3-й день болѣзни. Жаръ, кашель, сыпь. Рахитическаго сложения, средняго питанія, малокровна. Въ періодъ паденія t-ры, крутой подъемъ до 40°. Въ Dr<sub>1</sub> и Da<sub>2</sub> — притупленіе тона и бронхиальное дыханіе. Сильная одышка, слабость и 28/xi въ 12 ч. 10 м. утра летальный исходъ. Клиническій діагнозъ: Morbilli, pneumonia lobaris dextra, otitis med. purul ac. dextra.

Эпикризь патолого-анатомическій: Morbilli. Broncho-pneumonia catarr. morbillosa duplex. Pleuritis seropurulenta haemorrhag. dextra. Otitis med. ac. purul. dextra. Degeneratio parenchym. cordis, hepatitis, rennum medii gradus. Размеры почек: въсь Д. 53 гр., S—54; длина 7,5; ширина 4,0; толщина—2,3; толщина корковаго слоя—0,7. Почки немного увеличены. Капсула снимается легко, поверхность почек—

гладкая. Корковый слой утолщенъ, красновато-сѣраго цвѣта, мутенъ, съ неяснымъ рисункомъ, по цвѣту мало отличается отъ пирамидъ, умѣренно наполненныхъ кровью. Микроскопическое изслѣдование: здѣсь опять таки преобладаютъ измѣненія въ эпителии извитыхъ канальцевъ; ядра его мѣстами окрашены очень слабо, мѣстами ихъ совсѣмъ не видно; протоплазма клѣтокъ мутна, зерниста, порозна, границы между клѣтками не различаются; въ нѣкихъ капсулахъ замѣчается набухлость клѣтокъ эпителия или же наблюдается его пролиферація, при чемъ весь просвѣтъ канальца выполненъ эпителиальными клѣтками, расположенными въ нѣсколько рядовъ съ хорошо окрашенными ядрами. Иногда извитые канальцы выполнены мелкозернистой бѣловатой массой; мѣстами клѣтки эпителия, выстилающія мочевые канальцы уплощены; внутреннія части клѣтокъ неровны, какъ бы извѣдены; мѣстами отъ клѣтокъ осталась только узкая кайма вокругъ канальца. Въ прямыхъ канальцахъ эпителий хорошо сохранился; кое-гдѣ въ нихъ замѣчаются гліановыя образованія, закупоривающія просвѣтъ канальцевъ. Въ клубочкахъ можно только отличить мѣстами увеличение числа ядеръ, затемняющее строеніе клубочка; капсулы нѣкоторыхъ клубочковъ значительно наполнены кровью. Въ соединительной ткани и сосудахъ особымъ измѣненіемъ не наблюдается; эндотелий сосудовъ мѣстами только пролиферуетъ и отслаивается.

### Случай X.

В. И., мальчикъ 1 г. 7 мѣс., поступилъ въ Д. Б. П. О. 27—xi на 5-ый день болѣзни. Жаръ, кашель.

Мальчикъ рахитическаго сложения, средняго питанія. По всему тѣлу крупно-пятнистая, пигментирующаяся коревая сыпь.

28—xi. — t°39,0° — въ Dr<sub>1</sub> тонъ приглушенъ; 1—xii. — t°39,4°; — въ Sp<sub>2</sub> и у позвоночника приглушеніе тона и бронхиальное дыханіе. Въ дальнѣйшемъ теченіи явленія пневмоніи все усиливались и 8—xii ребенокъ скончался.

Прижизненный діагнозъ: Morbilli pneumonia catarr. morbillosa duplex.

Эпикризь патолого-анатомический: Morbilli st. pigmentationis. Laryngitis et bronchitis catarrhalis acuta.

Pneumonia morbillosa ac. disseminata duplex. Размеры почек: Всь правой 42, лъвой 44 грм.

Длина 7,2; ширина 3,6, толщина 2,5; толщина коркового слоя 0,6 см.

Почки въсколько увеличены въ объемѣ, капсула ихъ снимается легко; поверхность почекъ гладкая, темно-краснаго цвѣта; корковый слой умѣренно утолщенъ, гиперемированъ, не рѣзко отличается отъ пирамидальнаго слоя; консистенція почекъ плотнѣе нормальной. Микроскопическое изслѣдованіе: эпителий извитыхъ мочевыхъ канальцевъ мѣстами мутенъ и зернистъ; ядра клѣтокъ эпителия въ нихъ мѣстами или окрашены слабо, или совсѣмъ не окрашены, представляя явленія некроза; границы между клѣтками исчезли; въ просвѣтѣ канальцевъ нерѣдко замѣчается зернистая бѣлковая масса съ отслоившимися клѣтками эпителия, и иногда въ этой массѣ можно замѣтить небольшое количество красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Эпителий прямыхъ канальцевъ хорошо сохранился; просвѣтъ ихъ кое-гдѣ выполненъ глинивою массой. Жироваго перерожденія не замѣчается.

Стѣнки сосудовъ и интерстиціальная ткань видимыхъ измѣненій не представляютъ. Пораженія клубочковъ не наблюдается; изрѣдка только въ нихъ можно отмѣтить увеличеніе числа ядеръ и значительное кровенаполненіе капилляровъ.

### Случай XI.

Е. П., дѣвочка 1 г. 7 мѣс. поступила въ Д. Б. П. О. 18—хл.

Слабого сложенія и питанія, блѣдна. Жаръ, кашель, сильная одышка, цианозъ, слабый пульсъ, вздутый животъ, увеличенныя и плотныя яен et hepar.

Въ легкихъ приглушеніе тона, бронхиальное дыханіе и влажные хрипы. На тѣлѣ блѣдно-синевадая рѣдкая коревая сыпь.

t°40,°6; дых. 80 въ 1'; пульсъ 160.

21—хл въ 2 ч. дня летальный исходъ.

Прижизненный диагнозъ: Morbilli, pneumonia catar. lobuladuplex.

Патолого-анатомическій эпикризь: desquamatio cutis post morbillis, Angina, tracheo bronchitis acuta.

Pneumonia catar. ac. haemorrhagica lobi inferioris et partis posterioris lobi superioris pulmonis utriusque. Degeneratio paren chymatosa cordis, hepatis et renum mediі gradus. Hyperlasia ac. lienis follicul. Morbilli.

Капсула почекъ напряжена, снимается свободно; поверхность почекъ гладка. Корковый слой умѣренно утолщенъ, мутенъ, сѣро-краснаго цвѣта. Бергиневы столбы выдаются надъ поверхностью-разрѣза. Макотный слой сѣро-краснаго цвѣта.

При давленіи изъ сосочковъ выдавливается млечная жидкость.

Размѣры почекъ: всь D—40, S—41. Длина 7; ширина 3,5; толщина 2,5. Толщина коркового слоя 0,5. Микроскопическое изслѣдованіе: наиболѣе замѣтныя измѣненія наблюдаются въ эпителиѣ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ; въ нихъ наряду съ нормальными клѣтками можно видѣть и мутное набуханіе, и шелушеніе, и некрозъ эпителия. Ядра мѣстами красятся слабо, мѣстами совершенно отсутствуютъ; границы клѣтокъ не различаются; въ нѣкоторыхъ канальцахъ клѣтки эпителия превращены въ мелко-зернистый распадъ.

Въ прямыхъ канальцахъ можно иногда встрѣтить участки съ мутно-набухшимъ эпителиемъ; въ просвѣтѣ канальцевъ, особенно въ собирательныхъ трубкахъ попадаютъ кое-гдѣ глинивые, изрѣдка и зернистые цилиндры.

Въ клубочкахъ особыхъ измѣненій не наблюдается; мѣстами встрѣчается только незначительное увеличеніе числа ядеръ клубочка и иногда петли его капилляровъ переполнены кровью. Жироваго перерожденія нигдѣ не замѣтно. Въ интерстиціальнй ткани и стѣнкахъ сосудовъ измѣненій не наблюдается.

## Случай XII.

И. К., мальчик 1 г. 9 мѣс., поступилъ въ Д. Б. П. О. на 4-ый день болѣзни. Жаръ, кашель, сыпь, conjunctivitis et rinitis.

Мальчикъ рахитическаго сложенія, плохаго питанія. Въ заднихъ частяхъ легкихъ приглушеніе тона и бронхиальное дыханіе.

Въ дальнѣйшемъ теченія болѣзненныхъ явленія со стороны легкихъ еще болѣе усилились, появилась рѣзкая одышка, цианозъ, слабый пульсъ и 11—и въ 4 ч. утра ребенокъ скончался. Прижизненный диагнозъ: Morbilli, broncho—pneumonia catarrhalis duplex. Епикризь патолого-анатомическій: Augina catarrhalis duplex. Pleuritis fibrinosa—purulenta dextra. Pneumonia catarr. ac. partis posterioris pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymatosa cordis mediі gradus. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchym. hepatis et renum mediі gradus. Morbilli.

Размѣры почекъ: вѣсъ Д—43, S—44. Длина 7,3; ширина 3,6; толщина 2,5; толщина коркового слоя—0,6. Почки слегка увеличены.

Капсула умеренно напряжена, снимается свободно. Консистенція почекъ понижена. Ткань вялая, блѣдная. Корковый слой на границѣ съ мякотнымъ помутнѣлъ.

Микроскопическое изслѣдованіе: эпителий извитыхъ канальцевъ въ данномъ случаѣ, сравнительно съ предъидущимъ, пораженъ не такъ рѣзко; въ большинствѣ канальцевъ онъ находится въ состояніи мутнаго набуханія и только кое-гдѣ попадаются участки, гдѣ ядра эпителия окрашены слабо или даже совсѣмъ не окрашены, и эпителий, превращенный въ зернистую массу безъ ядеръ, представляеть такимъ образомъ явленія некроза.

Въ прямыхъ канальцахъ эпителий безъ измѣненій. Въ клубочкахъ особымъ измѣненіемъ не замѣтно; изрѣдка только встрѣчаются клубочки, въ которыхъ число ядеръ нѣсколько увеличено. Жировка перерождена, измѣненій въ соединительной ткани и стѣнкахъ сосудовъ видѣть нигдѣ не удастся.

Закончивъ описаніе всѣхъ собранныхъ нами случаевъ, обратимся къ ихъ анализу и постараемся по возможности разобраться въ этомъ пока еще сыромъ матеріалѣ. Приступая къ разбору полученныхъ нами данныхъ, мы будемъ руководствоваться точкой зрѣнія исключительно патолого-анатомической.

Въ клиническомъ отношеніи всѣ наши случаи представляютъ между собой большое сходство; всѣ они представляютъ изъ себя случаи чистой кори, сопровождавшейся только однимъ изъ самыхъ частыхъ ея осложненій—катаральной пневмоніей, развивающейся обычно на почвѣ коревой инфекции; двухсторонняя катаральная пневмонія во всѣхъ нашихъ случаяхъ и была повидному причиною летальнаго исхода.

Изъ 12 случаевъ, изслѣдованныхъ нами, только въ одномъ при жизни былъ диагностированъ острый нефритъ, благодаря главнымъ образомъ тому, что больная поступила уже съ отеками; суточное количество мочи въ этомъ случаѣ, по даннымъ исторіи болѣзни, было очень скудно—всего 100 к. с., удѣльный вѣсъ—1020; моча содержала значительно количество бѣлка.

Относительно остальныхъ одиннадцати случаевъ никакихъ указаний на подобныя явленія со стороны мочи не имѣется.

Изъ двѣнадцати нашихъ случаевъ было шесть мальчиковъ и столько же дѣвочекъ; по возрастамъ—самому старшему изъ нихъ было пять лѣтъ, самому младшему семь мѣсяцевъ.

По сложенію—семеро изъ нихъ были рахитическаго, остальныхъ пять вообще слабого сложенія и питанія. Въ больницѣ—двое изъ нихъ поступило на шестой день болѣзни, четверо на пятый, остальные шесть—на второй, третій и четвертый день болѣзни. Въ анамнезѣ у большинства изъ нихъ, кромѣ остатковъ рахита, никакихъ болѣзней не отмѣчено; только въ одномъ случаѣ (IV-мъ) изъ предшествовавшихъ страданій указано на поносы, продолжавшіяся въ теченіи дѣлаго года до послѣдняго заболѣванія корью. Во всѣхъ случаяхъ клинически была диагностирована катаральная пневмонія, подтвердившаяся и насекіи. Теперь перейду къ даннымъ патолого-анатомическимъ; изъ протоколовъ вскрытія видно, что и въ патолого-анатомическомъ отношеніи всѣ наши случаи мало разнятся другъ отъ друга; картина пневмоніи повсюду пред-

ставлялась в видѣ мелкихъ, разсыянныхъ по ткани легкаго гнѣзда, которая иногда сливались между собою и занимали тогда почти всю толщу легкаго. Нефритъ на секциях макроскопически былъ определенъ только четыре раза; въ остальныхъ восьми случаяхъ въ протоколахъ отмѣчено только *degeneratio renschumatosa renum*. На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія мы считаемъ возможнымъ раздѣлить всѣ наши случаи на двѣ группы: въ первую группу войдутъ 6 случаевъ, въ которыхъ, на ряду съ измѣненіями въ мочевыхъ канальцахъ и интерстиціальной ткани, было констатировано значительное поражение клубочковъ; во вторую группу войдутъ остальные шесть случаевъ, гдѣ на первомъ планѣ стоятъ измѣненія въ эпителиѣ мочевыхъ канальцевъ, преимущественно корковаго слоя; клубочки же почти совсѣмъ не были затронуты. Измѣненія въ почкахъ, найденныя въ шести случаяхъ I-й группы весьма значительны: поражены и клубочки, и эпителии мочевыхъ канальцевъ; кромѣ того имѣются еще воспалительныя явленія въ интерстиціальной ткани и въ стѣнкахъ сосудовъ. Клубочки частью нормальны, въ большинствѣ же случаевъ они увеличены въ объемѣ, капсулы ихъ растянуты; эпителии капсулъ представляется набухшимъ, мѣстами пролиферируетъ и отслаивается; въ нѣкоторыхъ клубочкахъ замѣчается настолько рѣзкое увеличеніе числа ядеръ, что изъ за нихъ совершенно нельзя разглядѣть строенія клубочка.

Между капсулой и периферіей клубочка во многихъ мѣстахъ видна мелкозернистая бѣлковая масса, отгнѣсяющая клубочекъ въ сторону; въ этой массѣ различаются отслоившіяся кѣтки эпителиа капсулы и клубочковъ; иногда въ полости капсулы встрѣчается много прозрачныхъ не окрашивающихся шаровъ, встрѣчающихся также и въ просвѣтѣ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ. Происхожденіе этихъ шаровъ различные авторы объясняютъ различно. Намъ кажется вѣроятнымъ предположеніе Ивановскаго и Logen'a, что шары эти есть ничто иное, какъ остатки кѣтокъ эпителиа.

Въ иныхъ случаяхъ (случай I) клубочки мѣстами распались на отдѣльныя дольки, при чемъ канальцы ихъ почти совсѣмъ обнажены отъ эпителиа; въ просвѣтѣ такихъ каналь-

целей кровяныхъ шариковъ очень мало, а въ нихъ замѣчаются многочисленныя галлицированные тромбы.

Въ эпителиѣ канальцевъ, преимущественно корковаго слоя, тоже находимъ довольно значительныя измѣненія: кѣтки эпителиа извитыхъ мочевыхъ канальцевъ мѣстами мутны, зернисты; мѣстами ядра кѣтокъ эпителиа окрашены слабо, нерѣдко совершенно не окрашены, что уже указываетъ на некрозъ кѣтокъ; въ иныхъ канальцахъ кѣтки сильно набухли и значительно въ видѣ конусовъ выдаются въ просвѣтъ канальцевъ; протоплазма кѣтокъ порозна, съ вакуолами; мѣстами внутрення край кѣтокъ, обращенный къ просвѣту канальцевъ, безъ рѣзкаго контура, неровны съ выдающимися въ просвѣтъ канальца выступами; мѣстами отъ кѣтокъ эпителиа, лишенныхъ ядеръ, осталась только узкая кайма вокругъ канальца; въ трехъ случаяхъ (I, II и V), въ извитыхъ мочевыхъ канальцахъ можно было иногда замѣтить слабо выраженное жировое перерожденіе эпителиа; въ одномъ случаѣ (№ III) въ нѣкоторыхъ извитыхъ канальцахъ протоплазма состоитъ какъ бы изъ двухъ слоевъ — наружнаго зернистаго, окрашеннаго эозиномъ въ нѣжно-розовый цвѣтъ, и внутренняго гомогеннаго, окрашеннаго въ фиолетово-красный цвѣтъ. На возможность измѣненной только однихъ внутреннихъ частей кѣтокъ эпителиа мочевыхъ канальцевъ есть указанія у многихъ авторовъ. Logen' \*) изслѣдовалъ почки при многихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и особенно вниманіе обратилъ на внутреннюю часть эпителиальныхъ кѣтокъ мочевыхъ канальцевъ, описанную Tarnier подъ названіемъ цѣткообразнаго слоя. По мнѣнію Logen'a въ патологическихъ случаяхъ этотъ цѣткообразный слой исчезаетъ, благодаря чему внутренняя часть кѣтки представляется неровною, какъ бы надорванною; иногда эта часть совсѣмъ отрывается и попадаетъ въ просвѣтъ канальцевъ, гдѣ глииновою перерождается и представляется тогда въ видѣ гомогенныхъ глыбокъ. Просвѣты извитыхъ, рѣже и прямыхъ, канальцевъ выполнены зернистой бѣлковой массой, въ которой видны отслоившіяся кѣтки эпителиа и иногда лейкоциты и красныя кровяныя шарики.

Въ прямыхъ канальцахъ эпителии по большей части хо-



рошо сохранился; мѣстами только замѣчается его набухлость; просвѣтъ прямыхъ канальцевъ нередко закупоренъ гліалиновыми массами. Въ интерстиціальной ткани во всѣхъ этихъ случаяхъ можно было наблюдать гнѣздную инфильтрацію лимфоидными элементами вокругъ нѣкоторыхъ клубочковъ, сосудовъ и въ промежуткахъ между мочевыми канальцами; въ стѣнкахъ сосудовъ, за нѣкоторыми нижеупомянутыми исключениями, особыхъ изменений не наблюдалось; иначе можно было видѣть пролиферацию и шелушеніе эндотелія интимы. — Изъ случаевъ первой группы надо выдѣлать два, въ которыхъ на ряду съ вышеописанными острыми явлениями, наблюдались также и явления хроническаго воспаления, выраженныя довольно отчетливо; эти случаи №№ III и IV; здѣсь помимо клубочковъ съ явлениями остраго воспаления, видны и такіе клубочки, которые совершенно съжились, окружены утолщенной капсулой и представляются въ видѣ широкаго фиброзаго кольца, въ центрѣ котораго заключена небольшая кучка ядеръ. Въ вѣсколко расширенныхъ промежуткахъ между извитыми мочевыми канальцами можно иногда замѣтить развитіе молодой соединительной ткани съ веретенообразными ядрами.

Стѣнки сосудовъ (adventitia, мышечная оболочка и intima) утолщены; въ adventitiѣ артеріальныхъ сосудовъ нередко замѣчается значительное разрознение соединительно-тканыхъ клѣтокъ; съ Vas affer. эти клѣтки переходятъ на клубочки, которые мѣстами почти совершенно покрыты этими клѣтками. Такое-же разрознение клѣтокъ наблюдается мѣстами и въ соединительной ткани, окружающей капсулы.

Итакъ въ этихъ двухъ случаяхъ №№ III и IV, мы по всей вѣроятности видимъ въ почкахъ хроническій процессъ, обострившійся подъ вліяніемъ коревой инфекции; причиной хроническаго измѣненія въ случаѣ № IV мы можемъ считать, отмѣченное въ анамнезѣ и продолжавшееся цѣлый годъ, страданіе кишечника; послѣднее — многіе авторы считаютъ за одну изъ довольно частыхъ причинъ развитія нефрита, основываясь на томъ, что въ больномъ кишечникѣ образуется масса токсиновъ, которые, выдѣляясь черезъ почки, вызываютъ ихъ воспаление. Въ случаѣ № III, за отсутствіемъ анамнестическихъ данныхъ, причина хроническаго измѣненія въ почкахъ остается

неизвѣстною; возможно, что и въ этомъ случаѣ ребенокъ еще до кори страдалъ какой-нибудь болянью, вызвавшей въ почкахъ хроническій процессъ.

Теперь перейдемъ къ случаямъ второй группы; въ нихъ, какъ было уже упомянуто, преобладаютъ измѣненія въ эпителиѣ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ; клубочки здѣсь почти совершенно не затронуты; мѣстами только можно отмѣтить въ клубочкахъ увеличенное число ядеръ и переполненіе кровью петель капилляровъ. Въ эпителиѣ же извитыхъ мочевыхъ канальцевъ измѣненія весьма значительны: тутъ наблюдается и набуханіе клѣтокъ, и распадъ ихъ къ зернистую массу, и шелушеніе, и некрозъ эпителия. Въ прямыхъ канальцахъ эпителия по большей части хорошо сохранился; въ просвѣтѣ ихъ только иногда можно замѣтить зернистую бѣловую массу; чаще видны гліалиноваго образованія, закупоривающія просвѣтъ канальцевъ. Жироваго перерожденія эпителия въ случаяхъ второй группы мы не разу не наблюдали. Въ интерстиціальной ткани и стѣнкахъ сосудовъ особыхъ измѣненій не наблюдалось; изрѣдка только можно было встрѣтить мелкія гнѣзда инфильтраціи лимфоидными элементами въ подкапсульномъ слое, вдоль сосудовъ и вокругъ клубочковъ.

Такимъ образомъ, на основаніи полученныхъ нами данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, почти во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ, за исключеніемъ только двухъ, мы имѣемъ право поставить діагнозъ «Nephritis parenchymatosa acuta», при чемъ въ первой группѣ, кромѣ измѣненій въ эпителиѣ были также и явления glomerulo-nephritis; во второй же группѣ на первомъ планѣ стояли рѣзкія дегенеративныя измѣненія эпителия извитыхъ мочевыхъ канальцевъ.

Выдѣленные нами два случая, въ которыхъ наблюдались также и вышеописанныя хроническія измѣненія, позволительно будетъ отнести къ числу подострыхъ нефритовъ (Nephritis subacuta). Дегенеративныя измѣненія эпителия мочевыхъ, преимущественно извитыхъ, канальцевъ отмѣченныя во всѣхъ случаяхъ, намъ кажется возможнымъ считать наиболѣе характерной чертой коревыхъ нефритовъ; болѣе же тяжелые случаи, гдѣ кромѣ эпителия мочевыхъ канальцевъ были поражены и клубочки, можно объяснить тѣмъ, что почки въ этихъ

случаяхъ были вѣроятно поражены уже ранѣе. Такой взглядъ согласуется съ мнѣніемъ Steinea, задававшегося вопросомъ, почему иногда больной скарлатинной ребенкомъ, живущій въ хорошихъ гигиеническихъ условіяхъ и очень берегаемый отъ простуды, умираетъ отъ уремии, между тѣмъ какъ другой ребенокъ, при очень бѣдной обстановкѣ и при плохомъ уходѣ, выдараивающій отъ скарлатины безъ всякаго осложненія со стороны почекъ. Относительно этихъ случаевъ проф. Steiner предполагаетъ, что здѣсь вѣроятно большую роль играютъ перенесенныя ранѣ заболѣванія почекъ. Perret<sup>26)</sup> также думаетъ, что тяжелые формы нефрита у дѣтей старшаго возраста объясняются тѣмъ, что дѣти эти были уже подвержены почечнымъ страданіямъ въ болѣе раннемъ грудномъ возрастѣ. Legerich<sup>21)</sup> изслѣдовалъ на блокомъ мочу у 320 дѣтей (въ возрастѣ отъ 6—15 лѣтъ), по видимому совершенно здоровыхъ, не отличающихся другъ отъ друга ни дѣтой, ни образомъ жизни; у 19 изъ нихъ авторъ нашелъ въ мочѣ блокомъ; изъ этихъ 19 случаевъ въ анамнезѣ два раза отмѣчена скарлатина, пять—разъ корь; весьма вѣроятно, что у этихъ субъектовъ въ послѣдующей ихъ жизни подъ влияніемъ тѣхъ или другихъ болѣзнетворныхъ причинъ скорѣе, чѣмъ у другихъ, могло бы обнаружиться страданіе почекъ и въ болѣе тяжелой формѣ.

На основаніи добытыхъ нами данныхъ, мы считаемъ возможнымъ сдѣлать изъ всей нашей работы слѣдующіе выводы:

1) Измѣненія въ почкахъ у дѣтей при корѣ имѣютъ смѣшанный характеръ; пораженіе клубочковъ мы видѣли приблизительно въ половинѣ изслѣдованныхъ нами случаевъ (изъ нихъ два хроническихкихъ); на первомъ же планѣ стоятъ значительныя измѣненія въ эпителиѣ мочевыхъ, преимущественно извитыхъ канальцевъ, которыя наблюдались во всѣхъ нашихъ случаяхъ, и потому измѣненія эпителия позволительно считать наиболѣе характерными для коревой инфекции.

2) Пораженіе почекъ при корѣ никогда не бываетъ сплошнымъ, а представляется въ видѣ фокусовъ; среди пораженныхъ участковъ всегда попадаются мѣста, гдѣ почечная ткань почти ничѣмъ не отличается отъ нормальной.

3) Макроскопическія измѣненія въ изслѣдованныхъ нами почкахъ соответствовали микроскопическимъ только въ наиболѣе рѣзкихъ степеняхъ нефрита; въ большинствѣ же случаевъ, гдѣ макроскопически была опредѣлена только средней степени паренхиматозная дегенерация, подъ микроскопомъ были обнаружены явленія острого паренхиматознаго нефрита.

Въ заключеніе считаю необходимымъ сказать, что количество изслѣдованныхъ нами случаевъ слишкомъ недостаточно, чтобы на основаніи ихъ можно было сдѣлать какія-либо окончательныя заключенія; къ тому-же и въ клиническомъ отношеніи приведенные случаи не были нами достаточно разработаны.

Послѣдуюя возможно часто и внимательно мочу во время кори и въ теченіи 4—6 недѣль по минованіи ея, клиницисты бытъ можетъ увидѣли-бы, что коревая инфекция въ смыслѣ пораженія почекъ вовсе уже не такая невинная болѣзнь. Возможно, что убѣдиться въ этомъ пришлось-бы и патолого-анатомомъ, если-бы они не полагались на макроскопическій видъ почекъ, далеко не всегда соответствующій той картинѣ, которую приходится видѣть подъ микроскопомъ.

Мы будемъ удовлетворены, если наш скромный трудъ послужитъ толчкомъ къ тому, чтобы на измѣненія почекъ при корѣ было обращено побольше вниманія какъ со стороны клиницистовъ, такъ и со стороны патолого-анатомовъ, и чтобы тѣ и другіе параллельными изслѣдованіями и на большемъ числѣ случаевъ вполне освѣтили этотъ интересный, но почти совершенно неразработанный вопросъ. Частота нефрита у коревыхъ больныхъ тогда бытъ можетъ окажется гораздо болѣе значительной, чѣмъ полагали до сихъ поръ.

Въ концѣ своей работы считаю пріятной обязанностью выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Петровичу Гундобину какъ за предложенную тему, такъ и за любезные совѣты и цѣнныя указанія, которыми я пользовался при исполненіи этой работы.

## Материалы къ измѣренію почекъ у дѣтей отъ рожденія до 15-ти лѣтняго возраста.

Не подлежитъ сомнѣнію, что изученіе роста человѣческаго тѣла и измѣреніе отдѣльных его частей и различныхъ внутреннихъ органовъ имѣютъ большое значеніе какъ для фізіолога, такъ и для патолога: для перваго эти изслѣдованія устанавливають законы нормальнаго роста, а для втораго интересны наблюдаемая отъ этихъ законовъ уклоненія. Собирая патолого-анатомическій матеріалъ для предшествующей работы, я, по предложенію глубокоуважаемаго профессора Николая Петровича Гундобина, занялся попутно измѣреніемъ почекъ у дѣтей различныхъ возрастовъ. Измѣреніе почекъ у дѣтей до 1-го года я производилъ въ прозекторской Воспитательнаго дома, а почки остальныхъ возрастовъ до 15-ти лѣтъ я измѣрялъ въ Дѣтской Больницѣ Принца Ольденбургскаго. Пользуясь случаемъ выразить благодарность Главному Врачу Императорскаго С.-Петербургскаго Воспитательнаго Дома М. Д. ванъ-Путерену за любезное разрѣшеніе поснать прозекторскую, а прозектору Воспитательнаго Дома Н. Ф. Виноградову за любезно предоставленный въ мое пользованіе анатомическій матеріалъ. Желая опредѣлить размѣры нормальныхъ почекъ, я для своихъ измѣреній выбиралъ почки по возможности безъ видимыхъ измѣненій; таковыя почки къ сожалѣнію встрѣчались на вскрытіяхъ не особенно часто и поэтому количество произведенныхъ мною измѣреній слишкомъ ограничено и на основаніи полученныхъ мною таблицъ рискованно придти къ окончательнымъ выводамъ. Но въ виду того, что о размѣрахъ внутреннихъ органовъ у дѣтей разныхъ возрастовъ существующія литературныя данныя очень скудны, мы считаемъ возможнымъ привести здѣсь результаты произ-

веденныхъ нами измѣреній. Специальныхъ работъ по части опредѣленія размѣровъ почекъ во всѣхъ направленіяхъ (вѣсъ, длина, ширина, толщина почекъ, толщина коркового слоя) у дѣтей отъ рожденія до 15-ти лѣтняго возраста—намъ отыскать въ литературѣ не удалось. Наибольшее количество встрѣчающихся въ литературѣ свѣдѣній относится главнымъ образомъ къ вѣсу почекъ, который опредѣлялся многими авторами. Хотя размѣры почекъ у взрослыхъ и не имѣютъ прямого отношенія къ нашей работѣ, но всетаки будетъ не лишнимъ упомянуть и объ нихъ для сравненія съ размѣрами дѣтскихъ почекъ. По Henle вѣсъ одной почки у взрослого равенъ 3—6 унсамъ или 90—180 gr. По Gluge средней вѣсъ обихъ почекъ равенъ 252 gr. Goske этотъ вѣсъ опредѣляетъ у мужчинъ въ 273 gr., у женщинъ—251 gr. Boyd произвелъ большое число измѣреній и опредѣлилъ средней вѣсъ обихъ почекъ у мужчинъ (1025 случаевъ) въ 283 gr., у женщинъ (1061 случаевъ) въ 246 gr. По Vierordt'у этотъ вѣсъ безъ различія пола равенъ 261 gr. Krause для одной почки опредѣлилъ вѣсъ отъ 117—до 175 g., Orth—150 g. По Blosfeld'у въ нормальныхъ случаяхъ вѣсъ обихъ почекъ у мужчинъ равенъ 311 gr.; лѣвая—161 gr., правая 150 gr., у женщинъ—278 gr.; лѣвая—141 gr., правая—137 gr.

По Reid'у почка мужская вѣситъ 158 g., женская 140,8 g.; по Dieberg'у лѣвая почка мужчины вѣситъ 162 g., правая—161 g. Сравнивая вышеупомянутыя данныя можно замѣтить, что они мало разнятся другъ отъ друга; женскія почки и правыя обычно легче мужскихъ и лѣвыхъ.

Вѣсъ почекъ новорожденнаго по даннымъ, собраннымъ у Vierordt'a, равенъ 23,2 g., по измѣреніямъ Thoma—у мальчиковъ 24,7 g. и дѣвчонокъ—19,3 g. У послѣднихъ двухъ авторовъ имѣются наиболѣе обстоятельныя свѣдѣнія о вѣсѣ почекъ по всѣмъ возрастамъ; составленная ими таблицы вѣса почекъ мы помѣстимъ для сравненія рядомъ съ нашей:

Vierordt.			Т о м а.		Т р а ч е н к о.		
Возраст.	Весь почек.		Возраст.	Весь почек.	Возраст.	Весь почек.	
	Муж.	Жен.				Пра- вых.	Лѣ- вых.
0 мѣсц.	23,1	23,3	0 мѣс.	24,7	Новорож.	22	24
1 мѣс.	22,5	26,0	3—3 мѣс.	28,1	1 мѣс.	22,8	24,8
2, 3 мѣс.	35,2	30,1	3—6 мѣс.	36,8	3 мѣс.	32	36
4, 5, 6 мѣс.	38,3	44,16			5 мѣс.	45,2	47,2
7, 8, 9 мѣс.	50,5	46,7	6—12 мѣс.	68,9	7 мѣс.	58	60
10, 11 м.	61,6	53,1			9 мѣс.	58	60
1 годъ.	57,7	72,8	1—2 года	72,3	11 мѣс.	62	67,2
3 г.	99,3	102,1	3 л.	90	1 годъ.	72	74
5 л.	104	114,6	5 л.	109	3 г.	95	100
7 л.	133,6	128,3	7 л.	128	5 л.	110	112
9 л.	133,3	156	9 л.	151	7 л.	128	132
11 л.	150	171,5	11 л.	179	9 л.	148	152
13 л.	175	212,9	13 л.	207	11 л.	164	168
15 л.	235	239,7	15 л.	236	13 л.	200	204
					15 л.	230	240

Вѣсъ почекъ правой и лѣвой мы опредѣляли по очищеніи почекъ отъ жировой кѣтъчатиди и по снятіи капсулы.

Вѣсъ почекъ въ процентномъ отношеніи къ вѣсу гѣла.

Vierordt			Т р а ч е н к о.		
Возраст.	Вѣс. гѣла.	Вѣс. почекъ.	Возраст.	Вѣс. гѣла.	Вѣс. почекъ.
0 мѣсц.	3,1 кг.	0,75	0 мѣс.	3 кг.	0,77
1 мѣс.	3,4	0,76	1 мѣс.	3,1	0,78
2, 3 мѣс.	4,45	0,67	3 мѣс.	4,0	0,85
4, 5, 6 м.	5,91	0,75	5 мѣс.	4,5	1,0
7, 8, 9 м.	7,41	0,63	7 мѣс.	5,3	1,1
			9 мѣс.	5,4	1,1
10, 11 м.	8,23	0,65	11 мѣс.	7,0	0,91
1 годъ.	9,0	0,81	1 годъ.	7,8	0,93
3 г.	12,5	0,82	3 г.	11,0	0,88
5 л.	15,9	0,72	5 л.	13,5	0,82
7 л.	19,7	0,65	7 л.	17,0	0,76
9 л.	23,5	0,66	9 л.	20,5	0,73
11 л.	27,0	0,64	11 л.	24,0	0,69
13 л.	33,1	0,64	13 л.	29,5	0,68
15 л.	41,2	0,58	15 л.	37,5	0,63

Вѣсъ тѣла и почек новорожденного принять за 1.  
Ростъ тѣла и почек по сравненію съ новорожденнымъ.

Vierordt.			Ткаченко.		
Возрастъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ почекъ.	Возрастъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ почекъ.
0 мѣс.	1	1	0 мѣс.	1	1
1 мѣс.	1,10	1,12	1 мѣс.	1,02	1,03
2, 3 мѣс.	1,44	1,29	3 мѣс.	1,3	1,5
4, 5, 6 м.	1,91	1,89	5 мѣс.	1,5	2,0
7, 8, 9 м.	2,39	2,00	7 мѣс.	1,77	2,56
10, 11 м.	2,65	2,28	9 мѣс.	1,77	2,56
1 годъ.	2,90	3,12	1 годъ.	2,6	3,17
3 г.	4,03	4,38	—	3,7	4,2
5 л.	5,13	4,92	—	4,5	4,8
7 л.	6,35	5,51	—	5,7	5,65
9 л.	7,58	6,70	—	6,8	6,5
11 л.	8,71	7,36	—	8,0	7,2
13 л.	10,68	9,14	—	9,8	8,78
15 л.	13,29	10,29	—	12,5	10,2

Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что почки дѣтей относительно тяжелѣй, чѣмъ почки взрослыхъ. По Vierordt'у вѣсъ почекъ взрослыхъ равенъ 0,48 Proc. ( $\frac{1}{208}$ ) вѣса всего тѣла. Reid и Peacock нашли отношеніе  $\frac{1}{168}$ , Thoma —  $\frac{1}{192}$ , Blossfeld —  $\frac{1}{200}$ .

Наиболѣе легкой вѣсъ находятъ Henle, только 1 : 240. Это же отношеніе у новорожденныхъ по Vierordt'у равно 1 : 114. По нашей таблицѣ это отношеніе равно 1 : 130. Изъ таблицъ видно, что послѣ пяти лѣтъ относительный вѣсъ почекъ начинаетъ уменьшаться; это уменьшеніе продолжается, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, до 20-ти-лѣтняго возраста, позднѣе же относительный вѣсъ почекъ остается уже болѣе или менѣе постояннымъ. — Сравнивая при измѣреніяхъ вѣса почки — правыя и лѣвыя, мы, какъ и другіе авторы, замѣтили, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ лѣвая почка тяжелѣе правой.

Покончивъ съ вѣсомъ, перейдемъ къ разсмотрѣнію другихъ размѣровъ почекъ: длины, ширинѣ, толщинѣ всей почки и коркового слоя. Таблицъ, показывающихъ эти размѣры почекъ у дѣтей по возрастамъ, въ литературѣ мы къ сожалѣнію не нашли, и потому полученную нами таблицу мы можемъ только сопоставить съ размѣрами почекъ, установленными различными авторами для взрослыхъ.

	Длина.	Ширина.	Толщ. корков. слоя.	Толщ. всей почки.
Rauber:	11,5 ст.	5,5 ст.	3,7 ст.	0,5—0,7 ст.
Hoffmann: пр.	11,2 »	5,6 »	3,8 »	—
лѣв.	11,8 »	5,45 »	3,5 »	—
Orth:	11—12 »	5—6 »	3—4 »	0,5—0,6 »

	Длина.	Ширина.	Толщина.	Толщина корков. слоя.
	ст.	ст.	ст.	ст.
Vierordt:	10,8—11,4;	5,4—6,3;	3,4—4,5;	0,9—1,0
Göntz: у новорожденныхъ:	дл. 4,5;	шир. 2,7;	толщ. 2,3	
Arnoljjevic:	» 4,0;	» 2,5;	» 2,3	

Толщина корки у новорожденныхъ 0,18 ст.  
» » « 3-хъ мѣсячныхъ 0,28 »

По Bardleben'у длина взрослой почти 10—12 ст.; вѣсъ 110—150 г. У новорожденныхъ и дѣтей почки въ отноше- нии къ вѣсу тѣла тяжелѣе, чѣмъ у взрослыхъ. У этого же автора мы нашли таблицу, составленную Baduel'емъ и обни- мающую собой 60 случаевъ.

Мужскія почки: дл. 10,5—11 Женскія почки дл. 10—11  
шир. 5,5 шир. 5,— 5,5  
толщ. 3,0 толщ. 3,0

У новорожденныхъ: Д. 4,5—5; ш. 2,2—2,5; т. 2,0

Вѣсъ почки у новорожденныхъ 10—12 г.

У дѣтей другихъ возрастовъ: дл. 6,5—7,3  
шир. 3—4  
толщ. 1,5—2,2.

Возрасты дѣтей здѣсь къ сожалѣнiю точно не указаны. Если мы примемъ во вниманiе длину почекъ за 1, то по отноше- нию къ длинѣ всего тѣла и къ длинѣ туловища мы получимъ изъ нашей таблицы такія отношенiя:

	Длина тѣла.	Длина тулов.	Длина почек.
Новорожд. . . . .	11,3	4,36	: 1
5 мѣс. . . . .	10,4	3,9	: 1
9 мѣс. . . . .	10	3,8	: 1
1 г. . . . .	10,5	3,77	: 1
3 г. . . . .	11,7	4,2	: 1
5 л. . . . .	13,7	4,38	: 1
9 л. . . . .	13,5	4,77	: 1
15 л. . . . .	13,7	4,86	: 1

Изъ этой таблицы мы видимъ, что длина почекъ по от- ношенiю къ длинѣ тѣла и длинѣ туловища у дѣтей до 5-ти лѣтъ больше, чѣмъ у дѣтей болѣе поздняго возраста.

Въ слѣдующей таблицѣ мы покажемъ отношенiе между длиной, шириной и толщиной почекъ въ дѣтскомъ возрастѣ и сравнимъ его съ отношенiемъ этихъ величинъ у взрос- лыхъ:

	Толщина.	Ширина.	Длина.
Новорожд. . . . .	1	: 1,2	: 2,3
5 мѣс. . . . .	1	: 1,6	: 2,9
9 мѣс. . . . .	1	: 1,4	: 2,6
1 г. . . . .	1	: 1,4	: 2,7
5 л. . . . .	1	: 1,5	: 2,8
9 л. . . . .	1	: 1,45	: 2,7
15 л. . . . .	1	: 1,5	: 3,0

Изъ этой таблицы видно, что отношенiе между приведен- ными размѣрами почекъ въ различные періоды дѣтства при- близительно одинаково; взять же только крайніе возрасты можно сказать, что у новорожденныхъ почка относительно толще, чѣмъ у дѣтей другихъ возрастовъ. Отношенiе между длиной, шириной и толщиной почекъ у взрослыхъ = 3,5:1,8:1;

Д. Шир. Толщ.

(по Baduel'ю 10,5 : 5,5 : 3,0):

оно почти тоже, что и у дѣтей. Отношенiе между толщиной коркового слоя въ различные періоды таково:

15 лѣтъ.	9 лѣтъ.	5 лѣтъ.	1 года.	Новорожд.
3,16	: 2,42	: 2,26	: 1,79	: 1
(0,6	: 0,46	: 0,43	: 0,34	: 0,19)

Изъ этой таблицы видно, что нарастанiе коркового слоя происходитъ должно равномерно, безъ рѣзкихъ скачковъ, къ 15-ти годамъ почти заканчивается и разнится отъ толщины коркового слоя у взрослыхъ самое большое на 1—2 мм.

На основанiи всѣхъ вышеупомянутыхъ данныхъ мы счи- таемъ возможнымъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Дѣтскія почки по отношенiю къ вѣсу всего тѣла тя- желѣе, чѣмъ почки взрослыхъ. Послѣ пятилѣтняго возраста относительный вѣсъ почекъ начинаетъ уменьшаться.
- 2) У дѣтей, какъ и у взрослыхъ лѣвая почка въ боль- шинствѣ случаевъ тяжелѣй правой.



ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- 1) Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt. Bd. II. 1877.
- 2) Virchow. Ueber parenchymatöse Entzündung Virchow's Archiv Bd. IV.
- 3) Traube. Gesammelte Beiträge etc. Zur Pathologie der Nierenkrankheiten. Berlin. 1871.
- 4) Weigert. Die Bright'sche Nierenerkrankung vom pathol. anatom. Standpunkte. Vollkmanns sammlung. Klin. Vorträge. № 162—163.
- 5) Johnson. Die Krankheiten der Nieren. Ausd. Englisch v. Schütze. Quedlinburg 1851.
- 6) Leyden. Ueber das erste Stadium des Morb. Br. Zeitschr. f. klein Medic. Bd. III. 1881.
- 7) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch d. Pathol. Anatomie 2 Auflage 1885.
- 8) Lécorché et Talamon. Traité de l'albuminurie et du mal de Bright. Paris. 1888.
- 9) Hansemann. Zur patholog. Anatomie d. Malpighi'schen Körperchen der Niere. Virchow's Archiv Bd. 110. 1887.
- 10) Ziegler. Lehrbuch d. Allgem. u. spec. Pathol. Anat. etc. Jena. 1882.
- 11) Cornile et Brault. Etudes sur la pathologie du rein. Paris. 1884.
- 12) Rayer. Traité des maladies des reins etc. V. II. Paris. 1840.
- 13) Steiner und Neureutter. Vierteljahrsschrift f. d. praktische Heilkunde. Prag 1870. Bd. 105 n 106.
- 14) Kahlden. Die Aethiologie u. genese der acuten Nephritis. Ziegler's Beiträge z. Path. Anat. etc. Bd. XI. 1892.
- 15) Kassowitz. Ueber einige seltene Vorkommnisse bei Masern. Oesterr. Jahrb. f. Pädiatric. Bd. I. S 80—92.
- 16) Bränniche, A., Nephritis some Følgesygdom efter Maeslinger. Hospitalstidende R, 2, p. 360.
- 17) Flessinger, C. Anomalies et complications de la rougeole. Gas. med. de Paris. № 19. 1894.

- 18) Prof. Alois. Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Zweiter Band, 1901. S. 538.
- 19) Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1887.
- 20) Багинский. Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ. С.-Петербург. 1899.
- 21) Plagge. Theodorich, Ueber Nephritis bei Masern. Jnaug—Dissert. Darmstadt. 1885 r.
- 22) Dr. Moses in Rodalben. Ueber Nephritis bei Masern. Veins blatt der Pfälzischen Aerzte. XII. Jahrgang. № 9. 1896.
- 23) Лещинский. Смертность при кори. Диссерт. С.-Петербургъ.
- 24) Кузема. О пневмонии при кори. Диссерт. С.-Петербургъ. 1899.
- 25) Lorenz. Untersuchungen über den Bürstenbezatz u. d. Bedeutung an norm. u. patholog. Nieren. Zeitschr. f. Klin. Medicin. Bd. XV.
- 26) Perret. De l'albuminurie des nouveau née. Thèse de Paris. 1897.
- 27) Leroux. Révue de médecine. 1888.

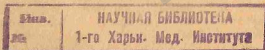


## ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- 1) Henle, Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen. Braunschweig, 1866.
- 2) Glüge, Atlas der pathologischen Anatomie, Jena, 1850.
- 3) Gocke, Ueber die Gewichtsverhältnisse normaler menschlicher Organe. München, 1883. Jnaug. Diss.
- 4) H. Vierordt, Anatomische, Physiologische und physikalische Daten und Tabellen. Jena 1893.
- 5) Krause, Handbuch der menschlichen Anatomie. 1880. Hannover.
- 6) Blossfeld, Organostathmologie oder Lehre von den Gewichtsverhältnissen der Wichtigsten Organe des menschlichen Körpers zu einander und zum Gesamtgewichte. Erlangen. 1864.
- 7) R. Thoma. Untersuchungen über die Grösse und das Gewicht der anatomischen Bestandtheile des menschlichen Körpers im gesunden und kranken Zustande. Leipzig. 1882.
- 8) Rauber. Anatomie. 1892.
- 9) Orth. Pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin. 1894.
- 10) Hermann Junker. Beitrag zur Lehre von den Gewichten der menschlichen Organe. Jnaug. Dissert. 1894.
- 11) Bardeleben. Handbuch der Anatomie des Menschen. 1902.

## ПОЛОЖЕНИЯ.

- 1) Нефритъ на секціяхъ опредѣляется макроскопически далеко не во всѣхъ случаяхъ; нерѣдко онъ обнаруживается только при микроскопическомъ изслѣдованіи.
- 2) Распознаваніе хронической дизентеріи представляетъ довольно большія затрудненія.
- 3) Медицинскимъ факультетамъ слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на болѣе основательное знакомство учащихся съ практическимъ акушерствомъ, для каковой цѣли можно бы прикомандировывать студентовъ на лѣтніе мѣсяцы къ соотвѣтствующимъ лечебнымъ учрежденіямъ.
- 4) Радикальное глистогонное леченіе слѣдуетъ проводить даже при сравнительно слабой дѣятельности сердца и другихъ тяжелыхъ общихъ явленіяхъ прогрессивнаго малокровія, развившагося на почвѣ ленточныхъ глистовъ.
- 5) Въ борьбѣ съ эпидеміями главное значеніе имѣть возможно болѣе скорое отдѣленіе больныхъ отъ здоровыхъ.
- 6) Желательно, чтобы отъ врачей, остающихся тотчасъ по окончаніи курса ассистентами при той или другой клинической кафедрѣ, требовалось, чтобы они предварительного не менѣе 2—3-хъ лѣтъ проработали въ наиболѣе многолюдныхъ и хорошо обставленныхъ больницахъ.



## CURRICULUM VITAE.

Александръ Георгиевичъ Ткаченко, сынъ коллежскаго со-  
вѣтника, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ г. Луб-  
нахъ, Полтавской губерніи 22-го Августа 1867 года. Сред-  
нее образованіе началъ въ Московской первой, а окончилъ  
въ Симферопольской классической въ 1886 году. Медицин-  
ское образованіе получилъ въ Императорскомъ Московскомъ  
Университетѣ, курсъ котораго окончилъ въ 1891 году съ  
званіемъ лекаря. Первые четыре года, по окончаніи курса,  
состоялъ на фабричной и земской службѣ, три года прослужилъ  
интерномъ въ С.-Петербургской Маріинской больницѣ  
для бѣдныхъ. Съ 1899 г. по 1902 г. временно исправлялъ  
должность помощника Старшаго врача Одесской Городской  
Больницы и завѣдующаго внутреннимъ отдѣленіемъ. Въ на-  
стоящее время состоитъ при Медицинскомъ Департаментѣ  
младшимъ сверхштатнымъ медицинскимъ чиновникомъ. Экза-  
мены на доктора медицины сдалъ въ Императорской Военно-  
Медицинской Академіи въ 1896 году. Настоящую работу  
подъ заглавіемъ: «О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ  
почекъ у дѣтей при корѣ» представляетъ для соисканія сте-  
пени доктора медицины.

## Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. а) Жироперерожденный эпителий извитыхъ ка-  
нальцевъ; б) слабо окрашенный, частію совершенно не окра-  
шенный ядра эпителия извитыхъ канальцевъ, с) вакуолизация  
эпителия.

Рис. 2. а) сдавленный эксудатомъ клубочекъ; б) эксудатъ  
въ подости капсулы с) надорванная, неровная внутренняя  
часть (обращенная къ просвѣту) протоплазмы эпителия изви-  
тыхъ канальцевъ; д) запустѣвшій циррозированный клубочекъ  
съ очень утолщенной капсулой.

Рис. 3. а) клубочекъ, просвѣты капилляровъ котораго  
выполнены галлизированными тромбами; б) клубочекъ съ  
увеличеннымъ числомъ ядеръ и съ набухшимъ эпителиемъ  
капсулы с) сосудъ.

Рис. 4. а) Мелкозернистая масса въ просвѣтѣ извитаго  
мочевана канала б) гнѣздо круглоклеточковой инфильтраціи  
возлѣ клубочка.

Рис. 1.

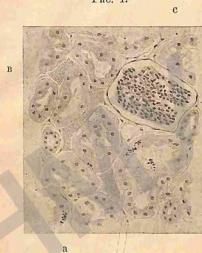


Рис. 2.

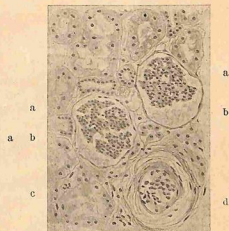


Рис. 3.

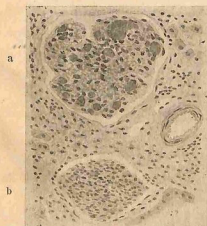


Рис. 4.



Рисовъ съ пат. Г. Дементьевъ