

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОР-
СКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1911—1912 учебномъ году

№ 37.

БИБЛИОТЕКА

Харьковскаго Медицинскаго Института

№ 4922

Шифр _____

КЪ ВОПРОСУ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ

ВЪ ПИЩЕВОДѢ ПРИ СКАРЛАТИНѢ.

(Съ приложеніемъ двухъ таблицъ).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Федора Евгеньевича Ягодинскаго.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета Профессора В.-М. Академіи
А. И. Моисеева.

Цензорами диссертации по порученію конференціи были профессора:
А. И. Моисеевъ, А. Н. Шариинъ и приватъ-доцентъ И. П. Коровинъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Министерства Внутреннихъ Дѣлъ.

1912.

Поступление

06.03.1950

цисе

3896

616.91
2-30

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1911—1912 учебномъ году.

7 - НОЯ 2012

№ 37.

БІБЛИОТЕКА
Харьковскаго Медицинскаго Института
№ 4922
Шифр 28-30

КЪ ВОПРОСУ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ
ВЪ ПИЩЕВОДѢ ПРИ СКАРЛАТИНѢ.

ПРОВЕРЕНО 1936

(Съ приложеніемъ двухъ таблицъ).

3896

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Федора Евгеньевича Ягодинскаго.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета Профессора В.-М. Академіи
А. И. Моисеева.

ПРОВЕРЕНО

Цензорами диссертации по порученію конференціи были профессора
А. И. Моисеевъ, А. Н. Шваринъ и приватъ-доцентъ И. П. Корсаковъ.

Изд. 1906 г.
ИВ. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

БИБЛИОТЕКА
ХАРЬКОВСКАГО
МЕДИЦИНСКАГО
ИНСТИТУТА
2784

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Министерства Внутреннихъ Дѣлъ
1912.

1547

1575

1950

Перевіст-СО

7 - НОЯ 1950

Докторскую диссертацию врача Ягодникова Федора Евтениевича под заглавием «Въ вопросу о наследственныхъ измѣненіяхъ въ пищеводѣ при скарлатинѣ» печатать разрешается, съ тѣмъ чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ самой диссертации и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводы), при чемъ 150 экземпляровъ диссертации и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 350 диссертаций—въ бібліотеку академіи, С.-Петербургъ, 7 апрѣля 1912 года.

Ученый секретарь, Профессоръ А. Моисеевъ.

НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

ПЕРЕВІРЕНО 19

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ _____
№ _____

80149

Общезвѣстная картина патолого-анатомическихъ измѣненій органовъ при скарлатинѣ характеризуется главнымъ образомъ локализацией процесса въ звѣтъ опуханіемъ шейныхъ и подчелюстныхъ железъ и явленіями въ кожѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи появляется страданіе почекъ, а также—то раньше, то въ болѣе позднемъ періодѣ болѣзни, слѣдуютъ со стороны другихъ внутреннихъ органовъ разнообразнѣшіе симптомы, которые описываются уже какъ осложненія болѣзни; но о пораженіи при этой болѣзни пищевода авторы упоминаютъ крайне рѣдко, а иногда только вскользь. Такъ, напр., С. Жаку¹⁾, давая очень подробное описаніе интересующей насъ болѣзни, о пораженіи при скарлатинѣ пищевода не говоритъ ни слова. Въ отдѣлѣ же о воспаленіи пищевода указываетъ, что «вторичная форма, встрѣчающаяся менѣе рѣдко, обусловливается распространеніемъ глоточно-ротового или желудочнаго воспаления; въ другихъ же случаяхъ эта вторичная форма является выраженіемъ заразительной болѣзни (оспы, скарлатины и т. п.)».

К. Гергардтъ²⁾ въ своемъ учебникѣ дѣтскихъ болѣзней при описаніи скарлатины ничего не говоритъ о пораженіи пищевода.

Г. Эйхгоретъ³⁾ въ отдѣлѣ о воспаленіи пищевода упоминаетъ вообще, что «острые катарры развиваются

БІБЛІОТЕКА

ставленія о характерѣ пораженія по этому описанію составить невозможно. Въ виду грубыхъ разрушеній эпителиальнаго слоя, *mucosae* и *muscularis mucosae* процессъ не можетъ быть названъ катаральнымъ, а описанныхъ явленій гипереміи слишкомъ недостаточно для встрѣчающейся обычно картины воспаления и флегмоны. Авторъ ничего не говоритъ ни о пристѣночномъ стояніи въ сосудахъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, ни о бѣлыхъ тромбахъ и даже, къ удивленію, не видѣлъ никакой круглоклеточковой инфильтраціи. Въ концѣ статьи авторъ указываетъ, что еще въ 1869 г. онъ опубликовалъ 44 случая заболѣваній пищевода, причемъ «въ 15 случаяхъ — съ дифтеритическими инфильтратами и крупозными экссудатами; въ 11 случаяхъ болѣзненный процессъ распространялся диффузно на всемъ протяженіи пищевода; въ 4 случаяхъ была поражена лишь верхняя часть пищевода и въ 6 случаяхъ процессъ локализовался только въ пищеводѣ, безъ того, чтобы въ страданіе были вовлечены *pharynx*, *larynx* и *trachea*». Повидимому, вотъ только эти послѣдніе 6 случаевъ были бы полезны для нашихъ цѣлей, но къ сожалѣнію болѣе подробнаго описанія у автора не находится. Оканчиваетъ онъ свою статью совершенно справедливымъ замѣчаніемъ, что «болѣзни пищевода были бы наблюдаемы чаще, если бы имъ удѣлялось болѣе вниманія».

М. Litten ¹⁰⁾ въ своей работѣ о разнообразныхъ осложненіяхъ и послѣдующихъ явленіяхъ при скарлатинѣ, которыя ему привелось наблюдать за 11 семестровъ въ Универс. мед. клин. въ Берлинѣ и за 4 года, когда онъ былъ ассистентомъ въ Бреславск. Госп. Всѣхъ Святыхъ, указываетъ, что «на слизистой оболочкѣ пище-

вода скарлатинозный процессъ оставляетъ свой слѣдъ. Здѣсь приходится имѣть дѣло съ дифтеритическимъ процессомъ, такимъ же какъ въ кишкахъ, не затрагивающимъ всю *mucosâ*, а только чаще всего известныя слои ея, которые въ силу анатомическихъ условій поражаются преимущественно инфицирующимъ агентомъ». При этомъ макроскопически «находятся въ дѣйствительности то узкія, то широкія полосы, занимающія иногда всю длину пищевода и представляющія какъ-бы дифтеритическіе некрозы. Онъ долженъ здѣсь подчеркнуть, что этотъ дифтеритъ пищевода не стоитъ никоимъ образомъ въ связи съ дифтеріей зѣва, но иногда происходитъ и безъ нея». Такимъ образомъ, казалось бы, что онъ считаетъ означенное страданіе процессомъ *suâ generis*; однако тутъ же онъ приводитъ случаи, въ коихъ выкашливались крупозныя пленки 8—9 дюймовъ длиною, каковое страданіе едва ли можно поставить въ причинную связь со скарлатиною. Въ концѣ онъ говоритъ, что «относительно частоты заболѣваній пищевода при скарлатинѣ ничего опредѣленнаго сказать не можетъ; но думаетъ, что у взрослыхъ оно не такъ часто, какъ въ дѣтской практикѣ».

Болѣе точныя данныя по интересующему насъ вопросу мы находимъ въ статьѣ Eug. Fraenkel'я ¹¹⁾ о некротическомъ воспаленіи пищевода и желудка при скарлатинѣ, гдѣ онъ напоминаетъ, что «уже Ренохъ ¹²⁾ указывалъ на то, что это заболѣваніе не имѣетъ ничего общаго съ идиопатической дифтеріей Бретонно; что при этомъ идетъ дѣло не объ образованіи ложныхъ пленокъ на пораженныхъ частяхъ, а имѣется чистый некрозъ ткани, идущій вглубь отъ поверхности эпителия. При этомъ наблюденія, число коихъ однако весьма

скудно, показывают, что поражение распространяется через носоглоточное пространство на полость носа и гораздо рѣже — на пищеводъ. У Геноха приведено изъ его практики два случая, въ коихъ въ одномъ при скарлатинѣ на секціи была опредѣлена «дифтерія глотки и пищевода», а въ другомъ «pharyngitis et laryngitis diphtheritica ulcerosa — дифтеритическій некрозъ пищевода и pars pylorica ventriculi». Упомянувъ далѣе, что руководства патологической анатоміи не обращаютъ вниманія на патологическое воспаленіе пищевода и желудка при скарлатинѣ, Е. Френкель, чтобы показать, до какой степени разрушенія можетъ при этомъ доходить дѣло, приводитъ изъ своей практики два случая флегмонозно-некротического пораженія пищевода, причемъ въ одномъ случаѣ вся слизистая оболочка до *cardia* была некротизирована и отдѣлилась до мышечнаго слоя, а въ другомъ — наблюдались мелкія некротическія бляшки (*Geschwür*) въ верхней части пищевода; наиболѣе же грубыя измѣненія (гдѣ онъ казался чернымъ) соответствовали нижнему отдѣлу. Средняя часть пищевода оставалась совершенно нетронутой и такимъ образомъ не могло быть и рѣчи о распространеніи процесса съ зѣва и глотки *per continuitatem*.

При микроскопическомъ изслѣдованіи перваго изъ этихъ случаевъ авторъ обнаружилъ «разрушеніе и полное отдѣленіе всей слизистой оболочки до подслизистаго слоя, который представлялъ некротизированную во всю толщю массу, внутри коей кромѣ тончайшихъ многочисленныхъ, еще хорошо окрашивающихся, эластическихъ волоконъ содержались, ясно различимыя по ихъ эластической ткани, контуры артеріаль-

ныхъ и венозныхъ вѣточекъ, причемъ *elastica interna* мелкихъ артерій была еще довольно хорошо сохранена, тогда какъ волокна *elasticae externae* были уже какъ бы смытыми (*verwaschen*) и представляли переходъ къ некротической сосѣдней ткани. Въ общей аморфной массѣ содержимаго упомянутыхъ сосудовъ различались отдѣльныя, хорошо окрашенные, ядра бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Только по краямъ некротическаго участка замѣчалась умѣренная мелкоклеточковая инфильтрація, тогда какъ въ глубину некротизированная часть почти непосредственно граничила съ неповрежденной тканью пищевода. Собственно мускулатура пищевода нигдѣ не обнаруживала некротической ткани. При переходѣ некротизированной ткани въ здоровую видны наполненные кровью мелкіе сосуды. Какъ посторонніе элементы найдены были въ циркулярномъ мускульномъ слоеъ пищевода гнѣздыя скопленія стрептококковъ, которые въ огромномъ количествѣ пронизывали всю толщю некротизированной части стѣнки, оставляя свободнымъ слой, непосредственно прилегающій къ просвѣту».

Изъ пищевода втораго случая были подвергнуты изслѣдованію два препарата, — одинъ съ констатированными въ верхнемъ отдѣлѣ бляшками и другой — изъ нижней трети вышеупомянутаго некротическаго участка. При этомъ было установлено, что «въ области основанія воспалительнаго фокуса (*Geschwür*) поверхностный эпителий, *tunica propria*, *muscularis mucosae*, а также поверхностный слой подлежащей *submucosae* подверглись некрозу. Только отдѣльныя изолированныя эластическія волокна различимы въ общемъ строеніи упомянутыхъ слоевъ; въ особенности на стѣнкахъ

здѣсь проходящихъ мелкихъ сосудовъ были видны хорошо окрашенные и сохранившіеся элементы. Далѣе болѣе глубокіе участки submucosae были пронизаны многочисленными экстравазатами и кромѣ того здѣсь были найдены различнаго калибра лимфатическіе сосуды, набитые плотно одноядерными клетками. Какъ въ некротическомъ слѣѣ, такъ и въ сосѣднихъ зонахъ, найдены многочисленныя скопленія стрептококковъ, правда— не въ такомъ всетаки обиліи, какъ въ первомъ случаѣ. Исслѣдованіе кусочковъ изъ нижней трети пищевода показало, что некрозъ распространился до глубокихъ отдѣловъ мускульной стѣнки, такъ что на микроскопическихъ срѣзахъ прямо невозможно было различить, действительно ли это изъ стѣнки пищевода. У основанія фокуса (Geschwür) къ рыхлой некротической массѣ примѣшивались въ огромномъ количествѣ бактеріи, тогда какъ въ глубокихъ мышечныхъ слояхъ пищевода, не представлявшихъ никакихъ видимыхъ измѣненій, микроорганизмовъ вообще не было». Далѣе авторъ говоритъ, что «эти находки были столь поразительны и такъ непохожи на тѣ измѣненія, которыя мы привыкли видѣть на трупахъ людей, умершихъ отъ скарлатины, что они прямо ставили въ затрудненіе и наводили на подозрѣніе, не есть ли описанное тяжелое пораженіе пищевода—результатъ злоупотребленія сильноѣдкими веществами. Однако подобное допущеніе скоро было отброшено, какъ невѣроятное, такъ какъ установлено было, что въ теченіе послѣднихъ 14 дней жизни ребенка въ больницѣ употребленіе ѣдкихъ веществъ съ положительностью исключалось. Кромѣ того и состояніе верхняго отрѣзка пищеварительнаго канала говорило противъ допущенія, что разъ-

дающее вещество могло какъ нибудь тутъ попасть. Языкъ былъ абсолютно свободенъ отъ какихъ либо слѣдовъ прижигающаго дѣйствія, а равно и мягкое небо не носило на себѣ никакихъ другихъ измѣненій, кромѣ тѣхъ, которыя наблюдаются обычно въ первыхъ стадіяхъ смертельно протекающихъ случаевъ скарлатины, когда находятъ согласно съ клиническими наблюденіями чистую потерю вещества на обихъ миндалинахъ (gereinigte Substanzverluste). Задняя стѣнка глотки была совершенно свободна и собственно тяжелыя измѣненія касались пищевода отъ перстневиднаго хряща внизъ на всеѣ его протяженіи и всего желудка, за исключеніемъ узкой полосы какъ разъ подъ cardia».

Не даютъ необходимыхъ указаній и руководства къ Патологической Анатоміи. Они, правда, говорятъ о вторичномъ пораженіи пищевода при скарлатинѣ, но сводятъ это обстоятельство на распространеніе дифтеритнаго процесса съ зѣва и глотки внизъ по пищеводу. Такъ Э. Клебъ¹³⁾ говоритъ, что «видѣлъ въ пищеводѣ болѣе грубыя язвы гангренознаго характера, появившіяся послѣ гангренознаго воспаленія зѣва и миндалевидныхъ железъ при скарлатинѣ и, можетъ быть, происшедшія вслѣдствіе переноса дифтеритическаго процесса съ этихъ мѣстъ на пищеводъ. Свѣжій (первоначальный) дифтеритъ онъ встрѣчалъ въ пищеводѣ столь-же мало, какъ и настоящій крупъ».

Въ учебникѣ частной патологической анатоміи Проф. Н. П. Ивановскаго¹⁴⁾ говорится, что «катарръ пищевода можетъ развиваться какъ сопутствующее явленіе при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, или рас-

пространиться съ соседних частей (глотка, желудок). Крупозное и дифтеритическое воспаления слиз. оболочки пищевода наблюдаются лишь как вторичныя поражения при заболѣваніяхъ зѣва, глотки и дыхательныхъ путей, обыкновенно въ случаяхъ осложненія этими заболѣваніями инфекціонныхъ болѣзней, рѣдко при первичномъ дифтеритѣ зѣва и глотки.

I. Ортъ ¹⁵⁾ заканчиваетъ описаніе болѣзненныхъ процессовъ въ пищеводѣ упоминаемъ о ложноперепопчатой формѣ воспаления — крупозной и дифтеритической. — и говорить далѣе, что «генуинная дифтерія зѣва рѣдко поражаетъ пищеводъ. Наблюдались даже случаи, гдѣ пищеводъ оставался свободнымъ въ то время, какъ глотка и желудокъ были захвачены процессомъ. Съ другой стороны относительно часто можно видѣть вторичное поражение пищевода пленчатымъ процессомъ при разныхъ болѣзняхъ, а именно — при скарлатинѣ, при которой имѣеть мѣсто переносъ болѣзни съ зѣва, при оспѣ, кори, тифѣ, піеміи, холерѣ, даже туберкулезѣ, пневмоніи, Брайтовой болѣзни, интестинальныхъ катаррахъ и т. под. Авторъ наблюдалъ тяжелѣйшія дифтеритическія измѣненія при геморрагической оспѣ».

Въ руководствѣ Патологической Анатоміи E. Ziegler'a ¹⁶⁾ встрѣчаемъ краткое упоминаніе о томъ, что «крупозная и дифтеритическая формы пораженія пищевода бывають большею частію при тифѣ, холерѣ, кори, скарлатинѣ, оспѣ, легочномъ туберкулезѣ и піеміи; при дифтеріи же напротивъ пораженія пищевода наблюдаются крайне рѣдко».

Въ руководствѣ Патологической Анатоміи L. Aschoff'a ¹⁷⁾ по поводу ложноперепопчатой формы вос-

паленія пищевода говорится, что «оно или инфекціонной природы и является частичнымъ проявленіемъ дифтеріи (что крайне рѣдко), или какъ сопровождающее страданіе при другихъ инфекціонныхъ формахъ болѣзни (тифѣ, скарлатина, холера), или же, наконецъ, оно термическаго или химическаго происхожденія (ѣдкія вещества, уремія)».

При просмотрѣ отечественной литературы мы встрѣтили только одну статью д-ра Н. А. Раскиной ¹⁸⁾ «о происхожденіи главнѣйшихъ злокачественныхъ осложненій скарлатины». Это бактериологическое изслѣдованіе произведено было на матеріалѣ Дѣтской больн. Пр. Ольденбургскаго и касалось 22 случаевъ разныхъ осложненій, но пораженій пищевода въ виду не имѣлось.

Изъ авторовъ новѣйшаго времени Dr. C. v. Pirquet und B. Schick ¹⁹⁾, говоря о тяжеломъ теченіи скарлатины, приводятъ между прочимъ случай съ некротическимъ пораженіемъ зѣва и слизистой оболочки желудка, не упоминая при этомъ ни слова о пищеводѣ. Такъ же и въ статьѣ о болѣзняхъ пищевода не указано на пораженіе его при скарлатинѣ.

O. Гейбнеръ ²⁰⁾ такъ же мало вноситъ новаго по интересующему насъ вопросу, какъ и старые авторы. Онъ только упоминаетъ, что «замѣтно даже на трупѣ рѣзкое ограниченіе воспалительной гипереміи слизистой оболочки у пищевода и входа въ гортани». Особенно у пищевода сильная краснота слизистой оболочки кончается большею частію прямой линіей, проведенной какъ-бы по линейкѣ». О томъ же, бывають ли измѣненія на протяженіи пищевода, — ничего не говорится.

Въ работѣ Prof. T. Escherich und Dr. Béla-Schick ²¹⁾ о скарлатинѣ, въ отдѣлѣ объ осложненіяхъ, говорится, что некротическое пораженіе зѣва можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ распространиться по пищеводу до желудка. Авторъ указываетъ на вышецитированные случаи Литтена и Френкеля и рассказываетъ съ своей стороны, что въ одномъ случаѣ 2¹/₂-лѣтней дѣвочки, умершей при явленіяхъ кровотеченія, найдено было разрушеніе слизистой оболочки пищевода до полного исчезновенія ея; въ другомъ случаѣ привелось наблюдать въ періодѣ выздоровленія послѣ чрезвычайно тяжелой скарлатины, — затрудненія глотанія въ пищеводе, стенозъ коего усиливался все болѣе и болѣе, такъ что въ заключеніе могла проходить только жидкая пища. Въ этомъ случаѣ на задней стѣнкѣ глотки ребенка замѣчались распространенныя рубцовыя измѣненія. Авторъ высказываетъ увѣренность, что въ данномъ случаѣ дѣло шло о некротическомъ воспаленіи слизистой оболочки глотки и пищевода.

Принявъ любезное предложеніе Проф. А. И. Моисеева заняться микроскопическимъ изслѣдованіемъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ пищеводѣ при скарлатинѣ, я, въ виду вышеизложенныхъ скудныхъ и частію разнорѣчивыхъ литературныхъ данныхъ, счелъ необходимымъ предварительно ознакомиться съ результатами вскрытій скарлатинозныхъ больныхъ за болѣе или менѣе продолжительный періодъ времени, для каковой цѣли и получилъ разрѣшеніе просмотрѣть протоколы вскрытій Дѣтской больницы Пр. Ольден-

бургскаго съ 1902 по 1912 годъ. При этомъ оказалось, что за означенный періодъ времени чистыхъ, неосложненныхъ дифтеріей и корью, случаевъ скарлатины было на секціи 210. Въ означенномъ числѣ случаевъ воспалительныя измѣненія въ пищеводѣ описаны 127 разъ, что составляетъ 60,5%. Изъ нихъ ясно выраженная картина некротически-флегмонознаго пораженія указана въ 75 случаяхъ, т. е. въ 35,7%. Если же взять отдѣльно данныя за 1911 годъ, т. е. всѣ случаи, которые были за этотъ годъ подвергнуты микроскопическому изслѣдованію, то процентъ некротическихъ пораженій окажется значительно выше. А именно-изъ 14 случаевъ, подвергнутыхъ вскрытію, при микроскопическомъ изслѣдованіи некротически-флегмонозный эзофагитъ констатированъ былъ 6 разъ, что составляетъ уже 42,9%.

Судя по протоколамъ означенныхъ 210 вскрытій и на основаніи нами изслѣдованныхъ случаевъ, макроскопическая картина измѣненій пищевода при скарлатинѣ можетъ быть описана слѣдующимъ образомъ.

Обычно выраженныя при скарлатинѣ въ болѣе или менѣе рѣзкой формѣ гиперемія и некрозъ слизистой оболочки зѣва и глотки или рѣзко прерываются въ видѣ какъ бы демаркаціонной полосы при входѣ въ пищеводъ, или распространяется далѣе на весьма незначительномъ протяженіи (1—3 сант.). Ниже слизистая оболочка пищевода представляется блестящей, блѣдной, безъ какихъ либо видимыхъ макроскопическихъ измѣненій, а далѣе весьма часто около входа въ желудокъ имѣется небольшой участокъ пищевода, иногда не болѣе 1—3 сант. по длинѣ, гдѣ слизистая оболочка покрыта гноевидной слизью, при-

пухла и нѣсколько отечна, краснаго или темно-краснаго цвѣта, рѣдко блестяща, а чаще по складкамъ помутнѣна или сѣроватаго цвѣта и нѣсколько шероховата. Въ болѣе выраженныхъ случаяхъ измѣненія эти распространяются и выше, захватывая всю нижнюю треть пищевода, причемъ все явленія болѣе выражены близъ входа въ желудокъ и уменьшаются по мѣрѣ удаленія отъ него. Въ такихъ случаяхъ макроскопическая картина измѣненій пищевода представляется въ слѣдующемъ видѣ: слизистая оболочка въ верхней части нижняго отрѣзка пищевода блѣдно-краснаго цвѣта, припухла, мутновата; ниже замѣчаются измѣненія по штриховъ; мѣстами эти штрихи сливаются между собою и въ такомъ случаѣ на фонѣ общей гипереміи слизистой оболочки получаются различной величины участки, гдѣ она сплошь мутна, сѣраго цвѣта, шероховата и мѣстами поверхностно изъязвлена (некрозы). Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ эти некротическіе участки слизистой оболочки сливаются между собою и въ такихъ случаяхъ слизистая представляется равномерно сѣраго или сѣро-грязноватаго цвѣта, шероховатой, какъ-бы изъѣденной и покрытой обильнымъ количествомъ гноевидной слизи. Нерѣдко подобныя измѣненія пищевода не ограничиваются нижней третью, но распространяются на всю нижнюю половину пищевода. Въ весьма тяжелыхъ случаяхъ некротическое пораженіе зѣва и глотки, спускаясь ниже, не ограничивается входомъ въ пищеводъ, а распространяется далѣе и такимъ образомъ, при одновременно развившемся уже некротическомъ пораженіи нижняго отрѣзка пищевода, происходитъ сплошное растрогнаніе не-

калье

кроза, причемъ на всемъ протяженіи слизистая оболочка представляется сѣраго или сѣро-грязнаго цвѣта, шероховатой, мѣстами съ поверхностными ссадинами, мѣстами съ довольно глубокими изъязвленіями и по всему протяженію покрыта обильной гнойной слизью. При этомъ однако надо отмѣтить, что наиболѣе рѣзко выраженные явленія все же наблюдаются въ нижней половинѣ пищевода.

Ив.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
55	1-го Харьк. Мед. Института

Собственныя изслѣдованія.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты мною куски продольнаго и поперечнаго сѣченія пищевода изъ верхней его трети, вблизи входа въ пищеводъ, и изъ нижней трети, вблизи входа въ желудокъ, а иногда—для сравненія—также и изъ средней трети, обычно представляющей микроскопически наименьшія воспалительныя измѣненія. Препараты уплотнялись въ спиртѣ и Мюллеровской жидкости и только немногіе—въ одной изъ этихъ средъ. Добавочнымъ уплотненіемъ служилъ парафинъ и во всехъ случаяхъ целлоидинъ. Окраска сѣрбовъ производилась гематоксилиномъ Деляфильда и эозиномъ; соединительная ткань окрашивалась по van Gieson'у, а фибринъ въ сосудахъ и среди соединительной ткани—по Вейгерту. Бактеріи въ сѣрзахъ окрашивались по Вейгерту и Граму и въ целлоидиновыхъ препаратахъ—метиленовой синькой—по Леффлеру.

БИБЛИОТЕКА
Харьківського Медического Інституту
№ 4922
Шифр

ПЕРЕВІРЄНО 1936

Случай 1-й *).

Алиса Р., 6 л. Прибыла в Дѣт. больницу Принца П. Ольденбургскаго 5 Ноября 1895 г. Умерла 11/x 1895. Angina necrotica. Scarlatina.

Epicrisis.—Phlegmone colli incipiens. Angina necrotica. Oesophagitis phlegmonosa. Degeneratio parenchym. cordis, hepatis. Nephritis parenchym. ac. Hyperplasia acuta lienis. Entero—colitis cat. ac.

Пищевод на всемъ протяженіи утолщенъ; стѣнка отечна, плотна; слиз. оболочка студениста, сѣро-желтоватаго цвѣта, гнойно инфильтрирована, клочковата, легко отдѣляется.

Микроскопическое изслѣдованіе. (Рис. 12).

Нижній отрѣзокъ пищевода.—Вся слизистая оболочка отдѣлилась и поверхность пищевода образована подслизистою тканью, которая почти вся некротизирована, при чемъ на небольшихъ участкахъ она еще сохранила свое волокнистое строеніе, ядра кѣтокъ ея еще окрашиваются гематооксиномъ, между пучковъ ея еще замѣтна воспалительная инфильтрація, а въ сосудахъ бѣлые тромбы; на остальныхъ же мѣстахъ она имѣетъ видъ или безструктурной массы, равномерно окрашенной эозиномъ, или въ ней еще видны силуэты ядеръ соединительно тканыхъ кѣтокъ и лейкоцитовъ, а также слабыя очертанія сосудовъ, содержащихъ тромбы изъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, ядра которыхъ не окрашены гема-

*) Препаратъ этого случая любезно предоставленъ мнѣ для микроскопическаго изслѣдованія и описанія Проф. А. И. Моисеевымъ.

токсилиномъ. На границѣ подслизистой ткани съ мышечнымъ слоемъ замѣчается поясъ густой круглокѣтковой инфильтраціи, которая распространяется и на мышечный слой. Пучки мышцъ раздвинуты и между ними обильное скопленіе одно и многоядерныхъ лейкоцитовъ. Мѣстами круглокѣтковая инфильтрація настолько густа, что входящія въ этотъ воспалительный фокусъ пучки гладкихъ мышцъ становятся не различимы. Сосуды внутреннего мышечнаго слоя переполнены кровью; въ нихъ замѣтно пристѣнное состояніе бѣлыхъ кровъ шариковъ и бѣлые тромбы съ стѣткою фибрина. Въ соединительной ткани между наружнымъ и внутреннимъ мышечными слоями всюду можно наблюдать обильную воспалительную инфильтрацію, а въ сосудахъ бѣлые тромбы съ стѣткою фибрина. Между пучками наружнаго мышечнаго слоя воспалительная инфильтрація выражена слабо. На препаратахъ, окрашенных по Вейгерту, въ нѣкоторыхъ сохранившихся еще сосудахъ, видна стѣт фибрина, а также отложение фибрина въ соединительной ткани между мышечными слоями. Въ некротическихъ участкахъ замѣтно обильное ввѣдреніе стрептококковъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

Случай 2-й.

Антанида С., 8 мѣс. Поступила въ Дѣт. больн. Пр. Ольденб. 19/xii 1910 г., умерла 22/xii 1910 г.

Поступила на 3-й день заболѣванія скарлатиной. Сыпь и явленія въ зѣвѣ не рѣзко выражены. Со второго дня появился разлитой бронхитъ, сильная одыш-

ка и цианозъ. Смерть при упадкѣ сердечной дѣятельности.

Epicrisis.—Angina catar. ac. Oesophagitis catar. ac. Bronchitis catar. acut. Pleuritis seroso-fibrin. sin. Degeneratio parenchym. cordis med. gradus. Hyperlasia lienis follic. ac. Degeneratio parenchym. hepatis et renum parvi gradus.

Слизистая оболочка пищевода въ верхнемъ отрѣзкѣ ярко краснаго цвѣта, блестяща; въ нижнемъ отрѣзкѣ она покрыта слизью, мутна, сѣрвато-краснаго цвѣта.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохранился, но есть небольшіе участки его, гдѣ кѣтки эпителиа имѣютъ неясныя очертанія и слабо окрашенное ядро. Гиперемія сосудовъ слизистой оболочки выражена довольно значительно, въ меньшей степени въ сосочкахъ; въ сосудахъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, бывше же тромбы рѣдки; около сосудовъ въ слизистой и подслизистой тканяхъ кое-гдѣ умѣренная инфильтрація лейкоцитовъ.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохранился не вездѣ; мѣстами онъ покрытъ тонкимъ слоемъ фибрина и мелкозернистой массы съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Многія эпителиальныя кѣтки имѣютъ нормальный видъ, но среди нихъ не мало кѣтокъ мутныхъ, съ неясными очертаніями и не окрашеннымъ гематоксилиномъ ядромъ. Встрѣчаются также небольшіе участки эпителиальнаго слоя, гдѣ эпителий отдѣлился до основа-

нія, или поверхностныя кѣтки отдѣлились, а базальныя кѣтки некротизированы, при этомъ некрозъ иногда распространяется и на поверхностную часть слизистой оболочки, ядра кѣтокъ которой неокрашены гематоксилиномъ. Сосуды слизистой оболочки весьма сильно наполнены кровью и тянутся вверхъ по сосочкамъ въ видѣ широкихъ полосокъ. Въ слизистой оболочкѣ, особенно въ подэпителиальномъ слое, и въ сосочкахъ, а также въ окрестности сосудовъ, довольно значительное накопленіе лимфоцитовъ. Въ сосудахъ слизистой оболочки замѣчается пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и нерѣдко бѣлые тромбы съ сѣтью фибрина.

Подслизистая соединительная ткань мѣстами значительно отечна, пучки ея раздвинуты, волокнистость ихъ сглажена; сосуды ея обильно налиты кровью; въ нѣкоторыхъ сосудахъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ сосудовъ видна слабо выраженная круглокѣточковая инфильтрація.

Вокругъ выводныхъ протоковъ железъ, преимущественно около устья ихъ, наблюдается круглокѣточковая инфильтрація. Полости выводныхъ протоковъ умѣренно растянуты; въ просвѣтѣ ихъ зернистый экссудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Въ полостяхъ железъ замѣтно накопленіе слизи; кѣтки эпителиа мутны, ядра нѣкоторыхъ кѣтокъ не окрашены гематоксилиномъ. Въ межмышечной соединительной ткани замѣтна умѣренная гиперемія сосудовъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica.

Случай 3-й.

Елизавета Н., 4 л. Поступила в Дѣт. больн. Пр. Ольденбург. 8/xii 1910; умерла 14/1 1911 г. *Scarlatina*.

Поступила съ тяжелой формой скарлатины. На 4-й день болѣзни присоединилась корь, осложненная катаральномъ воспаленіемъ легкихъ и ларингитомъ.

Epicrisis.—*Laryngitis catarr. ac. Decubitus laryngis. Pneumonia catarr. ac. dissem. Degeneratio parenchym. cordis, hepatis et renum. Hyperplasia acuta lienis follic. Oesophagitis catarr. Morbilli post scarlatinam.*

Слизистая оболочка зѣва и глотки красного цвѣта, блестяща. Слизистая оболочка пищевода въ верхней половинѣ блѣдна, блестяща, въ нижней же половинѣ красного цвѣта, припухла, мутновата, покрыта слизью.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Патологическія измѣненія въ верхнемъ и нижнемъ концѣ пищевода по характеру измѣненій не отличаются другъ отъ друга, только гиперемія нѣсколько болѣе выражена въ нижнемъ отрѣзкѣ.

Эпителиальный покровъ сохраненъ; кѣтки его имѣютъ ясныя очертанія и хорошо окрашенное ядро. Сосуды слизистой оболочки умѣренно наполнены кровью; въ нижнемъ отрѣзкѣ кровенаполненіе выражено рѣзче, но все же довольно умѣренное. Въ нѣкоторыхъ участкахъ слизистой оболочки, преимущественно подъ базальнымъ слоемъ эпителия, замѣтна слабо выраженная воспалительная инфильтрація; сосуды тутъ значительно наполнены кровью и вокруг нихъ мѣстами ясно выраженная круглокѣлочковая инфильтрація.

Пучки волоконъ подслизистаго слоя растянуты, волокнистость ихъ сохранена; сосуды умѣренно наполнены кровью. Около железъ и особенно ихъ выводныхъ протоковъ замѣчается довольно рѣзкая, иногда въ видѣширокаго пояса, круглокѣлочковая инфильтрація. Выводные протоки весьма сильно растянуты и содержатъ отпавшія кѣтки эпителия, красные кровяные шарики и лейкоциты. Въ просвѣтѣ железъ зернистый экссудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ.

Въ соединительной ткани мышечнаго слоя воспалительной реакціи не замѣтно.

Epicrisis. Oesophagitis catarr.

Случай 4-й.

Владиміръ В., 1 г. 6 мѣс. Поступилъ въ Дѣтск. больн. Пр. Ольденбург. 3/1 1911, умеръ 6/1 1911 г. Прибылъ на 3-й день болѣзни въ тяжеломъ состояніи съ некрозомъ зѣва и глотки и рѣзко выраженнымъ опуханіемъ шейныхъ железъ.

Epicrisis.—*Lymphadenitis colli acuta. Angina et pharyngitis necrotica scarlatinosa. Pneumonia catarr. lob. infer. dex. Degener. parencl. ym. cordis, hepat. et renum. Hyperpl. lienis follic. ac. Gastritis catarr. ac. Oesophagitis catarr. acuta.*

Слизистая оболочка зѣва и глотки сѣраго цвѣта, шероховата. *Tonsillae* увеличены, размягчены, сѣраго цвѣта. Слиз. оболочка пищевода въ верхнемъ отрѣзкѣ блѣдна, блестяща; въ нижнемъ — красного цвѣта, набухла, мутна, покрыта обильно слизью.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохраненъ, мѣстами на поверхности покрытъ зернистымъ отложеніемъ съ примѣсомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий разрыхленъ и отслаивается въ поверхностныхъ слояхъ. Большинство эпителиальныхъ клѣтокъ имѣтъ нормальный видъ, но между ними видны одиночныя некротизированныя клѣтки, а въ участкахъ, соотвѣствующихъ значительной воспалительной инфильтраціи слизистой оболочки, наблюдаются довольно большіе фокусы некротизированныхъ клѣтокъ эпителия, среди которыхъ видны лимфоциты. Сосуды слизистой оболочки значительно растянуты кровью и поднимаются вверхъ по сосочкамъ; въ нихъ видны кучки пристѣнно стоящихъ лейкоцитовъ; вокругъ сосудовъ и подъ базальнымъ слоемъ эпителия, особенно въ сосочкахъ, видно умѣренное скопленіе лейкоцитовъ; кромѣ того въ слизистой оболочкѣ наблюдаются довольно крупныя гнѣзда обильнаго скопленія одноядерныхъ лейкоцитовъ.

Подслизистая ткань мѣстами отечна; пучки волоконъ ея значительно растянуты; волокнистость сохранена; сосуды ея умѣренно наполнены кровью; вокругъ нѣкоторыхъ слабо выражена кругло-клеточковая инфильтрація. Выводные протоки железъ растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; вокругъ нихъ, а также вокругъ железъ, умѣренная кругло-клеточковая инфильтрація. Въ просвѣтѣ железъ виденъ зернистый экссудатъ, иногда красные кровяные шарики и лейкоциты. Эпителий железъ мутный, ядра многихъ клѣтокъ не окрашиваются гематоксилиномъ.

Въ межмышечной соединительной ткани воспалительныя явленія выражены слабо.

Верхняя треть пищевода.—Патологическія измѣненія верхней трети пищевода аналогичны съ наблюдаемыми въ нижней трети его, хотя здѣсь гиперемія сосудовъ слизистой оболочки и воспалительная инфильтрація вокругъ нихъ выражена значительно слабѣе. Но съ другой стороны замѣтна чрезвычайно рѣзкая кругло-клеточковая инфильтрація вокругъ выводныхъ протоковъ и железъ. Полости выводныхъ протоковъ весьма значительно растянуты и нерѣдко сплошь выполнены кровью, или зернистымъ экссудатомъ съ примѣсомъ отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Такой же экссудатъ наблюдается и въ полости железъ; эпителий въ нихъ набухъ, мутенъ, мѣстами отделился.

Epicrisis. Oesophagitis catarr.

Случай 5-й.

Владиміръ Г., 3 лѣтъ. Прибылъ въ Дѣтскую больницу Пр. Ольденбург. 15/III 1911; умеръ 19/III 1911 г.

Поступилъ съ слабо выраженнымъ некрозомъ зѣва и скарлатинозной сыпью. Умеръ на 6-й день болѣзни.

Epicrisis.—Angina tonsillarum necrotica. Pharyngitis necrotica. Oesophagitis necrotica. Degener. parenchym. cordis magni gradus. Hyperpl. lienis septica. Glomerulonephritis. Degener. parenchym. hepatis. Hydrops vesicae felleae. Hyperpl. acuta gland. Pejeri et mesenterii.

Слизистая оболочка зѣва и глотки сѣраго цвѣта, шероховата, покрыта гнойной слизью. Миндалины

некротизированы. Слизистая оболочка въ верхней трети пищевода, около входа въ него, опухла, краснаго цвѣта, съ шероховатыми полосками сѣраго цвѣта; ниже она блѣдно-краснаго цвѣта и мѣстами блѣдна и блестяща. Слиз. оболочка нижней трети пищевода опухла, мутна, сѣраго цвѣта, шероховата, съ поверхностными изъязвленіями, покрыта обильной гноевидно-слизью.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ на значительныхъ участкахъ отдѣлился до основанія; среди сохранившагося эпителия видны отдѣльныя кѣтки или группы некротизированныхъ кѣтокъ съ неясными очертаніями и неокрашеннымъ ядромъ; мѣстами эпителий разрыхленъ скопившимися лейкоцитами и близокъ къ отдѣленію.

Слизистая оболочка соответственно участкамъ съ отдѣлившимся эпителиемъ некротизирована мѣстами во всю толщю; на нѣкоторыхъ довольно значительныхъ участкахъ разрушена, при чемъ дно изъязвленія образовано пучками *muscularis mucosae*, кѣтки которой также некротизированы. Въ участкахъ, гдѣ эпителиальный покровъ сохраненъ, слиз. оболочка весьма обильно инфильтрирована лейкоцитами. Здѣсь мѣстами сосуды переполнены кровью и около нихъ видны крововизліянія; мѣстами гиперемія не замѣтна и сосуды выполнены бѣлыми тромбами. Между пучковъ *muscularis mucosae* весьма обильная круглокѣтчаточковая инфильтрація.

Въ подслизистой ткани разлитыя крововизліянія съ отложеніемъ сѣтй фибрина и довольно обильная

инфильтрація лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ. Сосуды подслизистаго слоя переполнены кровью съ пристѣнно стоящими кучками бѣлыхъ шариковъ, или выполнены бѣлымъ тромбомъ; вокругъ сосудовъ воспалительная инфильтрація, около нѣкоторыхъ—въ видѣ широкаго пояса; стѣнка многихъ сосудовъ также инфильтрирована лейкоцитами.

Вокругъ железъ и ихъ выводныхъ протоковъ замѣтка воспалительная инфильтрація; выводные протоки растянуты и просвѣтъ ихъ выполненъ отпавшими эпителиальными кѣтками, красными кровяными шариками и лейкоцитами. Въ полости железъ виденъ такъ же зернистый экссудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; эпителий железъ мутный, набухшій, мѣстами отслоенъ.

Въ мышечномъ слоѣ около сосудовъ видна умѣренная воспалительная инфильтрація.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ отдѣлился до основанія почти на всемъ протяженіи поперечнаго разрѣза; въ сохранившихся ничтожныхъ участкахъ эпителий или некротизированъ, при чемъ кѣтки его еще имѣютъ неясныя очертанія и неокрашенное ядро, или распался въ мелко-зернистую массу, равномерно окрашенную эозиномъ.

Слизистая оболочка на значительныхъ участкахъ некротизирована, при чемъ мѣстами въ области некроза еще различимы очертанія створы, кѣтокъ ея, инфильтрировавшихся ее лейкоцитами и сосудами, содержащихъ бѣлые тромбы, но ядра кѣтокъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ уже не окрашены гематоксилиномъ; мѣстами же слизистая оболочка представляетъ однородную, равномерно окрашенную эозиномъ, массу, въ

которой разбѣяны кучки стрептококковъ. Такіе некротическіе участки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ захватываютъ и область *muscularis mucosae*. Въ участкахъ слизистой оболочки, не подвергшейся некрозу, замѣтна весьма обильная воспалительная инфильтрація; сосуды ея наполнены кровью съ пристѣнно стоящими кучками бѣлыхъ шариковъ, или выполнены бѣлыми тромбами. Пучки *muscularis mucosae* раздвинуты скопившимися между ними лейкоцитами.

Подслизистая ткань отечна; пучки волоконъ ея раздвинуты, волокнистость ихъ значительно сглажена; сосуды обильно наполнены кровью, особенно вены, преимущественно подъ *muscularis mucosae*, гдѣ вокругъ нихъ разлитая и обширная кровеназліянія съ сѣтью фибрина; вообще же подслизистая ткань довольно значительно инфильтрирована лейкоцитами, особенно въ области железъ и ихъ выводныхъ протоковъ; вокругъ сосудовъ значительная воспалительная инфильтрація; въ сосудахъ бѣлые тромбы.

Протоки железъ растянуты; въ полости ихъ обильное количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, лейкоцитовъ и отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ.

Въ межмышечной соединительной ткани сосуды гиперемированы; воспалительная инфильтрація вокругъ нихъ выражена умеренно. Въ окружающей пищеводъ клѣтчатѣй воспалительныя явленія выражены слабо.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

Случай 6-й.

Тамара Ж., 11 лѣтъ. 15/ш 1911 г. поступила въ дѣтск. больн. Пр. Ольденбург. Умерла 28/ш 1911.

Прибыла на 2-й день болѣзни въ удовлетворительномъ общемъ состояніи. На 3-й день пребывания въ больницѣ t° 40,0 и яркая скарлатинозная сыпь; скоро, общее состояніе ухудшилось; въ зѣвѣ развился некрозъ, затѣмъ двухстороннее гнойное воспаление среднего уха и сосцевиднаго отростка. На 6-й день въ мочѣ бѣлокъ до 3‰. На 8-й день трепанация лѣваго сосцевиднаго отростка и на 15-й трепанация праваго; послѣ операціи знобъ, паденіе сердечной дѣятельности и *exitus letalis*.

Epicrisis. — Vulnus post trepan. proc. mastoid. bilater. Otitis med. purul. bilater. Hyperaemia venosa piae matris. Lymphadenitis colli acuta. Angina tonsil. et pharyngitis necrotica scarlatinosa. Oesophagitis catarr. Dilatatio ventr. dextri cordis. Degener. parenchym. et adiposa cordis. Hyperaemia venosa et oedema pulmon. Pneumonia catarr. lobi infer. dextri. Hyperplasia lienis septica. Glomerulonephritis. Degener. parenchym. hepatis magni gradus. Hydrops vesicae felleae. Colitis catarr. acuta.

Слизистая оболочка верхней трети пищевода ярко-краснаго цвѣта, блестяща; въ средней трети блѣдна и блестяща; въ нижней трети опухла, краснаго цвѣта, мутновата, покрыта слизью.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижняя треть пищевода — Эпителиальный покровъ на поверхности мѣстами покрытъ тонкимъ слоемъ мелкозернистой массы, вообще на всемъ протяженіи сохраненъ и только мѣстами поверхностныя клѣтки разрыхлены и близки къ отдѣленію; эпителий имѣетъ нормальный видъ. Сосуды слизистой оболочки довольно значительно растянуты кровью; въ немногихъ изъ

нихъ замѣтны кучки пристѣнно-стоящихъ бѣлыхъ кров. шариковъ съ сѣтью фибрина. Воспалительная инфильтрація слизистой оболочки выражена слабо и болѣе замѣтна около нѣкоторыхъ сосудовъ. Подслизистая ткань измѣненій не представляетъ.

Около нѣкоторыхъ выводныхъ протоковъ железъ, близъ устья, не рѣзко выраженная круглоклеточковая инфильтрація. Полости железъ и выводные протоки значительно растянуты слизью. Эпителий железъ набухъ, мутенъ.

Гиперемія и воспалительныхъ явленій въ мышечномъ слоеъ незамѣтно.

Измѣненія, найденныя въ верхнемъ отрѣзкѣ пищевода, не отличаются отъ вышеописанныхъ по характеру и интенсивности явленій.

Epicrisis. Oesophagitis catarrhalis

Случай 7-й.

Раиса Р., 1 г. 4 м., приб. 30/ш, умерла 15/IV 1911 г. Поступила въ Дѣтск. больн. Пр. Ольденбург. на 7-й день болѣзни въ періодъ высыпанія сыпи. t° упала на 4-й день но съ 7-го дня снова поднялась и держалась выше 39° по причинѣ двухсторонняго отита. Съ 12-го дня пребыванія въ больницѣ появился некрозъ въ зѣвѣ, ухудшеніе общаго состоянія и черезъ три дня exitus letalis при паденіи сердечной дѣятельности.

Epicrisis.—Otitis med. purul. bilater. Lymphadenitis colli acuta. Angina et pharyngitis necrotica scarlatinosa. Oesophagitis necrotica. Tracheo-bronchitis purul. Pneumon. catar. acuta lobi infer. sin. Degener. paranchym.

cordis, hepatis et renum. Degener. caseosa gland. bronchial. Hyperplasia ac. lienis follic. et gland. Pejeri.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Поверхность пищевода во многихъ мѣстахъ покрыта мелкозернистымъ отложеніемъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ. Эпителиальный покровъ мѣстами отдѣлился до основанія, мѣстами сохранились его базальные клетки; въ сохранившемся эпителиальномъ слоеъ клетки имѣютъ неясныя очертанія, мутны; встрѣчаются участки эпителия, ядра котораго не окрашены гематоксилиномъ; среди эпителия видны одно-и много-ядерные лейкоциты.

Слизистая оболочка весьма обильно инфильтрована лейкоцитами и содержитъ разлитыя кровоизлиянія; сосуды ея растянуты и густо наполнены красными кровяными шариками съ кучками пристѣнно стоящихъ лейкоцитовъ; весьма многие сосуды выполнены бѣлыми тромбами съ сѣтью фибрина; вокругъ сосудовъ широкій поясъ круглоклеточковой инфильтраціи. Въ нѣкоторыхъ участкахъ, захватывающихъ и muscularis mucosae, ткань некротизирована, имѣетъ однородный видъ, равномерно окрашена эозиномъ и только мѣстами видны неясныя очертанія клетокъ. Среди пучковъ muscularis mucosae обильная круглоклеточковая инфильтрація. Сосуды подслизистой ткани гиперемированы; вокругъ нихъ слабо выраженная воспалительная инфильтрація.

Вокругъ выводныхъ протоковъ и железъ довольно широкій поясъ воспалительной инфильтраціи. Выводные протоки железъ значительно растянуты и содер-

жать зернистый эксудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Эпителій железъ мутный; ядра нѣкоторыхъ клѣтокъ не окрашены гематоксилиномъ.

Сосуды межмышечной соединительной ткани умѣренно наполнены кровью.

Нижняя треть пищевода.—Эпителіальный покровъ мѣстами сохранился, при чемъ среди клѣтокъ его встрѣчается много клѣтокъ съ неопредѣленными контурами и неясно очерченнымъ и слабо окрашеннымъ ядромъ; большую же частію сохранившійся эпителіальный слой настолько сильно инфильтрированъ одно и много-ядерными лейкоцитами, что мѣстами структура его, какъ такового, исчезаетъ.

Сосуды слизистой оболочки рѣзко растянуты кровью; многіе изъ нихъ выполнены сплошнымъ тромбомъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ нѣкоторымъ количествомъ бѣлыхъ и сѣтью фибрина; весьма многіе сосуды сплошь или только отчасти выполнены бѣлыми тромбами. Слизистая оболочка весьма обильно инфильтрирована лейкоцитами, при чемъ инфильтрація распространяется и на соединительную ткань между пучками *muscularis mucosae*.

Подслизистая ткань отечна; волокнистые пучки ея растянуты, среди нихъ видны разлитыя кровоизліянія съ отложеніемъ сѣти фибрина; сосуды ея значительно налиты кровью; вокругъ нихъ умѣренная воспалительная инфильтрація.

Выводные протоки железъ сильно растянуты зернистымъ эксудатомъ съ примѣсью эпителіальныхъ клѣтокъ, красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; вокругъ нихъ видна воспалительная инфильтрація въ

видѣ широкаго пояса. Въ просвѣтѣ железъ—зернистый эксудатъ и отпавшія эпителіальныя клѣтки. Эпителій железъ мутный; ядра многихъ клѣтокъ не окрашены гематоксилиномъ; вокругъ железъ умѣренно выраженная круглоклѣточная инфильтрація. Сосуды межмышечной соединительной ткани умѣренно налиты кровью; мышечный слой дальнѣйшихъ измѣненій не представляетъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

Случай 8-й.

Леонидъ Х., 5 л. Поступилъ въ Выбор. город. дѣтск. больн. 14/viii; умеръ 20/viii 1911. *Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis. Scarlatina.*

Epicrisis.—Lymphadenitis colli bilater. ac. Hyperaemia meningum et cerebri. Otitis med. purul. bilater. Angina necrotica. Degener. parenchym. cordis ac. Hyperaemia lienis ac. Degener. hepatis parenchym. Hyperaemia venosa renum. Hyperplasia ac. gland. mesenterii. Scarlatina. Sepsis.

Микроскопическія изслѣдованія.

Верхняя треть пищевода.—Почти весь эпителіальный покровъ отдѣлился. Слизистая оболочка на большихъ протяженіяхъ некротизирована,—представляется гомогенной, равномерно окрашивающейся эозиномъ, при чемъ на этомъ фонѣ ясно выступаютъ своимъ ярко окрашеннымъ ядромъ инфильтрирующіе ткань лейкоциты, примѣшивающіеся также въ большомъ количествѣ къ зернистому распаду, мѣстами покрывающему поверхность некротизированныхъ участковъ.

Иногда среди однородной некротизированной ткани еще видны очертания сосудов, выполненных зернистой массой, среди которой иногда еще видны очертания бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, ядра которыхъ не окрашены гематоксилиномъ. Въ некоторыхъ мѣстахъ некрозъ захватываетъ и пучки *muscularis mucosae*; мѣстами некротизированная ткань отдѣлилась; дно изъязвленной иногда образовано мышечными пучками, кѣтки которыхъ также некротизированы. Въ участкахъ слизистой, неподвергшейся некрозу, она весьма обильно инфильтрирована лейкоцитами; сосуды ея содержатъ бѣлые тромбы. Въ области *muscularis mucosae* столь обильная круглокѣлочковая инфильтрація, что мѣстами мышечные пучки неразличимы; мѣстами видны мышечныя кѣтки, ядра которыхъ не окрашены гематоксилиномъ. Въ слизистой оболочкѣ и въ подслизистой ткани вокругъ сосудовъ широкій поясъ круглокѣлочковой инфильтраціи, а также и стѣнка крупныхъ венъ и артерій пронизана лейкоцитами; въ полости многихъ сосудовъ сплошные бѣлые тромбы.

Между пучковъ подслизистой ткани обильное скопленіе лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ; мѣстами гнойная инфильтрація носитъ гнѣздый характеръ и столь обильна, что основная ткань въ воспалительномъ очагѣ не различима. Въ соединительной ткани, окружающей железы и ихъ выводные протоки, видны лимфоциты и многоядерные лейкоциты. Полости выводныхъ протоковъ железъ растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсью лейкоцитовъ. Нѣкоторыя дольки железъ также растянуты слизью съ примѣсью лейкоцитовъ. Эпителий железъ набухъ, мутенъ.

На препаратахъ, окрашенныхъ по Грамму, въ некротическихъ участкахъ видно обильное видѣреніе стрептококковъ, проникающихъ не глубже слизистой слоя.

Нижняя треть пищевода.—Эпителий отдѣлился; остались мѣстами только базальныя кѣтки его, иногда покрытыя небольшимъ количествомъ зернистаго распада съ примѣсью красныхъ кров. шариковъ и небольшого количества лейкоцитовъ. Слизистая оболочка густо инфильтрирована лейкоцитами, которые мѣстами образуютъ значительныя гнойныя скопленія. Сосуды слизистой оболочки умѣренно наполнены кровью, вокругъ нихъ весьма обильная воспалительная инфильтрація.

Подслизистая ткань отечна; сосуды ея умѣренно наполнены кровью, въ некоторыхъ съ пристѣночнымъ стояніемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ сосудовъ довольно значительная круглокѣлочковая инфильтрація.

Пучки мышечнаго слоя раздвинуты вслѣдствіе отека и воспалительной инфильтраціи.

Epicrisis.—*Oesophagitis necrotica phlegmonosa.*

С л у ч а й 9-й.

Константинъ С. Поступилъ 9/уш 1911 въ Выборгъ город. дѣтск. больн.; умеръ 21/уш 1911 г. *Angina necrotica. Scarlatina.*

Epicrisis.—*Hyperaemia meningum. Lymphadenitis colli bilater. Periadentitis dextr. Phlegmone colli. Otitis med. purul. bilater. Angina et pharyngitis necrotica.*

Degener. cordis parenchym. ac. Hyperplasia lienis ac.
 Degener. adiposa hepatis et renum. Enteritis subac.
 Hyperplasia ac. gland. mesenterii. Scarlatina.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Поверхность пищевода покрыта зернистой массой съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, большого количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Эпителиальный слой отдѣлился, остались только небольшіе участки его, гдѣ среди нормальнаго вида эпителия имѣются группы клѣтокъ съ неясными очертаніями и неокрашеннымъ ядромъ. На участкахъ, лишенныхъ эпителия, слизистая оболочка некротизирована,—въ поверхностныхъ слояхъ представляется гомогенной, въ болѣе глубокихъ слояхъ видны еще силуэты стромы, клѣтокъ ея, инфильтрированныхъ слизистую оболочку лейкоцитовъ и очертанія сосудовъ, выполненныхъ бѣлыми кровяными шариками, ядра которыхъ неокрашены. Во многихъ мѣстахъ можно наблюдать, что некрозъ распространился и на клѣтки *muscularis mucosae*. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ некротическая ткань отдѣлилась и въ такихъ случаяхъ дно изъязвленій образовано некротизированными клѣтками *muscularis mucosae*, или подслизистой тканью. На участкахъ, неподвергшихся некрозу, въ слиз. оболочкѣ замѣтны разлитыя кровоизліянія и весьма обильная инфильтрація лейкоцитовъ, которые мѣстами образуютъ значительные воспалительные очаги, гдѣ подлежащая ткань не различима; во многихъ сосудахъ замѣтны большіе бѣлые тромбы, а вокругъ сосудовъ значительная воспалительная инфильтрація. *Muscularis mucosae* во многихъ мѣстахъ столь

сильно инфильтрирована лейкоцитами, что строеніе ея трудно различимо.

Пучки волоконъ подслизистаго слоя растянуты; вокругъ сосудовъ воспалительная инфильтрація выражена довольно умѣренно.

Около выводныхъ протоковъ желѣзъ въ соединительной ткани замѣтна довольно обильная воспалительная инфильтрація; въ просвѣтѣ выводныхъ протоковъ зернистый экссудатъ съ примѣсью эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Около желѣзъ замѣтна круглоклѣточная инфильтрація; въ просвѣтѣ желѣзъ—слизь съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Въ межмышечной соединительной ткани гиперемія сосудовъ и умѣренная воспалительная инфильтрація. Въ срѣзахъ, окрашенныхъ по Вейгерту и Грамму, въ некротическихъ участкахъ замѣтно вѣдреніе стрептококковъ до *muscularis mucosae*.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный слой на значительныхъ протяженіяхъ сохранился, мѣстами въ поверхностныхъ слояхъ разрыхленъ и слущивается, мѣстами покрытъ зернистой массой съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; мѣстами весь эпителиальный слой близокъ къ отдѣленію, находится въ слабой связи со слизистой оболочкой и только на небольшихъ ограниченныхъ участкахъ совершенно отсутствуетъ. Слизистая оболочка мѣстами представляетъ значительную воспалительную инфильтрацію, особенно подъ базальнымъ слоемъ эпителия и въ сосочкахъ; сосуды ея умѣренно растянуты кровью; въ нихъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и во многихъ бѣлые тромбы; воспалительная

инфильтрація вокругъ сосудовъ выражена довольно умѣренно.

Подслизистая ткань отечна; сосуды ея умѣренно наполнены кровью; вокругъ сосудовъ умѣренная воспалительная инфильтрація.

Выводные протоки железъ умѣренно растянуты слизью съ примѣсью лейкоцитовъ; около устья выводныхъ протоковъ замѣтна воспалительная инфильтрація. Въ полостяхъ железъ замѣтно накопленіе слизи; эпителий железъ мутенъ, набухъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica.

Случай 10-й.

Лукинянъ Д., 7 л.; Поступилъ 24/ви 1911 въ Выборг. город. дѣтск. больн.; умеръ 30/ви 1911 г. *Lymphadenitis colli ac. Angina necrotica. Scarlatina.*

Epicrisis.—*Lymphadenitis colli bilater. Angina necrotica. Degener. parenchym. cordis. Oedema pulmonum. Hyperplasia septica lienis. Degener. parenchym. hepatis et renum. Enteritis septica. Arthritis purul. artic. radiocarp. dex. Scarlatina. Septico-pyæmia.*

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителий на значительныхъ участкахъ сохраненъ, но разрыхленъ, близокъ къ отдѣленію и инфильтрированъ лейкоцитами; мѣстами среди клѣтокъ нормальнаго вида видны участки, гдѣ эпителий имѣетъ не ясныя очертанія и ядра его не окрашены гематоксиномъ; въ прочихъ мѣстахъ эпителиальный слой отдѣлился и совершенно отсутствуетъ; на этихъ участкахъ почти вездѣ поверхность

пищевода покрыта зернистой массой съ примѣсью эпителия, красныхъ кров. шариковъ и лейкоцитовъ.

Слизистая оболочка въ районахъ, гдѣ эпителиальный покровъ сохранился, довольно значительно инфильтрирована лейкоцитами; въ участкахъ же, лишенныхъ эпителия, она мѣстами содержитъ весьма обильную круглоклѣточковую инфильтрацію и сосуды ея выполнены бѣлыми тромбами, мѣстами же она почти вся некротизирована, при чемъ клѣтки ея утратили свою форму, ядра ихъ не окрашиваются гематоксиномъ и рѣзко выступаютъ только нѣкоторые, инфильтрирующие ее лейкоциты; въ поверхностныхъ слояхъ некротическая ткань имѣетъ видъ однородной мелкозернистой массы, которая мѣстами отдѣлилась съ образованіемъ изъязвленія, въ днѣ котораго видны некротическія клѣтки *muscularis mucosae*. Въ соединительной ткани между пучковъ *muscularis mucosae* видна довольно значительная воспалительная инфильтрація.

Пучки волоконъ подслизистой ткани растянуты; около нѣкоторыхъ ея сосудовъ умѣренная воспалительная инфильтрація. Полости выводныхъ протоковъ сильно растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ; вокругъ железъ и ихъ протоковъ значительная круглоклѣточная инфильтрація. Эпителий железъ набухъ, мутенъ.

Въ межмышечной соединительной ткани гиперемія сосудовъ и умѣренная воспалительная инфильтрація.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный слой на всемъ протяженіи разрыва отсутствуетъ. Слизистая оболочка некротизирована мѣстами до подслизистой ткани и имѣетъ безструктурный видъ; иногда въ ней еще

видны неясныя очертанія стромы, кѣтокъ ея, сосудовъ, содержащихъ обезвѣченные бѣлые тромбы и инфильтрировавшихъ ея лейкоцитовъ; кромѣ того мѣстами видны свѣже выйдшіе лейкоциты съ ярко окрашеннымъ ядромъ. Въ нѣкоторыхъ участкахъ некротизированная слизистая оболочка отдѣлилась и находится въ связи съ muscularis mucosae небольшими перемычками; въ большей же части она отсутствуетъ, при чемъ поверхность пищевода образована некротизированными пучками muscularis mucosae; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ изъязвленіе слизистой оболочки доходитъ до подслизистаго слоя.

Въ нѣкоторыхъ участкахъ muscularis mucosae, не подвергшихся полному некрозу, замѣтно въ видѣ тяжелой обильное скопленіе лейкоцитовъ, которые мѣстами образуютъ воспалительные очаги до полного затемненія основной ткани.

Подслизистая ткань обильно инфильтрирована лейкоцитами, особенно въ части, обращенной къ muscularis mucosae; тутъ скопленіе лейкоцитовъ настолько обильно, что основная ткань неразличима. Вокругъ сосудовъ подслизистой ткани замѣтна значительная воспалительная инфильтрація; въ сосудахъ пригнѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлые тромбы; стѣнка многихъ сосудовъ инфильтрирована лейкоцитами. Въ соединительной ткани мышечнаго слоя около сосудовъ замѣтна довольно значительная круглокѣлочковая инфильтрація; мѣстами она образуетъ столь густые очаги, что основная ткань неразличима. Вокругъ выводныхъ протоковъ железъ мѣстами замѣтна значительная воспалительная инфильтрація; протоки растянуты зернистымъ экссудатомъ съ при-

мѣсью отпавшихъ эпителиал. кѣтокъ и лейкоцитовъ; эпителий ихъ мѣстами отдѣлился.

На срѣзахъ, окрашенныхъ по Грамму, видно проникновеніе стрептококковъ во всѣ слои, а также въ полости сосудовъ и выводныхъ протоковъ железъ.

Средняя треть пищевода.—На срѣзахъ можно убедиться, что воспалительныя измѣненія выражены значительно слабѣе чѣмъ въ верхней и нижней третяхъ пищевода; некрозы ткани совершенно отсутствуютъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

С л у ч а й 11-й.

Нина П.; 1 г. 8 мѣс.; Поступила 15/x 1911 въ Дѣтск. б. Пр. Ольденбург.; умерла 20/x 1911. Scarlatina in stadio eruptionis.

Прибыла съ высокой температурой и ясной скарлатинозной сыпью. На 6-й день болѣзни развилась некротическая ангина, послѣдовало значительное ухудшеніе общаго состоянія и больная погибла при постепенномъ паденіи сердечной дѣятельности.

Epicrisis.—Lymphadenitis colli bilater. Angina necrotica scarlatinosa. Degener. parenchym. cordis, hepatis et genum. Hyperplasia ac. lienis. Oesophagitis catarr.

Слизистая оболочка верхнаго отрѣзка пищевода бѣдна, блестяща; въ нижней трети ярко-краснаго цвѣта, съ древовидно-налитыми сосудами, мѣстами блестяща, мѣстами мутна.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижній конецъ пищевода.—Въ эпителиальномъ слое, кѣтки котораго вообще имѣютъ нормальный видъ,

встрѣчаются небольшіе участки, гдѣ эпителий отдѣлился до базальныхъ кѣтокъ; на поверхности эти участки покрыты тонкимъ слоемъ зернистой массы съ примѣсью эпителия, красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ. Воспалительная инфильтрація слизистой оболочки носить гнѣздный характеръ и соответствуетъ участкамъ съ отпавшимъ эпителиемъ; въ прочихъ мѣстахъ она выражена умѣренно. Сосуды слизистой оболочки значительно растянуты кровью; въ области воспалительныхъ фокусовъ въ нихъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлые тромбы, а вокругъ сосудовъ довольно значительная круглокѣточная инфильтрація, которая распространяется на *muscularis mucosae* и иногда на подслизистую ткань. Въ послѣдней въ этихъ мѣстахъ замѣтна также гиперемія сосудовъ съ пристѣнно стоящими бѣлыми кровяными шариками и воспалительная инфильтрація вокругъ сосудовъ. Подслизистая ткань явленій отека не представляетъ.

Около устья выводныхъ протоковъ замѣтна умѣренная круглокѣточная инфильтрація. Въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ протоковъ небольшое количество зернистаго экссудата съ примѣсью лейкоцитовъ.

Въ межмышечной соединительной ткани умѣренная гиперемія сосудовъ безъ воспалительной инфильтраціи вокругъ нихъ.

Верхняя треть пищевода.—Измѣненія носятъ тотъ же характеръ, но выражены значительно слабѣе.

Epicrisis. Oesophagitis catarrhalis.

С л у ч а й 12-й.

Николай А., 5 л. Поступилъ 24/x 1911 въ Дѣтек. б. Пр. Ольденбург.; умеръ 27/x 1911 г. *Scarlatina in stadio eruptionis.*

Прибыль на 3-й день заболѣванія со scarlatinозной сыпью; тяжелое общее состояніе съ помраченнымъ сознаніемъ; черезъ три дня *exitus letalis.*

Epicrisis.—*Phlegmone colli. Lymphadenitis colli purul. Angina necrotica tonsillaris scarlatinosa. Pleuritis adhaesiva chron. sin. Hyperaemia venosa palmonum. Degener. parenchym. cordis magni gradus. Hyperplasia lienis septica. Gastritis cat. ac. Oesophagitis necrotica.*

Слиз. оболочка пищевода въ верхней и нижней третяхъ мѣстами опухла, краснаго цвѣта съ шероховатыми полосками сѣраго цвѣта по складкамъ, мѣстами сплошь сѣраго цвѣта, какъ бы изъѣдена; въ средней части пищевода она припухла, блѣдно-краснаго цвѣта.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный слой мѣстами сохранился, мѣстами же на довольно значительныхъ протяженіяхъ онъ отдѣлился до основанія; многія его кѣтки находятся въ состояніи некроза; среди эпителия вѣднилось довольно значительное количество лейкоцитовъ.

Слизистая оболочка весьма обильно инфильтрирована лимфоцитами и многоядерными лейкоцитами; мѣстами скопленіе лейкоцитовъ на столько обильно, что основная ткань неразличима; мѣстами имѣются небольшіе участки слиз. оболочки, доходящіе до мус-

cularis mucosae, гдѣ ткань некротизирована и равномерно окрашена эозиномъ. Сосуды слизистой оболочки растянуты, многіе содержатъ бѣлые тромбы; вокругъ сосудовъ рѣзкая воспалительная инфильтрація. Мышечные пучки muscularis mucosae раздвинуты скопившимися между ними лейкоцитами.

Подслизистая ткань отечна, пучки ея значительно растянуты; сосуды ея палиты кровью; вокругъ нихъ довольно значительная кругло-клеточковая инфильтрація.

Въ межмышечной соединительной ткани мѣстами гиперемія сосудовъ и вокругъ нихъ умѣренное скопление лейкоцитовъ.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный слой почти весь отдѣлился. Слизистая оболочка некротизирована мѣстами въ поверхностныхъ слояхъ, мѣстами же, и притомъ на большихъ протяженіяхъ, во всю толщю ея до подслизистаго слоя. Въ некротическихъ участкахъ ткань ея мѣстами безструктурна, мѣстами видны еще силуэты клетокъ съ неокрашеннымъ ядромъ и волокнистая строма сосудовъ, содержащихъ обезцвѣченные бѣлые тромбы. Въ участкахъ слизистой оболочки, не подвергшихся некрозу, видна обильная воспалительная инфильтрація; сосуды содержатъ бѣлые тромбы съ сѣтью фибрина, а въ окружности ихъ рѣзкая кругло-клеточковая инфильтрація, распространяющаяся и на область muscularis mucosae, пучки котораго раздвинуты лейкоцитами. Пучки подслизистой ткани растянуты; сосуды ея умѣренно наполнены кровью и нѣкоторые изъ нихъ содержатъ бѣлые тромбы; вокругъ сосудовъ умѣренно выраженная воспалительная инфильтрація.

Въ соединительной ткани мышечнаго слоя видна умѣренная гиперемія сосудовъ и слабо выраженная воспалительная инфильтрація вокругъ нихъ.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

С л у ч а й 13-й

Михаилъ Ш., 1 года. Поступилъ 8/xi 1911 въ Дѣтск. больн. Пр. Ольденбург.; умеръ 13/xi 1911 г. Scarlatina.

Больной поступилъ на 1-й день заболѣванія съ высокой t° и катаральной ангиной; въ дальѣйшемъ теченіи развился некрозъ зѣва. Больной не могъ сосать и кормился съ ложки. 13/xi внезапно поперхнулся во время кормленія и пересталъ дышать; искусственнымъ дыханіемъ возстановить послѣднее не удалось и больной скончался.

Epicrisis.—Angina necrotica tonsillar. Oesophagitis necrotica. Hyperaemia venosa pulmonum. Degeneratio parenchym. cordis medii gradus. Hyperplasia ac. lienis follic. Degeneratio parenchym. hepatis et renum parvi gradus.

Слизистая оболочка въ области входа въ пищеводъ припухла, мутна, сѣровато-краснаго цвѣта; въ средней части блѣдна и блестяща; въ нижней трети мѣстами темно-краснаго цвѣта, мѣстами мутна, сѣровато-краснаго цвѣта, съ сѣрыми шероховатыми полосками по складкамъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохраненъ, на небольшихъ же участкахъ некротизи-

рованъ, или отдѣлился до основанія. Соответственно участкамъ съ отпавшимъ эпителиемъ слизистая оболочка некротизирована; иногда въ область некроза входятъ и пучки muscularis mucosae. Въ остальныхъ мѣстахъ слизистой оболочки, не подвергшейся некрозу, замѣтна довольно обильная кругло-кѣлочковая инфильтрація и разлитыя кровоизліянія; сосуды ея, особенно подъ muscularis mucosae, весьма значительно налиты кровью; въ нихъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и иногда бѣлые тромбы; вокругъ сосудовъ воспалительная инфильтрація.

Нижняя треть пищевода. — Эпителиальный покровъ на нѣкоторыхъ участкахъ сохранился и тамъ замѣтно только поверхностное слущиванія эпителия; на остальныхъ мѣстахъ онъ или совсѣмъ отсутствуетъ, или отслоенъ обильнымъ скопленіемъ лейкоцитовъ въ подэпителиальномъ слоеъ слизистой оболочки; многія кѣлки отслоеннаго эпителия некротизированы и среди нихъ видно обильное скопленіе лейкоцитовъ. Соответственно участкамъ съ отслоеннымъ эпителиемъ наблюдается весьма обильная кругло-кѣлочковая инфильтрація слизистой оболочки, распространяющаяся и на muscularis mucosae. Въ сосудахъ этихъ участковъ видно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кров. шариковъ и бѣлые тромбы, выполняющіе весь просвѣтъ сосудовъ; вокругъ сосудовъ широкій поясъ кругло-кѣлочковой инфильтраціи. Въ прочихъ мѣстахъ слизистой оболочки замѣтна умѣренная воспалительная инфильтрація; здѣсь сосуды весьма сильно растянуты кровью и только въ нѣкоторыхъ замѣтно пристѣнное стояніе лейкоцитовъ; бѣлые тромбы отсутствуютъ. Сосуды подъ muscularis mucosae также растянуты кровью

и вокругъ нихъ видна умѣренная кругло-кѣлочковая инфильтрація.

Въ подслизистой ткани гиперемія сосудовъ и воспалительныя явленія выражены слабо. Около устья выводныхъ протоковъ железъ наблюдается умѣренная инфильтрація лейкоцитовъ. Въ соединительной ткани мышечнаго слоя воспалительныхъ явленій не констатировано.

Epicrisis. Oesophagitis necrotica.

Случай 14-й

Сергій Л., 6 л. Прибыль 7/xi 1911 въ Дѣтск. больн. Пр. Ольденбург.; умеръ 11 xi 1911 г. Scarlatina in stadio desquamationis.

Больной поступилъ на 17-й день заболѣванія съ некротической ангиной, гнойной течью изъ обоихъ ушей, съ высокою т°, почти въ безсознательномъ состояніи; мочи отдѣлялось крайне мало. На 3-й день появился поносъ и больной скончался при упадкѣ сердечной дѣятельности.

Epicrisis. — Otitis media purul. bilater. Lymphadenitis colli ac. Angina et pharyngitis necrotica scarlatina. Haemorrhagica venosa pulmon. Degener. parenchym. cordis medi grand. Hyperplasia lienis septica. Nephritis parenchym. ac. Degener. adiposa hepatis. Enteris et typhlitis catar. Oesophagitis catar.

Слизистая оболочка пищевода въ нижней трети темно-краснаго цвѣта, мутновата, покрыта слизью; въ верхней части пищевода блѣдна, блестяща.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижняя треть пищевода. — Эпителиальный слой всюду сохраненъ. Сосуды слизистой оболочки значительно переполнены кровью и тянутся вверхъ по сосочкамъ; во многихъ сосудахъ видно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ сосудовъ умѣренная кругло-кѣлочковая инфильтрація. Подслизистая ткань отечна; сосуды ея переполнены кровью; около нѣкоторыхъ сосудовъ умѣренная воспалительная инфильтрація и небольшія кровоизліянія. Выводные протоки железъ значительно растянуты слизью съ примѣсью лейкоцитовъ; около устья нѣкоторыхъ протоковъ видна воспалительная инфильтрація. Полости железъ растянуты и содержатъ слоистый экссудатъ; эпителий железъ набухъ, мутенъ.

Верхняя треть пищевода. — Измѣненія носятъ тотъ же характеръ, но выражены весьма слабо.

Epericis. Oesophagitis catarrhalis.

Случай 15-й

Ядвига Л., 2 лѣтъ. Поступила 15/ix 1911 въ Выборг. город. Дѣтск. больн.; 11/ix 1911 г. умерла. Angina necrotica. Pneumonia sin. Scarlatina.

Epericis. — Lymphadenitis colli bilater. ac. Angina necrotica. Degener. cordis parenchym. ac. Pneumonia catarr. ac dissemin. sin. Hyperplasia ac. Henis. Degener. adiposa hepatis et renum. Scarlatina.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода. — Эпителиальный слой сохранился только на небольшихъ участкахъ; многія

кѣтки его некротизированы. Слизистая оболочка весьма сильно инфильтрирована лейкоцитами; мѣстами инфильтрація распространяется на muscularis mucosae и настолько обильна, что границы этихъ слоевъ не различимы. Сосуды слизистой оболочки растянуты; въ нихъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлые тромбы; вокругъ сосудовъ воспалительная инфильтрація въ видѣ широкаго пояса; стѣнки многихъ сосудовъ также инфильтрированы лейкоцитами. Въ мѣстахъ, лишенныхъ эпителиального покрова, слизистая оболочка некротизирована мѣстами до muscularis mucosae и представляется однородной массой, среди которой еще видны слабыя очертанія нѣкоторыхъ кѣтокъ. Пучки muscularis mucosae раздвинуты скопленіями лейкоцитовъ.

Подслизистая ткань отечна, пучки ея волоконъ растянуты, набухли; вокругъ сосудовъ ея довольно значительная воспалительная инфильтрація, замѣтная и въ стѣнкѣ сосудовъ; многіе сосуды содержатъ бѣлые тромбы.

Железы и ихъ выводные протоки сильно растянуты слизью съ примѣсью гнойныхъ кѣтокъ; во многихъ протокахъ эпителий отдѣлился и лежитъ въ просвѣтѣ протока, или отсутствуетъ; вокругъ железъ и протоковъ обильная воспалительная инфильтрація.

Нижняя треть пищевода. — Эпителиальный слой на довольно значительныхъ участкахъ отдѣлился до основанія; соответственно этимъ участкамъ слизистая оболочка въ поверхностныхъ слояхъ некротизирована и равномерно окрашена эозиномъ. Въ мѣстахъ, не подвергшихся некрозу, слизистая оболочка обильно инфильтрирована лейкоцитами; сосуды ея растянуты,

вокругъ нихъ широкій поясъ круглоклѣточной инфильтраціи; во многихъ сосудахъ бѣлые тромбы; стѣнка многихъ сосудовъ также обильно инфильтрирована лейкоцитами. Пучки muscularis mucosae мѣстами раздвинуты скопившимися лейкоцитами.

Подслизистая ткань отечна, пучки ея волоконъ растянуты, набухли; сосуды весьма значительно налиты кровью и нѣкоторые содержатъ бѣлые тромбы. Около выводныхъ протоковъ железъ видна умѣренная воспалительная инфильтрація.

На срѣзахъ обонихъ отрѣзковъ пищевода, окрашенныхъ по Вейгерту, видны сѣти фибрина въ сосудахъ, а на препаратахъ, окрашенныхъ по Граму, видны стрептококки въ некротическихъ участкахъ и въ просвѣтѣ железъ и выводныхъ протоковъ.

Epicrisis.—Oesophagitis necrotica phlegmonosa.

Случай 16-й.

Ольга К., 4 лѣтъ; 8/xii 1911 поступила въ Дѣтск. больн. Пр. Ольденбург.; умерла 10/xii 1911. Scarlatina.

Больная прибыла съ высокой т° и скарлатинозной высыпью; на 3-й день ознобъ, упорная рвота и exitus letalis.

Epicrisis.—Hyperaemia venosa et oedema piae matris; hyperaemia ven. cerebri. Angina necrotica tonsill. Hyperaemia venosa pulmon. Degener. parenchym. cordis magni gradus. Hyperplasia ac. lienis follic. Degener. adiposa hepatis. Hydrops vesicae felleae. Hyperplasia ac. gland. Pejeri et mesenterii. Oesophagitis phlegmonosa. Scarlatina.

Слизистая оболочка въ верхнемъ отрѣзкѣ нѣсколько гиперемирована, блестяща; въ нижней трети отечна,

сѣровато-краснаго цвѣта, мутна; здѣсь же на ограниченномъ пространствѣ, около 2 ст. въ диаметръ, слиз. оболочка выдается надъ остальной поверхностью пищевода; при надавливаніи на эту область черезъ очень небольшое отверстіе въ стѣнкѣ пищевода выдавливается гной.

Микроскопическое изслѣдованіе (Рис. 13).

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный слой сохраненъ и только на небольшихъ участкахъ отдѣлился до базальныхъ клѣтокъ. Слизистая оболочка вообще умѣренно инфильтрирована, но содержитъ небольшіе очаги столь густой инфильтраціи лейкоцитовъ, что въ нихъ основная ткань не различима; сосуды ея значительно растянуты кровью, въ области же обильной инфильтраціи въ сосудахъ замѣтны бѣлые тромбы. Въ слоѣ muscularis mucosae, соответственно воспалительнымъ очагамъ слизистой оболочки, также замѣтна круглоклѣточная инфильтрація. Подслизистая ткань отечна, волокна ея растянуты, набухли; сосуды умѣренно налиты кровью.

Около выводныхъ протоковъ железъ видна воспалительная инфильтрація, въ видѣ широкаго пояса.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный слой почти весь отдѣлился. Слизистая оболочка инфильтрирована лейкоцитами мѣстами настоль обильно, что строеніе ея неразличимо. Въ средней части поперечнаго разрѣза пищевода слизистая оболочка приподнята обильнымъ скопленіемъ гнойныхъ клѣтокъ, помѣщающихся между нею и мышечнымъ слоемъ.

Въ области гнойнаго очага подслизистая ткань не различима. Въ ту и другую сторону по периферіи

гнояного очага замѣчается обильная во всѣхъ слояхъ воспалительная инфильтрація вокругъ растянутыхъ и содержащихъ бѣлые тромбы сосудовъ; здѣсь же видна воспалительная инфильтрація вокругъ выводныхъ протоковъ железъ, а въ просвѣтѣ ихъ скопленіе лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ. Описанныя воспалительныя явленія по мѣрѣ удаленія отъ центра гнойнаго очага постепенно уменьшаются.

Соответственно абсцессу пучки мышечныхъ слоевъ, особенно внутренняго, раздвинуты скопившимися между ними лимфоцитами и многоядерными лейкоцитами. Въ межмышечной соединительной ткани около содержащихъ бѣлые тромбы сосудовъ замѣтна значительная воспалительная инфильтрація.

Въ клетчаткѣ, окружающей пищеводъ, сосуды умеренно наполнены кровью; вокругъ нихъ слабо выражена воспалительная инфильтрація.

Epicrisis.—Oesophagitis phlegmonosa.

Случай 17-й.

Марія К., 9 л.; 29/xi 1911 поступила въ Выборг. город. дѣтск. больницу; умерла 1/xii 1911. Nephritis ac. post scarlatinam.

Epicrisis.—Dilatatio cordis dextri. ac. Hypertrophia ventriculi sin. Degener. adiposa cordis. Hyperaemia ven. pulmon. Pneumon. catar. lobi infer. dextri. Ascites. Hyperplasia lienis ac. Degener. adiposa hepatis. Nephritis parenchym. Scarlatina.

Микроскопическое излѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохраненъ, но въ поверхностныхъ слояхъ слегка раз-

рыхленъ; ядра эпителия хорошо окрашены гематоксилиномъ. Слизистая оболочка отечна, волокна ея растянуты, сосуды крайне переполнены кровью; мѣстами подъ базальнымъ слоевъ эпителия замѣтна умѣренная инфильтрація; кромѣ того встрѣчаются гнѣзда, нерѣдко круглаго чертанія, обильной инфильтраціи лимфоцитовъ вокругъ растянутыхъ и переполненныхъ кровью сосудовъ. Пучки волоконъ подслизистаго слоя весьма сильно растянуты; сосуды его переполнены кровью; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ наблюдается пристѣночное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Около устья выводныхъ протоковъ железъ замѣчается мѣстами довольно рѣзкая воспалительная инфильтрація; полости выводныхъ протоковъ растянуты; весь просвѣтъ въ нѣкоторыхъ выполненъ красными кровяными шариками и лейкоцитами. Въ мышечныхъ слояхъ измѣненій не замѣчено.

Средняя треть пищевода.—Измѣненія носятъ тотъ же характеръ, но выражены слабѣе.

Epicrisis.—Oesophagitis catarrhalis.

Случай 18-й.

Иванъ Б., 6 л.; поступилъ 7/xii 1911 въ Выборг. дѣт. город. больницу; умеръ 8/xii 1911. Angina necrotica. Lymphadenitis colli. Scarlatina.

Epicrisis.—Periadenitis et lymphadenitis colli ac. bilater. Angina necrotica. Dilatatio cordis et degener. parenchym. ac. Hyperaemia ven. pulmon. Hyperplasia lienis follic. Degener. parenchym. et adiposa hepatis. Hyperplasia ac. grand. mesenterii.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный слой сохраненъ, но разрыхленъ и мѣстами поверхностно разрушенъ; среди эпителия встрѣчаются клѣтки съ слабо или совсѣмъ не окрашеннымъ ядромъ и лимфоциты въ умѣренномъ количествѣ. Слизистая оболочка вообще умѣренно инфильтрирована лейкоцитами, но подъ базальнымъ слоемъ эпителия довольно обильно и, кромѣ того, содержитъ небольшія очаги гнѣзднаго скопленія лимфоцитовъ. Сосуды слиз. оболочки умѣренно налиты кровью; въ нѣкоторыхъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ сосудовъ кругло-клѣтчатая инфильтрація, мѣстами довольно значительная. Среди пучковъ *muscularis mucosae* наблюдается умѣренная воспалительная инфильтрація. Подслизистая ткань отечна; пучки ея растянуты, набухли; сосуды довольно значительно налиты кровью.

Выводные протоки железъ сильно растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и мѣстами значительнаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ нихъ обильная воспалительная инфильтрація. Железы растянуты, содержатъ зернистый экссудатъ, отпавшія эпителиальныя клѣтки, лейкоциты и въ небольшомъ количествѣ красныя кровяныя шарики; вокругъ железъ замѣтна воспалительная инфильтрація.

Въ межмышечной соединительной ткани довольно значительная круглоклѣтчатая инфильтрація.

Нижняя треть пищевода.—Эпителий мѣстами отслоенъ разлитыми кровоизліяніями въ слизистой обо-

лочкѣ; прочія же измѣненія вполне соответствують найденнымъ въ верхней трети пищевода.

Epicrisis.—Oesophagitis catarrhalis acuta.

Случай 19-й.

Константивъ К., 3 г. 8 мѣс.; 8/xi 1911 поступилъ въ Выборг. город. дѣтск. больницу; умеръ 9/xi 1911. Scarlatina.

Epicrisis.—Angina lacunaris, Lymphadenitis colli bilater. ac. Dilatatio et degener. parenchym. ac. cordis. Hyperaemia ven. pulmon. Hyperplasia acuta lienis. Degener. adiposa hepatis. Degener. parenchym. ac. renum. Entero-colitis follic. ac. Hyperaemia ac. gland. mesenterii. Scarlatina. Sepsis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный слой сохраненъ, но многія его клѣтки имѣютъ неясныя очертанія, сморщенное и слабо окрашенное ядро; среди клѣтокъ эпителия видны лейкоциты. Слизистая оболочка вообще слабо инфильтрирована, значительно въ сосочкахъ и подъ базальнымъ слоемъ эпителия; кромѣ того встрѣчаются небольшіе участки, гдѣ вокругъ сосудовъ довольно значительная воспалительная инфильтрація. Сосуды слизистой оболочки вообще значительно растянуты кровью; въ нѣкоторыхъ замѣтно пристѣнное стояніе лейкоцитовъ. Подслизистая ткань отечна; пучки ея волоконъ значительно растянуты, набухли; сосуды весьма значительно расширены и переполнены кровью; въ нѣкоторыхъ замѣтно пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; воспалительная инфильтрація вокругъ сосудовъ выражена слабо.

Выводные протоки железъ растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вокругъ выводныхъ протоковъ и железъ наблюдается умѣренная воспалительная инфильтрація. Въ просвѣтѣ железъ виденъ зернистый экссудатъ; эпителий железъ набухъ, мутенъ.

Сосуды мышечнаго слоя наполнены кровью довольно значительно.

Верхняя треть пищевода.—Измѣненія въ верхней трети пищевода не отличаются отъ найденныхъ въ нижней его трети.

Epicrisis.—Oesophagitis catarrhalis acuta.

Случай 20-й

Алексѣй К., 6 л. Прибылъ въ Выборгскую город. дѣт. больн. 15/xii и умеръ 11/xii 1911 г. Lymphadenitis acuta bilateralis. Scarlatina.

Epicrisis. Lymphadenitis et periaedenitis colli bilater. Angina catar. Degener. cordis adiposa. Oedema pulmon. Hyperplasia lienis ac. Degener. adiposa hepatis et renum. Enterocolitis follic. ac. Hyperplasia ac. glandul. mesenterii. Scarlatina. Sepsis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя часть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохраненъ. Среди нормальнаго вида эпителия много клѣтокъ съ неясными границами, мутной протоплазмой и слабо окрашеннымъ ядромъ; между эпителиальныхъ клѣтокъ замѣтны лейкоциты. Слизистая оболочка умѣренно инфильтрирована; инфильтрація болѣе выражена

подъ базальнымъ слоемъ эпителия и въ сосочкахъ. Сосуды слизистой оболочки значительно наполнены кровью; вокругъ нѣкоторыхъ изъ нихъ выражена ясно воспалительная инфильтрація. Въ соединительной ткани среди пучковъ muscularis mucosae замѣтна умѣренная круглоклѣточная инфильтрація. Пучки волоконъ подслизистаго слоя умѣренно раздвинуты; сосуды его сильно растянуты кровью; инфильтрація вокругъ сосудовъ выражена слабо.

Выводные протоки трубчатыхъ железъ значительно растянуты зернистымъ экссудатомъ съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ; вокругъ выводныхъ протоковъ и железъ довольно значительно выраженная воспалительная инфильтрація; полости железъ растянуты, въ просвѣтѣ ихъ зернистый экссудатъ; во многихъ железахъ эпителий отслоился, въ большинствѣ оныхъ зернистый, ядра многихъ клѣтокъ слабо или совсемъ не окрашены гематокилиномъ.

Нижняя треть пищевода (ближе къ срединѣ). Микроскопическія измѣненія носятъ тотъ же характеръ, какъ и въ верхней трети, хотя выражены нѣсколько слабѣе.

Epicrisis. Oesophagitis catar. acuta.

Случай 21-й.

Сергѣй И.; 1 г. 3 м. 3/xii 1911 поступилъ въ Выборгскую город. дѣт. больн.; 15/xii умеръ. Rachitis. Marasmus. Lymphadenitis acuta. Pneumon catar. acuta. Scarlatina.

Epicrisis.—Lymphadenitis colli bilater. ac. Dilatio cordis permagna et degener. adiposa. Pleuritis exud. dextra. Carnificatio pulmon. dextri. Hyperplasia lienis sept. Degener. adiposa hepatis et renum. Scarlatina.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нижняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохранился; эпителий большею частію нормального вида, хотя имѣются небольшіе участки его, гдѣ клѣтки представляютъ неясныя очертанія, зернистую протоплазму и слабо окрашенное ядро. Слизистая оболочка умѣренно инфильтрирована и только на нѣкоторыхъ участкахъ подъ базальнымъ слоемъ эпителия и въ области сосочковъ инфильтрація выражена значительнѣе; сосуды слизистой оболочки довольно значительно растянуты и набиты красными кровяными шариками; вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ видна воспалительная инфильтрація. Пучки волоконъ подслизистой ткани мѣстами замѣтно растянуты, волокнистость ихъ сохранена; сосуды ея довольно значительно переполнены кровью.

Около выводныхъ протоковъ железъ довольно значительная круглоклѣточная инфильтрація по всему ихъ ходу; полости ихъ умѣренно растянуты зернистымъ экссудатомъ, съ примѣсью отпавшаго эпителия и красныхъ кровяныхъ шариковъ; въ просвѣтѣ железъ видно скопленіе слизи, эпителий железъ мутный, ядра окрашены гематоксилиномъ. Сосуды межмышечной соединительной ткани дов. значительно налиты кровью; вокругъ нѣкоторыхъ умѣренная круглоклѣточная инфильтрація.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ, за исключеніемъ небольшихъ участковъ, гдѣ онъ

отдѣлился до основанія,—сохраненъ, но мѣстами въ поверхностныхъ слояхъ разрыхленъ и слущился; мѣстами видны кровоизліянія, отслоившія эпителиальный слой и проникающія между клѣтокъ эпителия. Остальные микроскопическія измѣненія носятъ тотъ же характеръ и выражены въ такой же степени, какъ и въ нижней трети пищевода.

Epicrisis.—Oesophagitis catar. acuta.

Случай 22-й.

Валентина П., 3 г.; 25/1 1912 поступила въ дѣт. больн. Пр. Ольденбург. Умерла 27/1 1912. Scarlatina. Большая поступила въ тяжеломъ состояніи, съ высокой температурой и некротической ангиной; въ концѣ второго дня пребыванія въ больницѣ умерла при явленіяхъ быстро прогрессирующей сердечной слабости.

Epicrisis.—Angina et pharyngitis necrotica scarlatinosa. Pneumonia catar. dissem. ac. sin. Dilatio cordis. Degener. parenchym. cordis medii. gradus. Hyperplasia ac. lienis sept. Degener. parenchym. hepatis et renum. Gastritis ac. Enteritis catar. ac. Oesophagitis necrotica. Scarlatina.

Слизистая оболочка верхней трети пищевода мутновата, блѣдно-краснаго цвѣта; слизистая нижней трети покрыта обильной гноевидной слизью, мѣстами сѣровато-краснаго цвѣта, мѣстами сѣраго цвѣта, шероховата; мѣстами она представляетъ изъязвленія съ сѣрымъ дномъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Верхняя треть пищевода.—Эпителиальный покровъ сохраненъ; въ верхнихъ слояхъ шелушится; клѣтки

СІБІРСКАЯ
УНИВЕРСИТЕТСКАЯ
БИБЛИОТЕКА

эпителия имѣютъ ясныя границы и ярко окрашенное гематоксилиномъ ядро. Слизистая оболочка умѣренно инфильтрирована, болѣе же значительно подъ базальнымъ слоемъ эпителия; кромѣ того, имѣются небольшія нѣзда обильнаго скопленія лимфоцитовъ; сосуды растянуты и содержатъ красныя кровяныя шарики и кучки пристѣнно стоящихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; во многихъ сосудахъ видны бѣлыя тромбы съ сѣткой фибрина; вокругъ сосудовъ мѣстами обильная круглоклѣточная инфильтрація. Между пучковъ *muscularis mucosae* замѣтна слабо-выраженная воспалительная инфильтрація. Пучки подслизистой ткани мѣстами умѣренно раздвинуты; сосуды ея значительно наполнены кровью; въ нѣкоторыхъ сосудахъ пристѣнное стояніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлыя тромбы, но рѣже чѣмъ въ слизистой оболочкѣ; воспалительная инфильтрація вокругъ сосудовъ выражена слабо. Выводные протоки железъ растянуты; въ полостяхъ ихъ зернистый экссудатъ и слизь; вокругъ устья выводящихъ протоковъ железъ иногда замѣтна круглоклѣточная инфильтрація. Полости железъ растянуты; слизью; эпителий железъ зернистый; ядра многихъ клѣтокъ неокрашены гематоксилиномъ; воспалительная инфильтрація вокругъ железъ выражена слабо.

Въ межмышечной соединительной ткани воспалительныхъ измѣненій не наблюдается.

Нижняя треть пищевада.—Эпителиальный покровъ мѣстами сохраненъ; соответственно же участкамъ съ грубой инфильтраціей слизистой оболочки въ углубленіяхъ складокъ на довольно значительныхъ пространствахъ отслоенъ до основанія. Слизистая оболочка значительно инфильтрирована во всю толщю лимфоцитамъ

и многоядерными лейкоцитами; въ нѣкоторыхъ участкахъ ея круглоклѣточная инфильтрація настолько густа, что основная ткань не различима; въ этихъ участкахъ грубой инфильтраціи слизистой оболочки наблюдаются мѣста, гдѣ она распалась съ образованіемъ изъязвленія до подслизистаго слоя; въ области распанда ея наблюдается тонкая сѣть фибрина. Сосуды слизистой оболочки значительно растянуты и густо набиты красными кровяными шариками съ пристѣнно стоящими лейкоцитами; кромѣ того немало сосудовъ, содержащихъ бѣлыя тромбы; вокругъ сосудовъ широкій поясъ круглоклѣточной инфильтраціи. Пучки *muscularis mucosae* раздвинуты скопившимися лейкоцитами; въ нѣкоторыхъ участкахъ, соответствующихъ грубой инфильтраціи слизистой оболочки, круглоклѣточная инфильтрація въ области *muscularis mucosae* настоль обильна, что мышечные пучки неразличимы. Подслизистая ткань соответственно изъязвленной и грубо инфильтрированной слизистой оболочкѣ также содержитъ рѣзко выраженную воспалительную инфильтрацію; пучки ея волоконъ раздвинуты обильнымъ скопленіемъ лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ; въ нѣкоторыхъ участкахъ инфильтрація настолько густа, что волокнистая строма неразличима; въ прочихъ мѣстахъ пучки подслизистой ткани значительно растянуты, волокнистость ихъ весьма слабо выражена. Сосуды подслизистой ткани въ участкахъ съ рѣзко выраженной воспалительной инфильтраціей содержатъ бѣлыя тромбы съ сѣтью фибрина; вокругъ сосудовъ широкій поясъ круглоклѣточной инфильтраціи, а также вся стѣнка нѣкоторыхъ сосудовъ инфильтрирована лейкоцитами. Въ прочихъ же мѣстахъ

подслизистой ткани замѣтно довольно значительное кровонаполненіе сосудовъ, иногда съ кучками пристѣнно-стоящихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, изрѣдка бѣлые тромбы и умѣренная круглоклѣтчатковая инфильтрація вокругъ сосудовъ.

Во внутреннемъ мышечномъ слое, въ участкахъ прилегающихъ къ флегмонозновоспаленной подслизистой ткани, между пучками рѣзко выступает скопленіе лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ. На препаратахъ, окрашенныхъ по Вайгерту, видны сѣтки фибрина въ тромбированныхъ сосудахъ. На срѣзахъ, окрашенныхъ по Грамму, въ области распада слизистой оболочки, въ поверхностныхъ слояхъ видны стрептококки.

Epicrisis. Oesophagitis phlegmonosa.

Подводя итоги даннымъ вышеизложенныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, я считалъ бы правильнымъ классифицировать ихъ въ слѣдующихъ двухъ формахъ.

1) Катарральное воспаленіе пищевода.

При этой формѣ воспаленія пищевода въ большинствѣ случаевъ эпителиальный покровъ слизистой оболочки сохраненъ; иногда въ поверхностныхъ слояхъ эпителий разрыхленъ и близокъ къ отдѣлѣнію; клѣтки эпителия сохранили нормальный видъ и ядро ихъ хорошо окрашивается гематоксилиномъ; хотя все же среди нормального вида клѣтокъ встрѣчаются одиночныя или небольшими группами эпителиальныя клѣтки измѣненной формы, съ зернистой протоплазмой и сморщеннымъ, слабо или совсѣмъ

неокрашеннымъ, ядромъ. Среди эпителиальныхъ клѣтокъ видны въ большемъ или меньшемъ количествѣ видѣдрившіеся лейкоциты. (Рис. 2, b. c.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпителиальный слой отслоенъ отъ слизистой оболочки и близокъ къ отдѣленію или уже совсѣмъ отдѣлился съ образованіемъ изъязвленія до слизистой оболочки. (Рис. 1, b.). Сосуды ея растянуты въ большей или меньшей степени, наполнены красными кровяными шариками и поднимаются вверхъ по сосочкамъ (Рис. 1, c.); въ нѣкоторыхъ сосудахъ замѣтно пристѣнное стояніе лейкоцитовъ (Рис. 4, a.), а вокругъ сосудовъ слабо выраженная воспалительная инфильтрація; мѣстами наблюдаются разлитыя кровоизліянія. Слизистая оболочка нерѣдко отечна, волокна ея растянуты; вообще въ ней наблюдается довольно слабо выраженная инфильтрація, которая замѣтна нѣсколько болѣе подъ базальнымъ слоемъ эпителия (Рис. 1, d.) и въ области сосочковъ, а также соотвѣтственно поверхностнымъ изъязвленіямъ эпителиальнаго покрова; около нѣкоторыхъ сосудовъ умѣренная инфильтрація (Рис. 4, b.). Подслизистая ткань въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ умѣренно отечна, пучки ея раздвинуты, набухли, волокнистость ихъ сглажена. Вокругъ выводныхъ протоковъ железъ, часто только около наружнаго отдѣла ихъ, замѣчается круглоклѣтчатковая инфильтрація (Рис. 1, e; Рис. 5), иногда выраженная въ довольно значительной степени. Выводные протоки железъ растянуты, содержатъ въ просвѣтъ слизи, мелкозернистый экссудатъ съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, въ небольшомъ количествѣ лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ (Рис. 1, f; Рис. 6). Вокругъ самыхъ

железъ замѣчается умѣренная, иногда слабо выраженная, круглоклѣточковая инфильтрація (Рис. 1, g.); въ просвѣтѣ железъ—скопление слизи и зернистаго экссудата, иногда съ примѣсью небольшого количества лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ (Рис. 7, с.); протоплазма эпителия железъ зерниста и мутна, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра не окрашиваются гематоксилиномъ (Рис. 7, а.). Въ мышечномъ слое измѣнений не наблюдается.

2) Флегмонозное и некротическое воспаление.

Случаи этого вида пораженія пищевода по характеру измѣнений трудно раздѣлить на двѣ самостоятельныя группы, ибо какъ флегмона, такъ и некрозъ слизистой оболочки наблюдаются одновременно и каждый случай этой группы отличается отъ другого только тѣмъ, насколько количественно превалируетъ та или другая форма измѣнений, въ зависимости отъ чего эти случаи имѣютъ характеръ или преимущественно некротическаго или флегмонознаго воспаления. При этой формѣ пораженія пищевода эпителиальный покровъ на значительныхъ участкахъ обычно отдѣленъ до основанія; мѣстами остаются небольшие участки эпителия, который разрыхленъ, частично отслоенъ отъ слизистой оболочки и близокъ къ отдѣленію. Мѣстами эпителиальный слой настолько густо инфильтрированъ одно и многоядерными лейкоцитами, что ткань его едва различима и граница съ подлежащей слизистой оболочкой сглажена. Среди оставшихся на мѣстѣ клѣтокъ эпителия наблюдаются клѣтки, ядра которыхъ не окрашиваются гематоксилиномъ, или эпителиальныя клѣтки равномерно

окрашенныя эозиномъ, причемъ не видно контуровъ ядра (некрозы эпителия). Въ болѣе выраженныхъ случаяхъ эпителиальный покровъ весь отсутствуетъ. Слизистая оболочка представляется въ большей или меньшей степени инфильтрированной лейкоцитами; мѣстами эта круглоклѣточковая инфильтрація равномерно распространена; мѣстами же образуются различныя величины очаги скопления лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ, среди которыхъ трудно отличить подлежащую ткань; часто среди инфильтрированной слизистой оболочки видны и красные кровяные шарики одиночно и группами. Сосуды слизистой оболочки представляютъ различныя картины: нѣкоторые сосуды растянуты и наполнены красными кровяными шариками, или содержатъ красные тромбы съ сѣткой фибрина; (Рис. 10) въ большей же части сосудовъ замѣчаются кучки пристѣностоящихъ лейкоцитовъ или болѣе тромбы съ сѣткою фибрина. (Рис. 8 d. Рис. 11). Вокругъ сосудовъ замѣчается обычно широкій поясъ круглоклѣточной инфильтраціи и въ нѣкоторыхъ случаяхъ вся стѣнка сосуда инфильтрирована лейкоцитами. Въ слое *mucosae* такъ же наблюдаются воспалительныя измѣненія,—постоянно можно видѣть, что мышечныя пучки раздвинуты скопившимися между ними лейкоцитами. Кромѣ воспалительной инфильтраціи слизистая оболочка на нѣкоторыхъ участкахъ,—иногда довольно значительныхъ размѣровъ и всегда соотвѣтственно тѣмъ районамъ, гдѣ эпителиальный слой отсутствуетъ, представляетъ явленіе некроза. (Рис. 8 А и Рис. 9). Въ такихъ случаяхъ ткань ея представляется какъ бы полинявшей, невоспринимающей ядерной окраски,—причемъ волокнистая ея строма

трудно различима, клѣтки, инфильтрирующіе ее лейкоциты и мышечныя клѣтки *muscularis mucosae* имѣютъ неясныя, расплывчатая очертанія и равномерно окрашены эозиномъ; (Рис. 9 b.) ядра въ нѣкоторыхъ клѣткахъ еще различимы, но они весьма слабо или совсѣмъ не окрашены гематоксилиномъ. Во многихъ сосудахъ, находящихся въ области некроза, еще различима волокнистая ихъ строма, но клѣточные элементы сосудистой стѣнки или совсѣмъ неразличимы, или имѣютъ неясную расплывчатую форму и ядра, неокрашенные гематоксилиномъ. Въ просвѣтѣ некротизированныхъ сосудовъ можно наблюдать присутствіе безструктурной массы, среди которой нерѣдко еще различимы очертанія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, ядра которыхъ не окрашены гематоксилиномъ (распадающіеся бѣлые тромбы). (Рис. 8 a. Рис. 9 c.) Въ болѣе выраженныхъ случаяхъ весь некротическій участокъ диффузно окрашивается эозиномъ и представляется однороднымъ или мелкозернистымъ, (Рис. 9 a.) причѣмъ, какъ въ поверхностныхъ, такъ и въ глубокихъ слояхъ, его разѣяны кучки стрептококковъ, иногда въ очень значительномъ количествѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, (№№ 10 и 15) можно было наблюдать присутствіе стрептококковъ въ просвѣтѣ сосудовъ, железъ и ихъ выводныхъ протоковъ. Нерѣдко такіе некротическіе участки, распадаясь, образуютъ изъязвленія слизистой оболочки до подслизистаго слоя; (Рис. 8 c.) чаще же въ днѣ изъязвленій видны пучки *muscularis mucosae*, ядра клѣтокъ которой не окрашиваются гематоксилиномъ. Подслизистая ткань въ случаяхъ менѣе выраженного воспаления представляется отечной, пучки волоконъ ея болѣе или менѣе раздвинуты

иногда набухли и утратили ясно выраженную волокнистость; сосуды налиты кровью, въ нихъ замѣтно пристѣночное стояніе бѣлыхъ кров. шариковъ, а въ окружности умѣренная кругло-клѣточная инфильтрація. Въ случаяхъ болѣе выраженного воспаления во многихъ сосудахъ кромѣ того констатируются бѣлые тромбы съ сѣтью фибрина, а вокругъ сосудовъ широкій поясъ круглоклѣточной инфильтраціи. Въ случаяхъ ясно выраженного флегмонознаго характера воспаления, кромѣ бѣлыхъ тромбовъ въ сосудахъ и рѣзко выраженной инфильтраціи вокругъ сосудовъ, между пучками волоконъ видны разлитыя кровоизлиянія съ отложеніемъ фибрина и весьма обильная гнойная инфильтрація; (Рис. 8 и 9), пучки волоконъ раздвинуты и между ними замѣчается весьма большое скопленіе лимфоцитовъ и многоядерныхъ лейкоцитовъ. Воспалительная инфильтрація подслизистаго слоя мѣстами бываетъ равномерно разлитой, при чемъ еще ясно различимы пучки волоконъ его; мѣстами же наблюдаются очаги, гдѣ инфильтрація клѣточными элементами настолько густа, что лежащая здѣсь волокнистая ткань не различима. Такіе очаги гнойнаго воспаления наблюдаются довольно значительныхъ размѣровъ, а такъ какъ одновременно соответствующая этому району слизистая оболочка такъ же подверглась гнойному размягченію или некротизировалась, то этимъ создаются благоприятныя условія для вскрытія абсцесса въ наружу, съ образованіемъ изъязвленія стѣнки слизистой оболочки. (Случай № 16). (Рис. 13). Въ случаяхъ разлитаго и рѣзко выраженного некротически-флегмонознаго пораженія пищевода некротизированная слизистая оболочка отдѣляется на большихъ протяженіяхъ и

тогда поверхность пищевода представляет почти сплошную язву, дно которой образовано некротизированной подслизистой тканью, среди пучков которой мѣстами еще можно наблюдать грубую гнойную инфильтрацію, распространяющуюся и на мышечный слой (Рис. 12) (Случай № 1-й). Что касается до измѣненія железъ и выводныхъ протоковъ при этой формѣ воспаления, то они представляются такъ же весьма значительными, а именно: полости железъ и въ особенности ихъ выводные протоки растянуты, въ просвѣтѣ ихъ наблюдаются скопления слизи, мелкозернистаго экссудата съ примѣсью отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, иногда въ значительномъ количествѣ; эпителий трубчатыхъ железъ претерпѣваетъ дегенеративныя измѣненія до полного его некроза и отслоенія (Рис. 14). Вокругъ нихъ большею частью видна круглоклѣтчатковая инфильтрація въ видѣ широкаго пояса, при чемъ эта инфильтрація мѣстами такъ густа, что среди нея трудно отличить очертанія стѣнки выводного протока, растянутаго и сплошь выполненнаго лейкоцитами (Рис. 15). Въ мышечномъ слое собственно мышечные элементы сколько нибудь ясныхъ измѣненій не представляютъ, но всегда, въ случаяхъ болѣе или менѣе выраженнаго воспаления подслизистаго слоя, въ межмышечной соединительной ткани замѣчается увеличенное кровенаполненіе сосудовъ, иногда бѣлые тромбы и круглоклѣтчатковая инфильтрація вокругъ сосудовъ и между волоконъ соединительной ткани. Эта воспалительная инфильтрація межмышечной соединительной ткани наблюдается въ нѣкоторыхъ участкахъ равномерно распространенной (Рис. 12); въ иныхъ же мѣстахъ можно констатир-

вать фокусы различной величины, въ коихъ круглоклѣтчатковая инфильтрація настолько обильна, что мышечные элементы или трудно различимы, или совершенно невидны. Въ окружающей пищеводъ соединительной ткани наблюдается иногда слабо, а иногда довольно ясно выраженная гиперемія сосудовъ и нѣкоторая воспалительная инфильтрація.

Кромѣ случаевъ, представляющихъ ясно выраженную картину катаррального или же флегмонознокротическаго пораженія пищевода, нами наблюдались случаи (№ 22), стоящіе на рубежѣ обоихъ этихъ видовъ воспаления, въ которыхъ, если и не было разлитаго флегмонознаго воспаления подслизистой ткани и некрозовъ слизистой оболочки, то все же воспаленіе этой послѣдней было выражено весьма сильно и носило или гнѣздный или разлитой гнойный характеръ съ размягченіемъ и изъязвленіемъ ея. Эти случаи являются какъ бы связующимъ звеномъ между катарральнымъ и флегмонознокротическимъ пораженіемъ пищевода и убѣждаютъ насъ въ томъ, что въ случаяхъ, относимыхъ нами къ катарральнымъ, воспалительный процессъ остановился на извѣстной стадіи развитія.

На основаніи вышеизложенныхъ моихъ изслѣдованій считаю возможнымъ сдѣлать въ настоящее время слѣдующіе выводы.

1) Пораженіе пищевода при скарлатинѣ наблюдается въ большей половинѣ случаевъ, окончившихся летально.

12.10.1894
 12.10.1894
 12.10.1894

2) Въ слабо выраженныхъ случаяхъ оно имѣтъ характеръ катаральный, а въ болѣе тяжелыхъ некротической и флегмонозной.

3) При катаральной формѣ пораженія пищевода констатируются дегенеративныя измѣненія кѣтокъ эпителиального покрова, мѣстами небольшія отслойки съ образованіемъ поверхностныхъ язвъ, гиперемія сосудовъ, отечность и нѣкоторая воспалительная инфильтрація слизистой оболочки, болѣе выраженная въ области изъязвленій; а главнымъ образомъ—воспалительныя измѣненія вокругъ железъ и выводныхъ протоковъ, съ растяженіемъ просвѣта ихъ обильнымъ слизистогнойнымъ секретомъ, иногда съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ.

4) При некротической и флегмонозной формѣ пораженія пищевода констатируются некрозъ и отслойка эпителиального покрова и гнойная, нерѣдко весьма обильная, иногда въ видѣ очаговъ, инфильтрація всѣхъ слоевъ пищевода, съ преимущественнымъ пораженіемъ слизистаго и подслизистаго слоя: въ послѣднихъ видна мѣстами отечность, гиперемія сосудовъ съ разлитыми вокругъ нихъ кровоизліяніями мѣстами тромбозы сосудовъ и весьма обильная кругло-кѣлочковая инфильтрація какъ самой стѣнки сосуда такъ и окружающей ткани: далѣе наблюдаются некрозы слизистой оболочки болшей или меньшей величины, распространяющіеся иногда и на подслизистый слой, съ распаденіемъ некротизированной ткани и образованіемъ изъязвленія до подслизистаго слоя нерѣдко на большемъ протяженіи; въ этихъ некротическихъ участкахъ можно было постоянно наблюдать присутствие стрептококковъ какъ среди самой ткани такъ иногда въ просвѣтѣ сосудовъ, железъ и ихъ вы-

водныхъ протоковъ. Въ железахъ и выводныхъ протокахъ наблюдается гнойное воспаление съ некрозомъ и отдѣленіемъ эпителия.

5) Пораженіе пищевода при скарлатинѣ не наблюдается въ формѣ пленчатаго фибринознаго воспаления, что свойственно дифтеріи.

6) Нѣтъ достаточныхъ основаній выдѣлять при этомъ страданіи въ особую группу случаи съ пораженіемъ железъ—oesophagitis follicularis, —ибо таковое пораженіе въ болшей или меньшей степени приходится наблюдать во всѣхъ случаяхъ эзофагитовъ.

7) То обстоятельство, что въ катаральныхъ случаяхъ, съ весьма слабо выраженными воспалительными явленіями слизистой оболочки, наиважнѣшія воспалительныя измѣненія сосредоточиваются въ области железъ и ихъ выводныхъ протоковъ,—заставляетъ предполагать, что железистый аппаратъ пищевода является мѣстомъ первичной инвазии болѣзнетворнаго агента, откуда воспалительный процессъ распространяется какъ на слизистую, такъ и на подслизистую ткань, въ тяжелыхъ случаяхъ выражаясь въ формѣ флегмонознаго воспаления. Что же касается до развитія некротическаго процесса въ тканяхъ слизистой оболочки, то въ виду того обстоятельства, что во 1-хъ,—некрозъ распространяется обычно съ поверхности въ глубь ткани, причемъ наиболѣе грубыя измѣненія, до распада въ аморфную массу, всегда наблюдаются въ поверхностныхъ слояхъ и тѣмъ глубже, тѣмъ слабѣе выражено некротическое перерожденіе кѣлочныхъ элементовъ; во 2-хъ, что не удается наблюдать развитіе некротическаго процесса въ глубинѣ слизистой оболочки въ то время, какъ въ поверхностныхъ слояхъ некрозъ отсутствуетъ

и въ 3-хъ, что въ некротизированныхъ участкахъ всегда наблюдается присутствие стрептококковъ, какъ среди самой ткани, такъ и въ полостяхъ сосудовъ и въ выводныхъ протокахъ железъ,—необходимо придти къ заключенію, что описываемый нами некротическій процессъ обязанъ своимъ происхожденіемъ по всей вѣроятности воздѣйствию токсиновъ,—ядовитыхъ продуктовъ жизнедѣтельности стрептококковъ, проникающихъ въ особомъ изобиліи въ обнаруженную отъ эпителиальнаго покрова слизистую оболочку.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить глубочайшую благодарность многуважаемому проф. А. И. Моисееву какъ за предложенную мнѣ тему, такъ и за руководство при выполненіи настоящей работы. Директору Дѣткой больн. Пр. Ольденбургскаго Ю. П. Серку и Главному врачу городской дѣтской больн. въ память Священнаго Коронованія Ихъ Императорскихъ Величествъ А. Д. Зотову выражаю свою благодарность за разрѣшеніе использовать необходимый мнѣ для работы матеріалъ. Прозекторамъ означенныхъ больницъ А. Е. Ягодинскому и А. Е. Селинову высказываю живѣйшую признательность за любезное предоставленіе въ мое распоряженіе патолого-анатомическаго матеріала. Кромѣ того считаю пріятной обязанностью высказать здѣсь Прозектору Дѣткой больн. Пр. Ольденбургскаго А. Е. Ягодинскому особую благодарность, какъ за доставленный мнѣ статистическій патолого-анатомическій матеріалъ по интересующему меня вопросу, такъ и за постоянное любезное содѣйствіе и необходимыя

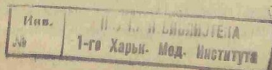
указанія при выполненіи означенной работы. Приношу такъ же искреннюю благодарность Главному Доктору Обуховской больницы глубокоуважаемому А. А. Нечаеву за любезное содѣйствіе къ напечатанію моей диссертациі.

ЛИТЕРАТУРА.

1. С. Жакку. Рук. кь внутр. патологii. 1879 г. Т. III. и IV.
2. К. Гергардт. Учебн. дѣтск. бол. 1875 г.
3. Негманн Euchhorst. Рук. кь частн. патол. и тер. 1888 г. Т. II и IV.
4. Ad. Strümpell. Учебн. частн. пат. и тер. внутр. бол. 1894 г. Т. I и II.
5. Д-рь Ад. Баглискій. Уч. дѣт. бол. 1891 г.
6. Handbuch der spec. Patbol. und Ther. von v. Ziemssen. Bd. VII Anhang p. 140.
7. Zit. Jahrbuch. für Kinderheilk. Neue Folge. Bd. XIV p. 121
8. A. Steffen. Zur patol. Anatom. des Kindlich. Alters. 1901 г. p. 21
9. Neureutter und Salmon. Oesterreich. Jahrbuch. für Paediatric. Bd. I. 1876.
10. M. Litten. Klinische Beobachtungen und anatomische Untersuchungen. I Beiträge zur Lehre von Scarlatina. Charité Annalen VII. 1882 г.
11. Eug. Fränkel. Über nekrotisierende Entzündung der Speiseröhre und des Magens im Verlauf des Scharlachs und über die sogenannte akute infectiöse Phlegmone des Rachens. Wirchow's Archiv 1902 Bd. CLXVII. S. 92
12. Генохъ. Рук. кь дѣт. бол. Изд. 10. 1899 г. Цит. по Френкелю
13. Э. Каебс. Рук. кь патол. анатомii Вып. I. 1871 г.
14. Проф. Н. П. Ивановичскій. Учебн. частн. патол. anat. 1888 г.
15. Dr. I. Orth. Lehrbuch der speziellen pathol. anatomie Bd. I. 1887 г.
16. E. Ziegler. Lehrbuch der speziellen pathol. anatomie. Bd. I. 1902 г.
17. L. Aschoff. Pathologische anatomie. Bd. II 1911 г.
18. Н. А. Раскина. Врачъ. 1888 г. № 37.
19. Dr. C. v. Pirquet und B. Schick. Scharlach. Handbuch der Kinderheilk. v. prof. Pfaunder und Schlossmann Bd. I Н. II. 1906 г.
20. О. Гейбнеръ. Учебн. дѣт. бол. Т. I. 1908 г.
21. T. Escherich und Dr. Béla Schick. Scharlach. Spec. pathol. und therap. Herausgegeben von W. H. Nothnagel. 1912 г. S. 91.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Пораженія пищевода были бы наблюдаемы чаще, если бы на вскрытіяхъ ему удѣлялось болѣе вниманія.
2. Тяжелыя поврежденія пищевода при scarlatinѣ, въ случаяхъ некротически-флегмонознаго воспаленія, должны при выздоровленіи вести къ рубцовому переорожденію стѣнокъ его и могутъ быть причиною стеноза.
3. Помѣщеніе хроническихъ больныхъ въ особыя больницы рѣшительно необходимо для правильной постановки больничнаго дѣла въ С.-Петербургѣ.
4. Современный рекламный способъ распространенія новыхъ фармацевтическихъ препаратовъ и примѣненіе ихъ на больныхъ безъ провѣрки опытнымъ путемъ на животныхъ—заслуживаетъ порицанія.
5. Амбулаторная практика пріучаетъ врача заниматься преимущественно симптоматическимъ леченіемъ, недостаточно строго относясь къ постановкѣ діагноза.
6. 2% растворъ салициловаго натра при стоматитахъ и афтахъ заслуживаетъ вниманія не менѣе, чѣмъ употребляющаеся полосканье съ Kali chloric.



Л. П. ДВОРНИЦКАЯ
 Харьковскій медицинскій институтъ
 №
 1912

Curriculum vitae.

Федоръ Евгеньевичъ Ягодинскій, сынъ смотрителя училищъ Вятской губ., православный; родился въ 1855 году и воспитывался въ Вятской гимназiи. Окончивъ въ 1879 году курсъ въ Императорской М. Х. Академiи, началъ службу въ качествѣ Уѣзднаго Врача Смоленской губ., Духовщинскаго уѣзда, а затѣмъ былъ прикомандированъ для научнаго усовершенствованiя къ Академiи и выдержалъ въ 1886 году экзамень на степень докт. медицины. Съ 1885 года причисленъ къ Министерству Внутреннихъ Дѣлъ и исполняетъ до сихъ поръ обязанности младшаго врача Министерства. Съ 1886 года служилъ ассистентомъ въ Гинекологическомъ Отдѣленiи Женской Обуховской больницы до конца 1889 г., когда получилъ мѣсто въ Медицинскомъ Д-тѣ М. В. Д., гдѣ и служилъ до конца 1904 года въ качествѣ Ревизора по счетно-фармацевтической части и Вторымъ Дѣлопроизводителемъ по Судебной медицинѣ. Оставшись вслѣдствiе реформы Д-та за штатомъ, вышелъ въ отставку и началъ снова больничную службу. Въ настоящее время исполняетъ обязанности Старшаго врача и Завѣдующаго отдѣленiемъ город. Обуховской больн. для хрониковъ на Лейхтенбергской ул.

Будучи студентомъ М. Х. Академiи, во время Турецкой кампанiи, былъ командированъ для службы въ Красномъ Крестѣ въ тылу дѣйствующей армiи, гдѣ въ разныхъ учрежденiяхъ его по Дунаю исполнялъ ординаторскiя обязанности въ

продолженiе полутора лѣтъ. Во время службы въ Мед. Д-тѣ былъ 4 раза командированъ для принятiя противочумныхъ и противохолерныхъ мѣръ въ разныхъ мѣстностяхъ Россiи и въ Персiи.

Настоящую работу подъ названiемъ—«Къ вопросу о воспалительныхъ измѣненiяхъ въ пищеводѣ при скарлатинѣ»—представляетъ для соисканiя степени доктора медицины.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ:

Рис. 1. Катарральное воспаление пищевода.

- 1) Эпителиальный слой.
- 2) Слизистая оболочка и muscularis mucosae.
- 3) Подслизистый слой.
- 4) Внутренний мышечный слой.

а) инфильтрация эпителия; б) отслойка с образованием язвы; в, г) гиперемия сосудов; д) инфильтрация под базальным слоем эпителия; д') кровоизлияние под эпителиальным слоем; е) растянутый выводной проток; е) инфильтрация около устья выводного протока; г) воспалительная инфильтрация вокруг желез. Увел. 62.

Рис. 2. Некроз эпителия и инфильтрация.

- а) нормальные эпителиальные клетки.
- б) некротические клетки эпителия.
- с) лейкоциты. Увелич. 348.

Рис. 3. Некротическая эпителиальная клетка со сморщенным ядром. Иммерс. сист.

Рис. 4. Растянутая вена: а) пристеночное стояние бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; б) воспалительная инфильтрация вокругъ стѣнки. Увелич. 280.

Рис. 5. Растянутый экссудатомъ выводной протокъ железъ съ воспалительной инфильтраціей въ окрестности. Увелич. 62.

Рис. 6. Тотъ же выводной протокъ при увелич. 348; а) слоистый экссудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ, лейкоцитовъ и отпавшихъ эпителиаль-

ныхъ клетокъ; б) некротически перерожденные эпителиальные клетки; с) лейкоциты.

Рис. 7. Разрѣзъ трубчатой железы; а) клетки эпителия съ мутной протоплазмой и неокрашеннымъ ядромъ; б) сдвигиваніе эпителия; с) экссудатъ съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ, лейкоцитовъ и эпителиальныхъ клетокъ. Увел. 348 разъ.

Рис. 8. 1) Эпителиальный слой. 2) Слиз. оболочка и muscularis mucosae. 3) Подслизистый слой. 4) Внутр. мышечн. слой. А. Некрозъ слизистой оболочки до подслизистого слоя. а) распадающийся тромбъ; б) подвергшійся некрозу сосудъ; с) распадъ некротизированной слизистой оболочки. В. Участокъ слизистой оболочки съ рѣзко выраженной воспалительной инфильтраціей; д) бѣлые тромбы въ сосудахъ и широкій поясъ инфильтраціи вокругъ нихъ; д') инфильтрація подслизистаго слоя; е) воспалительная инфильтрація вокругъ железъ. Увелич. 62 разъ.

Рис. 9. Некрозъ слизистой оболочки при увелич. 230 р.
1) слизистая оболочка; 2) muscularis mucosae; 3) подслизистый слой; 4) мышечный слой; а) мелкозернистый распадъ слизистой; б) часть muscularis mucosae; подвергшаяся некрозу; с) распадающийся бѣлый тромбъ; д) воспалительная инфильтрація подслизистаго слоя.

Рис. 10. Красный тромбъ съ сѣткою фибрина и кровоизлияніе вокругъ него. Увелич. 109.

Рис. 11. Бѣлый тромбъ. Увелич. 280.

Рис. 12. Полная отслойка слизистой оболочки до подслизистаго слоя; 1) некротизированная подслизистая ткань; 2) внутренний мышечный слой съ обильнымъ накопленіемъ лейкоцитовъ между раздвинутыхъ лучковъ его. (а) Увелич. 348.

Рис. 13. Флегмонозное воспаление пищевода съ образованіемъ абсцесса въ подслизистомъ слое; 1) слизистая оболочка, лишенная эпителиальнаго покрова; 2) под-

слизистая ткань съ фокусомъ гнойнаго размягченія; 3) внутренній мышечный слой, среди пучковъ котораго обильная воспалительная инфильтрація; а) изъязвленіе слиз. оболочки. Увелич. 62.

Рис. 14. Растяженіе выводныхъ протоковъ съ полнымъ отдѣленіемъ эпителия ихъ. Увелич. 109.

Рис. 15. Гнойный экссудатъ въ полости выводнаго протока и воспалит. инфильтрація вокругъ него. Увелич. 280.

Рис. 16. Воспалительная инфильтрація вокругъ железы и растянутого выводнаго протока. Увелич. 84 раза.

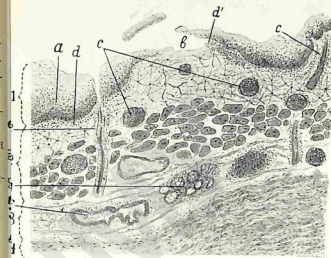


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

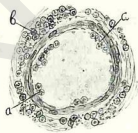


Рис. 4.

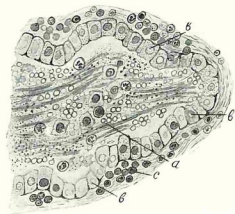


Рис. 6.



Рис. 5.



Рис. 7.

Харьковское Издательство

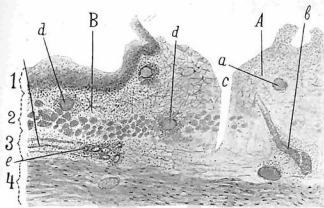


Рис. 8.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 15.

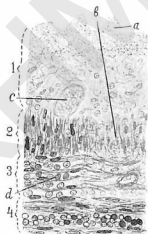


Рис. 9.

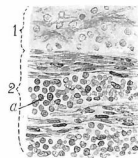


Рис. 12.



Рис. 14.



Рис. 16.

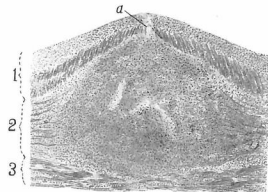


Рис. 13.

ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ:

	<i>Набрано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>
На стран. 6-й—8-я строка снизу:	наблюдаемы	наблюдаемы
На стран. 16-й—1-я строка снизу:	растространеніе	распространеніе
На стран. 19-й—4-я строка снизу: Въ случаѣ 2-мъ пропущено названіе болѣзни:		Scarlatina
На стран. 23-й—14-я строка снизу. Въ случаѣ 4-мъ пропущено названіе болѣзни:		Scarlatina
На стран. 25-й—10-я строка снизу. Въ случаѣ 5-мъ пропущено названіе болѣзни:		Scarlatina
На стран. 26-й—8-я строка сверху:	гноевидно	гноевидной
На стран. 27-й—9-я строка сверху:	замѣтка	замѣтка
На стран. 28-й—1-я строка снизу. Въ случаѣ 6-мъ пропущено названіе болѣзни:		Scarlatina
На стран. 30-я—12-я строка снизу. Въ случаѣ 7-мъ пропущено названіе болѣзни:		Scarlatina
На стран. 65-й—16-я строка снизу:	присѣбностоящихъ	присѣбно стоящихъ
На стран. 72-й—9-я строка сверху:	обнаруженную	обнаженную