

616.91: 616.36: 06-0

3-40

Серія докторських дисертацій, допущенихъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1912—1913 учебномъ году.

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 4463

7-НОЯ 2012

33

ИЗМѢНЕНІЯ ПЕЧЕНИ

ПРИ ПЕРЕВІРЕНО 1936

СКАРЛАТИНЬ У ДѢТЕЙ.

ПРОВЕРЕНО

Изъ патолого-анатомическаго кабинета Городской Дѣт-
ской Больницы въ память Священнаго Коронованія Ихъ
Императорскихъ Величествъ.

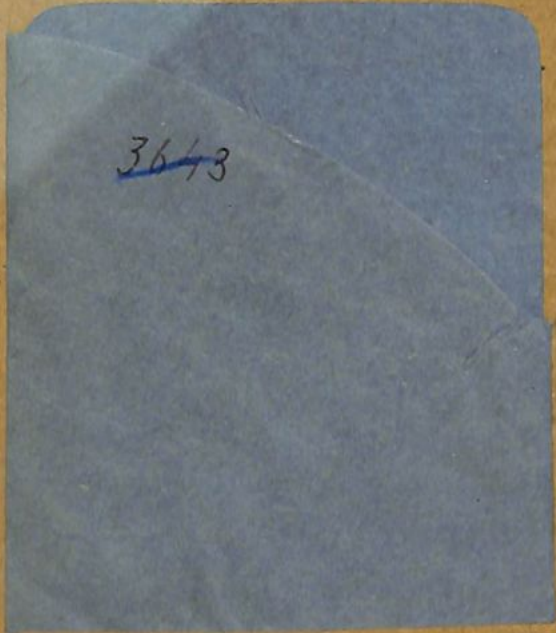
1468

~~16285~~

ДИССЕРТАЦІЯ 3. 70
на степень доктора медицины

В. Ф. Знаменскаго.

Цензорами диссертации по порученію конференціи были: заслуженный профессоръ
А. И. Моисеевъ, экстраординарный профессоръ А. Н. Шкарипъ и приватъ-
доцентъ И. П. Корованъ.



3643

N 3643

1941

Перечет
1906 г.

Инв. №. Научная библиотека
1-го Харьк. Мед. Института
С-ПЕТЕРБУРГЪ.

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 4463

Тип. Е. М. Малаховскаго, Петерб. стор., Большою др., 17. Телефонъ 616-57
1913.

1956

Переучет-60

7-Ноя 2012

811
Докторскую диссертацию врача Владимира Филимоновича Знаменского под заглавием: «Изменения печени при скарлатинѣ у дѣтей» печатать разрѣшается, но съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ ея и 100 сброшюрованныхъ вмѣстѣ съ заглавнымъ листомъ диссертации экземпляровъ: 1) sig-
nificulm vitae автора диссертации, 2) аутореферата ея, 3) выводовъ изъ диссертации (резюме) и 4) положеній (theses), причѣмъ 175 экземпляровъ диссертации и всѣ 100 брошюръ должны быть доставлены въ канцелярію конференціи академіи, а остальные 325 экземпляровъ диссертации—въ бібліотеку академіи.

С.-Петербургъ.
8 апрѣля 1913 г. № 60

Ученый секретарь
профессоръ М. Ильинъ.

64482

Настоящая работа „Изменения печени при скарлатинѣ у дѣтей“ является звеномъ въ ряду другихъ работъ, отчасти уже вышедшихъ, отчасти ведущихся по мысли и подъ руководствомъ А. Е. Селинова въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ Городской Дѣтской больницы, работъ, посвященныхъ изученію измененийъ въ различныхъ органахъ при скарлатинѣ у дѣтей

Микроскопическія изменения въ печени при скарлатинѣ впервые описалъ въ 1860 г. Biermer у ребенка 5½ лѣтъ, умершаго на 35-ый день болѣзни. Въ печени этого ребенка была ясно выражена сѣтъ изъ бѣдной ядрами соединительной ткани; центральныя части долекъ были пронизаны жиромъ, вокругъ центральныхъ венъ наблюдалось больше, чѣмъ нормально, соединительной ткани. Клѣтки периферическихъ частей долекъ были блѣдны, часто безъ ядеръ и мѣстами принимали видъ глыбокъ, среди которыхъ была видна разросшаяся соединительнотканная сѣтъ.

Въ 1864 году Cornil наблюдалъ въ одномъ случаѣ скарлатины жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ; въ этомъ же году Liebermeister описываетъ въ печени 26-лѣтней женщины, умершей на 4-ый день скарлатины, пронизанныя мелкими жировыми каплями печеночныя клѣтки, расположенныя какъ по периферіи дольки, такъ и въ центрѣ ихъ. Въ той же работѣ подъ именемъ простой индурации печени авторъ описываетъ изменения въ ней у 3½-лѣтняго мальчика, погибшаго на 10-ый день болѣзни. Печеночныя клѣтки по периферіи долекъ содержатъ большія капли жира; междольговая соединительная ткань ясно увеличена; въ ней, особенно въ мѣстахъ, гдѣ соприкасаются нѣ-

сколько долекъ, видны въ большомъ количествѣ скопленія ядерныхъ элементовъ; мѣстами же встрѣчаются дольки сплошь пронизанныя волокнами соединительной ткани, среди которыхъ лежатъ въ одиночку или группами сохранившіяся печеночныя клѣтки.

Въ 1867 году Wagner въ печени 3-лѣтняго ребенка, умершаго черезъ 48 часовъ послѣ заболѣванія, нашелъ скопленія лимфоидныхъ элементовъ по большей части въ междольковой соединительной ткани, которымъ на поверхности печени соответствовали маленькіе бѣловатые узелки.

Далѣе, въ 1876 г. Neuretter описалъ жировое перерожденіе печени у 10-лѣтняго мальчика, умершаго на 10-ый день болѣзни, и 6-лѣтней дѣвочки, погибшей на 9-ый день заболѣванія.

Въ своемъ руководствѣ 1877 г. Baginsky пишетъ, что печеночныя клѣтки при скарлатинѣ часто бываютъ съ менѣе ясными контурами, иногда разрушены; кромѣ того имѣются круглоклѣточная инфильтрація и некротическіе участки въ средней части долекъ.

Klein въ своей работѣ, вышедшей въ 1877 г., описываетъ измѣненія въ печени на основаніи изученія 23-хъ случаевъ скарлатины у дѣтей въ возрастѣ отъ 2—12 лѣтъ, умершихъ со 2—44-ый день болѣзни. Какъ на характерное, бросающееся въ глаза почти во всѣхъ случаяхъ, измѣненіе онъ указываетъ на круглоклѣточную инфильтрацію соединительной ткани Глиссоновой капсулы и мутное набуханіе печеночныхъ клѣтокъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ наблюдалось утолщеніе междольковой соединительной ткани и огромное скопленіе круглыхъ клѣтокъ въ окружности кровеносныхъ сосудовъ и желчныхъ канальцевъ ввидѣ сплошныхъ непрерывныхъ цѣлей. Arnold (1880 г.) упоминаетъ тоже объ увеличеніи лимфоидныхъ узловъ въ печени.

Litten въ 1882 г. говоритъ, что кромѣ мутнаго набуханія печеночныхъ клѣтокъ, встрѣчающагося обыкновенно при скарлатинѣ, въ тяжелыхъ случаяхъ можно наблюдать еще и рѣзкое паренхиматозное перерожденіе вплоть до полной гибели паренхимы, какъ это бываетъ при острой желтой атрофіи печени.

Кромѣ такого остроатрофическаго состоянія печени онъ указываетъ еще на присутствіе свѣжихъ воспалительныхъ измѣненій отчасти въ междольковой соединительной ткани, отчасти вокругъ сосудовъ и желчныхъ ходовъ.

Въ 1884 г. Hesselbarth сообщаетъ, что въ 25% вскрытій скарлатинозныхъ больныхъ онъ нашелъ паренхиматозный гепатитъ. На интерстиціальнѣе гепатитъ въ разной степени указываетъ въ 1885 г. Crooke, который наблюдалъ кромѣ того обильную круглоклѣточную инфильтрацію перипортальной соединительной ткани. Инфильтрація эта, по его мнѣнію, въ чистыхъ случаяхъ менѣе сильна, чѣмъ въ случаяхъ комбинированныхъ съ другими болѣзнями (рахитъ, скрофулезъ). Кругомъ печеночныя клѣтки были всюду жирно перерождены. Далѣе, въ одномъ случаѣ смерти на 27-ой день болѣзни авторъ описываетъ некротическіе участки въблизи портальныхъ пространствъ, состоящіе изъ безядерныхъ, безформенныхъ массъ, нѣсколько напоминающихъ печеночныя клѣтки.

Siredey въ 1886 г., изучая печень при инфекціонныхъ болѣзняхъ, въ томъ числѣ и скарлатинѣ, описываетъ лейкоцитную инфильтрацію межлѣточной ткани, набуханіе сосудистаго эндотелія и перерожденія печеночныхъ клѣтокъ отъ мутнаго набуханія до жирового перерожденія, причемъ полагаетъ, что сначала преобладаетъ межлѣточный процессъ, а потомъ наступаетъ и жировое перерожденіе.

Въ 1888 г. Hensch указываетъ на измѣненія въ печени, возникающія подѣ влияніемъ инфекціонныхъ болѣзней, особенно скарлатины, которыя могутъ представлять картину интерстиціального гепатита.

Sørensen въ 1891 г. при изслѣдованіи печени у 10 человекъ, погибшихъ отъ скарлатины, кромѣ обычной картины жирового перерожденія и инфильтраціи интерстиціи, которую (инфильтрацію) онъ называетъ нагноительной, впервые нашелъ въ 5 случаяхъ тромбы изъ кокковъ, расположенныхъ ввидѣ цѣпочекъ, въ мелкихъ сосудахъ печени. Приэтомъ, по его мнѣнію, тромбы встрѣчаются чаще въ позднихъ случаяхъ. Такъ, изъ 6 случаевъ

2-ой недѣли тромбы оказались въ 2-хъ случаяхъ, въ обоихъ случаяхъ 4-ой недѣли и одномъ 5-ой недѣли.

Iürgenson въ отдѣлѣ о скарлатинѣ въ Nothnagel's Spez. Path. 1896 г. ссылается лишь на работы нѣкоторыхъ изъ вышеупомянутыхъ авторовъ, не внося ничего новаго.

Въ 1900 г. Markuse въ своей работѣ „о лимфомахъ въ печени при инфекціонныхъ болѣзняхъ“, основанной на изученіи 114 случаевъ печени при этихъ заболѣваніяхъ, изъ нихъ 25 скарлатинозныхъ, описываетъ очень часто находившіяся имъ скопленія ввидѣ нерѣзко ограниченныхъ узелковъ лимфоидныхъ элементовъ, всегда расположенныхъ въ межтучной соединительной ткани, которую они нерѣдко совсѣмъ вытѣсняли. Особенно часто скопленія эти находились на мѣстахъ дѣленій желчныхъ ходовъ и вѣтвей воротной вены, которая онѣ затѣмъ и сопровождали ввидѣ полыхъ цилиндровъ. Мѣстами, однако, встрѣчаются маленькія лимфомы, которыя находятся между центральной веной и периферіей дольки, но при изученіи такихъ лимфомъ на рядѣ послѣдовательныхъ срѣзовъ всегда удается констатировать ихъ связь съ порталъной тканью. Въ паренхимѣ же печени встрѣчаются нерѣдко некротическіе участки, неимѣющіе ничего общаго съ лимфомами, въ которыхъ никогда не встрѣчаются некротизированныя кѣтки. Эти лимфоидныя скопленія, сопровождающія только желчные ходы и вѣтви воротной вены, никогда не встрѣчаются вокругъ печеночныхъ артерій и центральныхъ венъ, стѣнки которыхъ тоже никогда не бываютъ инфильтрованы бѣлыми кровяными шариками. Возникаютъ эти лимфомы обыкновенно уже въ началѣ болѣзни, не стоятъ въ связи съ тяжестью ея и могутъ потомъ оставаться еще долгое время. Такъ, у одного ребенка, умершаго черезъ 3 мѣсяца послѣ скарлатины отъ головной водянки, рахита и ателектаза легкихъ, вышеупомянутыя лимфомы были найдены еще въ большемъ количествѣ. Для представленія о дальнѣйшей участи этихъ лимфомъ являются очень интересными измѣненія, найденныя авторомъ въ печени умершаго отъ воспаленія легкихъ 47 лѣтняго мужчины черезъ 5 лѣтъ послѣ перенесенной скарлатины. На препаратахъ было ясно видно разращеніе интерстици-

альной соединительной ткани, но не ввидѣ тяжей, какъ это наблюдается при циррозѣ, а ввидѣ небольшихъ островковъ, которые какъ по своей величинѣ, такъ и расположенію вполне соответствовали наблюдающимся въ свѣжихъ случаяхъ скарлатины лимфомамъ. Поэтому авторъ полагаетъ, что съ исчезновеніемъ лимфомъ связано разращеніе соединительной ткани.

Въ этомъ же 1900 г. вышла работа Roger et Garnier, посвященная систематическому изученію измѣненій всѣхъ элементовъ печени при скарлатинѣ. Для этой цѣли авторы изслѣдовали печень у 13 умершихъ отъ скарлатины, причемъ 4 случая были въ возрастѣ отъ 6 мѣсяцевъ до 5 лѣтъ, одинъ случай 13 лѣтъ, остальные 8 случаевъ были печени взрослыхъ. Въ этой работѣ впервые встрѣчается указаніе, что печеночныя кѣтки вмѣсто правильно расположенныхъ рядовъ при скарлатинѣ иногда располагаются неправильно, причемъ часто мѣняютъ свою форму и подвергаются всевозможнымъ дегенеративнымъ измѣненіямъ. Особенно часто наблюдается жировое перерожденіе, локализующееся, главнымъ образомъ, по периферіи долекъ, рѣже только вокругъ порталъныхъ пространствъ или во всей долькѣ. Кромѣ того авторы наблюдали въ паренхимѣ печени и некротическіе участки, пронизанные лейкоцитами. Со стороны соединительной ткани всегда наблюдалась инфильтрація ея лейкоцитами въ разной степени; такъ, у 6 мѣсячнаго ребенка, умершаго на 2-ой день скарлатины, она была едва замѣтна. Инфильтрація главнымъ образомъ локализуется въ порталъныхъ пространствахъ, которыя благодаря ей могутъ принимать самую разнообразную форму: то ввидѣ узловъ, то ввидѣ звѣздъ съ лучами и т. д. Иногда инфильтрація эта бывала настолько сильна, что сосуды можно было найти лишь съ трудомъ. Такія скопленія лейкоцитовъ при поверхностномъ осмотрѣ симулируютъ инфекціонные узелки, которые обыкновенно находятся лишь въ средней части долекъ ближе къ периферіи ихъ и состоятъ изъ скопленій лейкоцитовъ, среди которыхъ изрѣдка встрѣчаются обломки перерожденныхъ печеночныхъ кѣтокъ. Такіе узелки встрѣтились авторамъ всего въ 4-хъ случаяхъ; въ двухъ случаяхъ были констатированы

перигепатитъ. Со стороны сосудов наблюдалось расширение капилляровъ, наполненныхъ то красными, то бѣлыми кровяными шариками; иногда въ вѣтвяхъ воротной вены наблюдалось набуханіе эндотелія и выстояніе его въ просвѣтъ венъ, въ одномъ же случаѣ стѣнки артерій были утолщены и набухшіи эндотелій выстоялъ въ просвѣтъ сосудовъ. На основаніи этихъ наблюденій авторы приходятъ къ выводу, что при скарлатинѣ нельзя говорить о двухъ родахъ гепатита: паренхиматознаго и интерстиціального. Оба они идутъ параллельно другъ другу. Такъ, въ печени мало пораженной мы видимъ лишь начальную степень гепатита ввидѣ инфильтраціи портальныхъ пространствъ; въ дальѣйшемъ развитіи перерождаются клѣтки, начиная отъ плохого воспріятія окраски вплоть до образованія некротическихъ участковъ, затѣмъ пронизанныхъ лейкоцитами. Въ это время въ портальныхъ пространствахъ увеличивается количество ядерныхъ элементовъ и возникаютъ эмбриональные узелки; въ это же время воспаляются сосуды. Когда же паренхиматозныя измѣненія дѣлаются очень ясными, то явленія межуточнаго гепатита достигаютъ своего апогея: портальныя пространства становятся неузнаваемыми. Такимъ образомъ, общая картина измѣненій въ печени при скарлатинѣ, по ихъ мнѣнію, состоитъ изъ сильныхъ измѣненій портальныхъ пространствъ и клѣтокъ, окружающихъ ихъ; центральныя же части долекъ часто остаются неизмѣненными.

✓ Въ 1903 году появилась впервые работа на русскомъ языкѣ Мочана, изучавшаго измѣненія въ печени при инфекціонныхъ болѣзняхъ и гастро-энтеритахъ у дѣтей. Всего имъ изслѣдовано 32 случая, изъ нихъ 5 скарлатинозныхъ, погибшихъ съ 3—15-й день болѣзни въ возрастѣ отъ 2—9 лѣтъ. Кромѣ обычной картины жирового перерожденія и инфильтраціи соединительной ткани портальныхъ пространствъ авторъ въ одномъ случаѣ у дѣвочки 2 лѣтъ, умершей на 14-й день болѣзни нашелъ мѣстами новообразованные желчныя ходы. Относительно того, предшествуютъ ли клѣточные измѣненія интерстиціальнымъ или это происходитъ въ обратномъ порядкѣ, авторъ на основаніи своихъ изслѣдованій не беретъ рѣшить, но полагаетъ, что сосудистыя и около-

сосудистыя измѣненія предшествуютъ измѣненіямъ въ клѣткахъ; во всякомъ случаѣ на первый планъ выступаютъ явленія интерстиціального гепатита, которыя въ тѣхъ случаяхъ, когда ребенокъ остается живъ, исчезаютъ, но, можетъ быть, въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще остаются продолжительное время и могутъ при нѣкоторыхъ условіяхъ явиться одной изъ первыхъ причинъ дѣтскаго цирроза.

По мнѣнію Ischmann'a (1905 г.) характерныхъ для скарлатины измѣненій печени нѣтъ. Обычно наблюдаемыя мутное набуханіе и паренхиматозныя измѣненія таковы же, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Въ 1906 г. Baglow описалъ случай 6 лѣтней дѣвочки, умершей на 45 день скарлатины съ явленіями желтухи. Въ печени онъ нашелъ вакуолизацию клѣтокъ и увеличеніе пигмента.

Bingel, изучая въ 1907 г. печень дѣвочки, погибшей отъ цирроза печени, развившагося послѣ ангины безъ сыпи (братъ ея былъ боленъ въ это время типичной скарлатиной), параллельно изучилъ измѣненія въ печени у 8 человекъ, погибшихъ отъ скарлатины, изъ которыхъ 5 относились къ возрасту отъ 4—14 лѣтъ. Нѣкоторые изъ нихъ погибли въ первые дни болѣзни, другіе же погибли отъ вторичныхъ заболѣваній въ болѣе поздніе сроки отъ начала болѣзни. Измѣненія при этомъ главнымъ образомъ состояли въ большей или меньшей инфильтраціи соединительной ткани круглоклѣточными элементами, нарушеніи правильнаго расположенія клѣтокъ; некротическіе участки встрѣчались нерѣдко разбросанными въ паренхимѣ печени, причемъ въ нихъ всегда находились лейкоциты. Въ случаѣ, касавшемся 4 лѣтняго мальчика, умершаго отъ нефрита и перитонита черезъ 2½ мѣсяца послѣ первой сыпи (вторая была черезъ 5 недѣль послѣ первой), явленія въ печени напоминали острую желтую атрофію ея. Въ другомъ случаѣ у дѣвочки, погибшей отъ кровотеченія изъ миндалинъ въ концѣ скарлатины, были находимы небольшіе участки изъ скопившихся лейкоцитовъ, расположенныхъ по большей части по периферіи долекъ. Пораженія печеночныхъ клѣтокъ совсѣмъ не наблюдалось. Интерстиціальная соединительная ткань мѣ-

стами была инфильтрована круглыми клетками, собранными в небольшие кучки. На основании изучения этих случаев и сравнения их с наблюдавшимися автором изменениями в цирротической печени он полагает, что те некротические участки, которые возникают во время скарлатины, обычно рассасываются и печеночная ткань восстанавливает эту потерю своим разрастанием, но возможно, что эти некротические участки замещаются соединительной тканью. В случае, если болезнетворный агент будет и дальше продолжать действовать на печень, то могут возникать новые некротические участки, замещаться затем соединительной тканью и т. д. Изменения эти и могут повести к образованию цирроза.

Neuberg в своем учебнике 1908 г. в отделе о скарлатине лишь вскользь упоминает о том, что в печени иногда находят образование небольших лимфатических узелков. Schilling (1909) при описании инфекционной печени упоминает, что им всегда находилось в печеночных клетках много жира. О жировом перерождении говорит и Nutinel в своем учебнике 1906 г.

Последней работой о печени при скарлатине является диссертация 1910 г. Bernard'a, представляющая из себя „*étude clinique, anatomique et biologique*“. Патологоанатомические изменения печени описаны автором на основании изучения им 19 случаев, из них 11 собственных и 8 только что цитированных мною случаев Bingel'я. Среди собственных наблюдений автора лишь два были в детском возрасте: 1—3½ лет и другой 14 лет. Микроскопические изменения представлялись следующими. Печеночные вены расширены, стенки их довольно часто инфильтрованы круглыми клетками; просвет вены то пуст, то содержит в себе кровяные элементы, то наполнен протоплазматической массой более или менее однородноокрашивающейся и представляющей из себя, по мнению автора, обломки клеток, попавшие в кровяной ток. Стенки воротной вены бывают утолщены, встречается в некоторой степени эндофлебит. Печеночные артерии по большей части не повреждены и пусты. Лишь в одном слу-

чае у взрослого было найдено автором гиалиновое перерождение *intim'y* и *mediae* с легким склерозом мышечных волокон. Желчные ходы были не изменены. Сами портальные пространства инфильтрованы круглыми клетками, причем инфильтрация эта бывает настолько сильной, что с трудом можно найти среди неа остатков сосудов и вообще портальных элементов и в таком случае их легко принять за инфекционные узелки, наблюдавшиеся автором всего в одном случае у 3½ летнего ребенка. Инфильтрация эта очень часто продолжается между долек, придавая тогда портальным пространствам вид звезд. В Глиссоновой капсуле, иногда несколько утолщенной, обильная инфильтрация белыми и красными кровяными тельцами; последние обыкновенно не ограничиваются капсулой, а проникают на некоторое расстояние в глубину паренхимы. Касаясь измененной печеночных клеток, автор описывает гиалиновое перерождение их, встречавшееся ему относительно редко. При этом клетки, красясь более интенсивно и однородно, располагались в один ряд вокруг печеночных вен, в других случаях при более сильном процессе они занимали уже два ряда клеток без контуров, часто спаянных друг с другом или разломанных на беспорядочные кусочки, и, наконец, они встречались в венах в виде аморфных масс, попавших в кровяной ток. Автор полагает, что здесь имеет дело с 3-мя степенями одного и того же процесса: образованием его, готовым состоянием и рассасыванием. Наиболее же частым изменением клеток является жировое перерождение их, в локализации которого наблюдалось четыре типа, из них наиболее частым было перипортальное положение, где, по мнению автора, имело место скорее дело с средством защиты, а не перерождением. Кроме нескольких типов в топографии последнего рода автор описывает новый тип, названный им „*type en cocarde intervertie*“, где за центр кокарды приняты портальные пространства, а не центральные вены. Тогда получается такая картина: в центре сильно инфильтрованное портальное пространство, представляющая из себя воспалительный пояс; непосредственно примыкаю-

щия къ нему печеночныя клѣтки, сильно вакуолизированныя, составляютъ жировой поясъ, дальше идетъ уже средняя часть долекъ, трабекулы которыхъ въ этой части обыкновенно сдавлены кровяными элементами,—это застойный поясъ кокарды; за нимъ, наконецъ, идетъ поясъ изъ здоровыхъ клѣтокъ. Таковы измѣненія въ клѣткахъ. Что касается ихъ расположенія, то авторъ наблюдалъ утонченія балокъ, закручиваніе ихъ съ гиперплазіей, когда клѣтки имѣютъ стремленіе закручиваться вокругъ себя и образовывать узелки, встрѣчающіеся при циррозахъ.

Въ этомъ же 1910 г. появилась небольшая статья Никифорова о «регенеративныхъ процессахъ въ печени при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и гигантскихъ эпителиальныхъ клѣткахъ въ ней», касающаяся трехъ случаевъ скарлатины. Наблюденія эти настолько интересны, что я позволю себѣ привести ихъ почти полностью. Въ первомъ случаѣ, касающемся 6 лѣтняго ребенка, умершаго на 6-ой день скарлатины, «въ долькахъ, расположенныхъ ближе къ серозной оболочкѣ печени, бросалось въ глаза при слабомъ увеличеніи накопленія многоядерныхъ клѣтокъ въ той части долекъ, которая прилежатъ къ перипортальной ткани. Междольковая соединительная ткань была окружена то рядомъ многоядерныхъ печеночныхъ клѣтокъ, то послѣднія образовывали кучки, проникавшія довольно далеко въ дольку. При большомъ увеличеніи можно было убѣдиться, что здѣсь дѣло шло о правильно сформированныхъ, сохранившихъ свой полигональный типъ, печеночныхъ клѣткахъ, которыя залегали въ сохранявшихъ свое обычное направленіе перекладинахъ изъ печеночныхъ клѣтокъ. Нѣсколько болѣе обычного зернистая протоплазма ихъ содержала иногда 5—10 и болѣе ядеръ, блѣдно красящихся, пузырькообразныхъ съ различимой оболочкой и нѣжной, неясной хроматиновой сѣтью и ядрышкомъ. Размѣры такихъ клѣтокъ превышали вдвое и втрое величину сосѣднихъ обычной величины одно и двуядерныхъ печеночныхъ клѣтокъ». Во второмъ случаѣ въ печени дѣвочки 8 лѣтъ, умершей на первой недѣлѣ скарлатины, оказалось «набуханіе и зернистость печеночныхъ клѣтокъ и явленіе размноженія ихъ, сказывающееся

обиліемъ тѣсно располагающихся въ трабекулахъ, отличающихся отъ сосѣднихъ своею болѣе насыщенною окраской клѣтокъ, въ тѣлѣ которыхъ находилось по 2—3 ядра. Среди этихъ клѣтокъ также встрѣчались многоядерныя, хотя и не дававшія по величинѣ и количеству ядеръ такихъ своеобразныхъ картинъ, какъ въ первомъ случаѣ, но также являвшіяся ввидѣ типичныхъ гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ. Такія накопленія размножившихся, обычныхъ по ядрамъ, клѣтокъ и многоядерныя клѣтки были находимы въ этомъ случаѣ въ части долекъ, лежащихъ ближе къ среднему поясу ихъ, чѣмъ къ периферіи». Наконецъ, въ третьемъ случаѣ въ печени ребенка, умершаго тоже на первой недѣлѣ болѣзни, въ клѣткахъ, находящихся въ периферической части долекъ, были находимы «жировыя капли, иногда совсѣмъ выполнявшія клѣтку. Въ этомъ случаѣ явленія размноженія клѣтокъ сказывались обильными каріокинетическими фигурами въ ядрахъ печеночныхъ клѣтокъ, лежащихъ, какъ и въ первомъ случаѣ, въ периферическомъ поясѣ. Здѣсь не только болѣе отдаленныя отъ перипортальной ткани и несодержащія жира печеночныя клѣтки имѣли хорошо сохранившіяся каріокинетическія фигуры дѣленія, но даже периферически расположенныя, содержавшія частью лишь капли жира и даже превратившіяся, видимо, въ жировыя клѣтки безъ остатка замѣтной печеночной протоплазмы оказывались находящимися въ фазахъ непрямое дѣленія. Въ каждомъ полѣ зрѣнія можно было встрѣтить отъ 2—4 клѣтокъ съ измѣненными митозомъ ядрами. Присутствіе многоядерныхъ клѣтокъ въ этомъ случаѣ не найдено». Надо отмѣтить, что во всѣхъ только что описанныхъ случаяхъ отсутствовали интерстиціальныя воспалительныя явленія. На основаніи этихъ трехъ наблюденій авторъ думаетъ, что находящіяся обыкновенно при инфекціонныхъ болѣзняхъ дегенерациі ввидѣ жирового и бѣлковаго перерожденія не всегда, повидимому, указываютъ на глубокое поврежденіе клѣтокъ, остающихся способными не только принимать свой прежній видъ, но даже размножаться.

Escherich и Schick въ послѣдней монографіи „Scharlach“ 1912 въ отдѣлѣ о печени лишь ссылаются на работы Binge's,

Klein'a и Litten'a и кромѣ того указываютъ, что наблюдавшіеся Wagner'омъ лимфатическія новообразованія въ печени послѣдующими работами не были подтверждены.

Изъ только что приведеннаго литературнаго очерка видно что всѣ изслѣдователи интересовались измѣненіями при скарлатинѣ только въ самой печени, не касаясь вопроса о томъ, что дѣлается при скарлатинѣ съ желчнымъ пузыремъ. Правда, въ литературѣ можно найти нѣкоторыя указанія на обнаруженныя при вскрытіяхъ скарлатинозныхъ больныхъ патолого-анатомическія измѣненія пузыря или же казуистическія описанія случаевъ, гдѣ увеличеніе желчнаго пузыря бывало опредѣлено клинически. Такъ, въ 1872 Hoyle среди 28 скарлатинозныхъ вскрытій нашель въ 2-хъ случаяхъ холециститъ; Moore въ 1876 г. на вскрытіи 10-лѣтняго мальчика, умершаго на 5-ый день скарлатины, нашель желчный пузырь выстоящимъ на 2—3 пальца изъ за края печени, растянутый свѣтлой вязкой жидкостью. Neurettef тоже наблюдалъ скопленіе желчи въ пузырь у больного погибшаго отъ скарлатины съ желтухой. Въ 1900 г. Roger описалъ случай, когда у больного, страдавшаго раньше увеличеніемъ желчнаго пузыря, во время выздоровленія отъ скарлатины появились признаки инфицированія его, повлекшіе за собой операцію съ летальнымъ исходомъ. Въ 1908 г. Nodley описалъ случай остраго холецистита при скарлатинѣ у ребенка 8½ лѣтъ съ операціей и послѣдующимъ выздоровленіемъ. Въ этомъ же году Comby нашель у 10-лѣтняго ребенка, умершаго въ концѣ второй недѣли болѣзни при явленіяхъ желтухи, желчный пузырь растянутымъ до величины головки плода. Въ 1909 г. Montenbruck описалъ случай, касавшійся 5-лѣтняго мальчика, заболѣвшаго скарлатиной. Черезъ нѣсколько дней послѣ заболѣванія у ребенка появились боли въ животѣ, державшіеся дней 8, затѣмъ рвота и явленія раздраженія брюшины. Была сдѣлана операція, причемъ найденъ сильно выдающійся изъ за края печени растянутый желчный пузырь, по вскрытіи котораго было выпущено болѣе 250 к. с. желчи. Въ этомъ же году Couget et Dujaieg описали случай, гдѣ у 8-лѣтней дѣвочки, страдавшей еще до заболѣванія скарлатиной болями въ

животѣ, черезъ нѣсколько дней послѣ заболѣванія ею боли эти снова появились, причемъ въ правомъ подреберьи появилась опухоль, увеличившаяся къ концу скарлатины до величины помаранца. Была произведена лапоротомія и опухоль, оказавшаяся растянутымъ желчнымъ пузыремъ; вскрыта. Pospischill въ своей работѣ „Ueber Scharlach“ указываетъ, что при скарлатинѣ наблюдается иногда увеличеніе желчныхъ пузырей и ставить это въ связь съ набуханіемъ лимфатическихъ железокъ въ воротахъ печени. Если прибавить сюда случай Bernard'a, гдѣ у 3½-лѣтняго ребенка желчный пузырь былъ длинной въ 7 ст. и демонстрированный въ засѣданіи общества дѣтскихъ врачей въ 1909 г. докторами Шене и Ягодинскимъ сильно увеличенный желчный пузырь у ребенка, погибшаго отъ скарлатины, то этимъ и кончается вся литература о желчныхъ пузыряхъ при скарлатинѣ.

Изучая измѣненія въ печени при скарлатинѣ, втеченіи которой немалую роль играетъ стрептококкъ, найденный нѣкоторыми авторами (Раскина, Клименко) въ крови скарлатинозныхъ больныхъ, я не считаю возможнымъ обойти молчаніемъ тѣ экспериментальныя работы, въ которыхъ изучается дѣйствіе стрептококка на печень. Кромѣ работы Roger, впрыскивавшаго стрептококка въ различные сосуды и приведшаго къ выводу, что печень не только не оказываетъ на него бактерициднаго вѣянія, а наоборотъ является для него хорошей питательной средой, причемъ патологоанатомическая картина печени была не изучена, есть еще двѣ работы, посвященныхъ данному вопросу. Одной изъ нихъ является работа Bjorksten'a. Авторъ впрыскивалъ какъ культуры стрептококка, такъ и его токсины или непосредственно въ печень, или вводилъ въ запаянныя трубахъ въ ductus choledochus, гдѣ и разламывалъ ихъ или, наконецъ, инъекціи производилъ или подкожно или внутривенно. При введеніи стрептококка прямо въ печень животное очень быстро погибало и измѣненій почти не было. При остальныхъ способахъ введенія стрептококка наблюдались ничтожныя дегенеративныя измѣненія паренхимы. Главнымъ же образомъ авторомъ были изу-

чены измѣненія въ печени подѣ влияніемъ впрыскиванія токсона, причеиъ введеніе его подѣ кожу или внутривенно вызывало незначительныя дегенеративныя измѣненія, иногда отдѣльныя некротическіе участки. Введеніе токсона прямо въ печень вызывало дегенеративныя измѣненія вблизи мѣста вкола, гдѣ иногда нельзя было узнать печеночной ткани. При введеніи токсона въ ductus choledochus поражалась главнымъ образомъ окружающая желчные ходы паренхима и возникала соединительная ткань, въ петляхъ которой встрѣчались остатки печеночныхъ клѣтокъ; кромѣ того находились и скопленія круглыхъ клѣтокъ. Конечнымъ результатомъ такихъ измѣненій, по мнѣнію автора, можетъ быть циррозъ. Последней экспериментальной работой является диссертация Злобина, который впрыскивалъ стрептококковъ какъ въ *v. mesenterica superior*, такъ и въ общій токъ кровообращенія черезъ *v. jugularis*. Уже черезъ 6 часовъ послѣ впрыскиванія стрептококковъ въ *v. mesent.* авторъ наблюдалъ въ печени дегенеративныя измѣненія и сильный лейкоцитозъ. При введеніи стрептококка въ общій токъ кровообращенія измѣненія въ печени наступаютъ позже и менѣе рѣзкіе. Вообще же всѣ ткани печени принимаютъ участіе въ патологическомъ процессѣ при стрептококковой инфекціи, но чувствительнѣе всего относятся печеночныя клѣтки, которыя представляютъ изъ себя глубокой и распространенной дегенеративный процессъ вплоть до некроза и распада ихъ. Соединительная же ткань подѣ влияніемъ этой инфекціи разрастается настолько сильно, что въ короткій срокъ наступаютъ цирротическія измѣненія печени. Таковы въ общихъ чертахъ результаты экспериментальныхъ работъ.

Ввиду того, что матерьялъ, которымъ я пользовался для своихъ изслѣдованій, однороденъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ идентиченъ съ матерьяломъ, которымъ пользовались авторы другихъ работъ, вышедшихъ изъ патологоанатомическаго кабинета Городской Дѣтской больницы втеченіи 1912 г. и посвященныхъ изученію измѣненій въ другихъ органахъ при скарлатинѣ, я считаю возможнымъ привести здѣсь нѣкоторые изъ ихъ выводовъ, представляющіе интересъ для нашей работы. Такъ, Сухорѣцкій

считаетъ наиболѣе характернымъ пораженіемъ почекъ при скарлатинѣ геморрагіи въ нихъ; анатомическія же измѣненія сосудовъ онъ наблюдалъ уже въ первые дни болѣзни; кромѣ того онъ находилъ въ сосудахъ и эмболы изъ кокковъ. Грегоръ въ надпочечникахъ наблюдалъ гиперемію сосудовъ, мѣстами воспалительныя измѣненія въ нихъ, точечныя кровоизліянія и эмболы изъ кокковъ уже на 5-ый день болѣзни. Онъ же нашелъ въ щитовидной железѣ при скарлатинѣ тоже гиперемію сосудовъ, кровоизліянія и эмболы. Кровоизліянія же найдены Селиновымъ въ нервныхъ узлахъ сердца. Наконецъ, Коноплевъ нашелъ какъ въ центральныхъ, такъ и периферическихъ сосудахъ воспалительно-дегенеративныя измѣненія, которыя уже рано наступаютъ при скарлатинѣ.

Такъ какъ всѣ мои изслѣдованія велись исключительно на матерьялѣ, касавшемся дѣтскаго возраста, то я считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ объ особенностяхъ въ строеніи печени у дѣтей. Уже Arnold, изслѣдовавшій печень у дѣтей и молодыхъ людей, внезапно умершихъ, нашелъ въ ней сходство съ печенью собакъ „гдѣ равномерно среди тяжелой межуточной ткани вокругъ желчныхъ ходовъ расположены скопленія круглыхъ клѣтокъ, причеиъ скопленія эти благодаря достаточно рѣзкой отграниченности и круглой формѣ получаютъ видъ узелковъ“. Wagner же отмѣчаетъ, что у дѣтей волокна соединительной ткани рѣзче. Гундобинъ же и Ковальскій указываютъ, что въ печени у дѣтей лишь съ 5-го мѣсяца начинается дольчатость, которая въ возрастѣ 2—4 лѣтъ не всегда выражена въ печени, ибо еще встрѣчаются въ это время дольки почти неотграниченныя отъ сосѣднихъ. Расположеніе клѣтокъ въ первое время неправильное и лишь въ возрастѣ 2-хъ лѣтъ выступаетъ довольно ясно радіальное ихъ расположеніе. Начиная же съ 8 лѣтъ строеніе печени у дѣтей не отличается отъ такового же у взрослыхъ. Nuttall тоже указываетъ на неясность долекъ и неправильное расположеніе клѣтокъ.

Дѣлая въ краткихъ словахъ сводку литературы, мы видимъ что почти всеми авторами описываются измѣненія какъ въ паренхимѣ печени, такъ и въ ея интерстиціальной ткани, причемъ Roger и Garnier полагаютъ, что эти два процесса идутъ параллельно другъ другу, начинаясь ввидѣ инфильтраціи порталныхъ пространствъ, къ которой въ дальнѣйшемъ присоединяются и клѣточные измѣненія; того же мнѣнія, что околососудистыя измѣненія предшествуютъ клѣточнымъ, держится и Мочанъ. Инфильтрація порталныхъ пространствъ и скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ вокругъ сосудовъ отмѣчены также и большинствомъ остальныхъ авторовъ, изучавшихъ печень при скарлатинѣ, причемъ Litten, Roger и Garnier называютъ ее воспалительной, а Sörgensen—нагноительной. Инфильтрація эта по мнѣнію Crooke сильнѣе выражена въ случаяхъ комбинаціи скарлатины съ другими болѣзнями, Klein же видитъ связь ея съ тяжестью самой скарлатины, тогда какъ по мнѣнію Markuse она не зависитъ ни отъ тяжести болѣзни, ни отъ осложненій ея. Въ одномъ сходятся все авторы—это въ томъ, что инфильтрація эта можетъ наблюдаться уже въ самые ранніе сроки болѣзни. Кромѣ круглоклѣточной инфильтраціи Wagner нашелъ въ печени при скарлатинѣ тѣ же инфекціонные узелки, которые были имъ описаны при тифѣ. По этому поводу Escherich и Schick въ своей монографіи „Scharlach“ замѣчаютъ, что находка эта послѣ Wagner'a никѣмъ не была подтверждена. Дѣйствительно, инфекціонные узелки были описаны еще въ 4 случаяхъ Roger и Garnier и въ одномъ случаѣ Venard'омъ, причемъ сами эти авторы указываютъ, что къ опредѣленію инфекціоннаго узелка надо относиться очень осторожно, такъ какъ сильно инфильтрованные и благодаря этому сильно измѣненные порталныя пространства крайне легко могутъ симулировать истинные инфекціонные узелки, которые, по наблюденію этихъ авторовъ, лежатъ въ долькахъ печени и представляютъ изъ себя скопленія лейкоцитовъ, среди которыхъ находятся остатки перерожденныхъ печеночныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ узелки эти, по ихъ мнѣнію, представляютъ изъ себя некротическіе участки печени, вторично замѣщенные лейкоцитами

Иначе смотреть на инфекціонные узелки Markuse, по мнѣнію котораго узелки эти не имѣютъ ничего общаго съ некротическими участками, встрѣчающимся также въ печени скарлатинозныхъ больныхъ наряду съ лимфомами, которыя, какъ онъ доказалъ на рядѣ послѣдовательныхъ срѣзовъ, всегда имѣютъ связь съ околососудистыми скопленіями круглоклѣточныхъ элементовъ. Вообще же къ вопросу о патологичности круглоклѣточныхъ скопленій въ печени дѣтей надо относиться осторожно, такъ какъ въ печени дѣтей, какъ указалъ Arnold, и въ нормальномъ состояніи наблюдаются эти скопленія. Соединительная ткань по наблюденіямъ Biermer'a, Liebermeister'a, Klein'a и Crooke нѣсколько разрастается, причемъ разрастаніе это, по мнѣнію Markuse, происходитъ на мѣстѣ скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ, Bingel же считаетъ возможнымъ развитіе соединительной ткани на мѣстѣ некротическихъ участковъ, наблюдавшихся еще Baginsky и Crooke. Изъ клѣточныхъ измѣненій почти всеми авторами описывается жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ, наиболѣе частая локалізація котораго вокругъ порталныхъ пространствъ отмѣчена уже Roger et Garnier, а Venard своимъ описаніемъ „type en cocarde intervertie“, гдѣ въ центрѣ кокарды находятся сосуды порталныхъ пространствъ, вокругъ которыхъ лежитъ воспалительный поясъ изъ инфильтрованной перипортальной соединительной ткани и затѣмъ поясъ жировыхъ клѣтокъ, какъ бы оттѣняетъ роль сосудовъ въ тѣхъ измѣненіяхъ печени, которыя наблюдаются въ ней при скарлатинѣ. Кромѣ измѣненія клѣтокъ Venard и Roger et Garnier наблюдали еще и неправильное расположеніе ихъ,—явленіе, которое въ печени дѣтей по Гундобину и Ковальскому можетъ встрѣчаться и нормально, особенно до двухлѣтнаго возраста. Сосудистыя измѣненія отмѣчены лишь Siredey, Roger и Garnier ввидѣ набуханія эндотелія ихъ, а Venard'омъ—инфильтраціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ стѣнокъ и въ одномъ случаѣ гіалиноваго перерожденія ихъ, Sörgensen же наблюдалъ въ капиллярахъ печени коковья эмболія. Такимъ образомъ, во всехъ работахъ мы видимъ описаніе лишь

28489

Имя. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

2
БИБЛИОТЕКА
Харьковского Мед. Института
118/2

дегенеративныхъ измѣненій печени и поэтому совсѣмъ одиноко стоять наблюденія Никифорова о регенеративныхъ измѣненіяхъ въ печени при скарлатинѣ.

Относительно измѣненій въ желчныхъ пузыряхъ при скарлатинѣ въ литературѣ лишь встрѣчаются указанія на увеличенія его размѣровъ и иногда констатировался холециститъ, изученіемъ же микроскопическаго строенія его стѣнокъ при скарлатинѣ никто не занимался. Что касается экспериментальныхъ работъ объ измѣненіяхъ въ печени подъ вліяніемъ стрептококка, то Злобинъ, заражая имъ печень, получалъ жировое перерожденіе ея клѣтокъ и сильное разрастаніе соединительной ткани, у Björkstén'a же подъ вліяніемъ введенія стрептококковаго токсина въ ductus choledochus поражалась, главнымъ образомъ, окружающая желчные ходы паренхима и увеличивалась соединительная ткань.

СОБСТВЕННЫЯ НАБЛЮДЕНІЯ.

Для своих изслѣдованій я пользовался трупнымъ матерьяломъ заразнаго отдѣленія Городской Дѣтской больницы. Вскрытіе труповъ происходило черезъ 12—24 часовъ послѣ смерти, теченіи которыхъ трупы находились въ холодномъ помѣщеніи въ парахъ формалина. По вскрытіи брюшной полости печень вынималась, взвѣшивалась и затѣмъ записывался ея макроскопическій видъ и измѣрялся желчный пузырь, послѣ чего вырѣзались изъ разныхъ мѣстъ ея и желчнаго пузыря кусочки для фиксаціи. Для фиксаціи я пользовался слѣдующими составами: 1) 10% формалинъ; 2) жидкость Zenker-Helly; 3) жидкость Флемминга. 4) по Сіассіо для фиксаціи липоидовъ; для фиксаціи гликогена я употреблялъ 5) абсолютный алкоголь и 6) двѣ слѣдующихъ смѣси Zieglwattner'a:

I. 1% растворъ хромовой кислоты въ 84° спиртѣ	15.0
2% растворъ осміевои кислоты	4.0
крѣпкой уксусной кислоты	1.0
II. концентрированный растворъ сулемы	20.0
2% растворъ осміевои кислоты	20.0
крѣпкой уксусной кислоты	10.0
абсолютный спиртъ	50.0

Послѣ фиксаціи препараты, за исключеніемъ изслѣдуемыхъ на гликогенъ, промывались около сутокъ водою, затѣмъ проводились чрезъ спирты восходящей крѣпости и въ большинствѣ случаевъ заливались въ смѣсь Ускова-Altmanп'a, часть въ парафинъ и нѣкоторые случаи въ целлодинъ. Въ целлодинъ

же заливалось большинство кусочковъ, фиксированныхъ на гликогенъ. Нѣкоторые же изъ нихъ заливались въ парафинъ, причемъ проводились передъ этимъ по Orpenheimer'у чрезъ слѣдующія жидкости. Изъ абсолютнаго алкоголя клались на 15 минутъ въ чистый ацетонъ, затѣмъ на 20 минутъ въ ксилолъ, на 1 часъ въ ксилопарафинъ и на 1 часъ въ парафинъ. Срѣзы дѣлались по 5 микронъ, целлоидиновые же по 8 микронъ. Для окраски употреблялся гематоксилинъ Böhmer'a, Hansen'a и Heidenheip'a. Въ дальнѣйшемъ каждый случай окрашивался воднымъ растворомъ эозина и по van Gieson'у. Нѣкоторые срѣзы окрашивались по способу Эрлихъ-Бюнди. Рѣшетчатая ткань красилась по способу Биельховскаго. Фиксированные по Флеммингу препараты красились сафраниномъ и пикриновой кислотой, фиксированные же по Ciaccio окрашивались Sudan'омъ III. Гликогенъ красился по Best'у. Эмболии изъ микроорганизмовъ красились мной эозиномъ и метиленовой синькой Löffler'a.

Всего изслѣдовано мной 34 случая, всѣ они относятся исключительно къ дѣтскому возрасту отъ 6 мѣс. до 11 лѣтъ. По днямъ болѣзни они располагаются слѣд. образомъ:

2-ой день болѣзни	4 случая.
4-ый „ „	1 „
5-ый „ „	4 „
6-ой „ „	3 „
7-ой „ „	1 „
8-ой „ „	2 „
9-ый „ „	4 „
10-ый „ „	1 „
съ 12-го по 15-ый „ „	по 1 случаю.
17-ый „ „	1 случай.
19-ый „ „	1 „

съ 22-го по 25-ый день болѣзни	по 1 случаю.
26-ой „ „	2 случая.
35-ый „ „	1 „
55-ый „ „	1 „

Итого 34 случая.

Изъ только что приведенной таблицы видно, что самымъ раннимъ срокомъ смерти въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ была 2-ой день болѣзни, а самымъ позднимъ 55-й день; наибольшее же количество летальныхъ исходовъ падаетъ на конецъ первой и начало второй недѣли болѣзни.

По чистотѣ инфекціи матеріаль мой располагался слѣдующимъ образомъ:

Чистая скарлатина	2 случая.
Чистая скарлатина + катарральное воспаленіе легкаго	1 случай.
Чистая скарлатина + сухой плев- ритъ	1 случай.
Скарлатина + нефритъ острый	4 случая.
Скарлатина съ септикопѣмически- ми явленіями	7 случаевъ.

Подъ чистой скарлатиной я понимаю такіе случаи, въ которыхъ нѣтъ и намека ни на одно изъ обычныхъ скарлатинозныхъ осложнений. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ нашихъ изслѣдованій осложнения эти ввидѣ некротическихъ ангинъ, лимфаденитовъ, періаденитовъ, отитовъ, мастоидитовъ наблюдались въ большей или меньшей мѣрѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ нимъ присоединялось еще какое нибудь вторичное заболѣваніе. Въ 4 случаяхъ была выпрыснута противоскарлатинозная сыворотка лабораторіи Московскаго Университета, причемъ въ двухъ изъ нихъ развилась желтуха съ летальнымъ исходомъ.

Макроскопически печень обычно представлялась нѣсколько увеличенной въ своихъ размѣрахъ съ закругленными краями.

Поверхность ея была гладка и блестяща; какъ на передней, такъ и задней ея поверхности почти всегда были видны различной формы и величины желтоватаго цвѣта пятна и пятнышки. Ткань печени мягка, отъ давленія на нее пальцемъ оставался слѣдъ. На разрѣзѣ цвѣтъ печени бывалъ буровато-желтоватый, глинистый иногда же почти совсѣмъ желтый. Рисунокъ печени былъ выраженъ неясно или совсѣмъ сглаженъ.

Переходя къ описанію микроскопической картины печени при скарлатинѣ, я, чтобы не утомлять вниманіе читателя почти однообразнымъ повтореніемъ ихъ, позволю себѣ въ качествѣ иллюстраціи привести здѣсь пока лишь одинъ случай и затѣмъ перейти къ детальному описанію тѣхъ измѣненій, которыя наблюдаются въ печени дѣтей при скарлатинѣ. Подробные же протоколы остальныхъ случаевъ помѣщаю въ концѣ работы.

Случай № 1.

Марія Д. 1 годъ 11 мѣс. Смерть на 2-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: *Scarlatina. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Поступила въ больницу на 1-ый день болѣзни съ неясной сыпью, яркой гипереміей зѣва, маркими налетами на миндалинахъ, въ вяломъ состояніи при t° —39,4. На 2-ой день болѣзни t° —39,8; сыпь неясная, мѣстами на кожѣ появились мелкія геморрагіи; въ зѣвѣ явленія старья. Появился поносъ. Общее состояніе стало тяжелымъ п. въ 5 часовъ вечера ребенокъ скончался.

Вскрытіе. *Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Degeneratio adiposa hepatis. Enterocolitis follicularis acuta. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 410 gr., гладка; на ея поверхности какъ передней, такъ и задней видны бѣловато-желтоватые участки, по большей части, округлой формы величиной въ 10—15 копѣечную монету. На разрѣзѣ печень желтовато-буроватаго цвѣта съ неяснымъ рисункомъ. Ткань печени дрябла.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи привлекаютъ вниманіе встрѣчающіеся въ каждомъ полѣ зрѣнія въ количествѣ 3—4 узелки, представляющіе изъ себя скопленія кругло-клеточныхъ элементовъ и имѣющіе то округлую форму, то продолговатую, то ввидѣ треугольника съ удлинненными углами. Узелки эти расположены по периферіи долекъ и въ нихъ почти всегда видны сосуды. Такимъ образомъ, узелки эти представляютъ изъ себя въ большинствѣ случаевъ инфильтрованные порталныя пространства отъ которыхъ по сосудамъ направляются скопленія круглыхъ клетокъ. Кромѣ того встрѣчаются еще скопленія круглыхъ клетокъ въ самой долкѣ между ея периферіей и центральной веной, причѣмъ среди нихъ не видно сосудистыхъ элементовъ. Соединительная ткань видна вокругъ сосудовъ въ нормальномъ количествѣ. Печеночныя клетки расположены въ болѣе или менѣе правильныя балки; протоплазма клетокъ диффузно красится; мѣстами, больше около сосудовъ, содержитъ въ себѣ жиръ. Ядра видны не очень рѣзко. Вены сильно расширены, просвѣтъ же по большей части выполненъ совсѣмъ или отчасти красными и бѣлыми кровяными тѣльцами, но встрѣчаются и совсѣмъ пустыя вены. Въ нѣкоторыхъ печеночныхъ венахъ видны печеночныя клетки.

При большемъ увеличеніи границы клетокъ неясно различимы; протоплазма почти всѣхъ клетокъ содержитъ въ себѣ жировыя капли различной величины, которыя часто отодвигаютъ ядра къ периферіи клетки, въ другихъ же случаяхъ заполняютъ совсѣмъ ее, причѣмъ тогда ядра бываютъ не видны. Форма клетокъ неправильная. Ядра красятся не очень рѣзко, часто измѣняютъ свою форму, какъ бы таютъ, нерѣдко пронизаны жировыми каплями. Соединительная ткань ввидѣ тонкихъ волоконъ находится вокругъ сосудовъ, мѣстами волокна ея разрыхлены. Капилляры расширены, набиты главнымъ образомъ красными кровяными тѣльцами. Стѣнки сосудовъ не всегда представляютъ ясное строеніе, мѣстами adventitia разрыхлена. Въ просвѣтѣ печеночныхъ венъ встрѣчаются печеночныя клетки съ сохранившимися ядрами. При разсматриваніи узелковъ, находящихся въ парен-

химъ долекъ, сосудовъ въ нихъ найти не удастся, но видно, что они состоятъ изъ печеночныхъ клѣтокъ съ хуже окрашенными ядрами, среди которыхъ находятся кругоклѣточные элементы. Такіе узелки можно было бы назвать инфекціонными.

Разсматривая всѣ остальные случаи, увидимъ, что въ главныхъ чертахъ измѣненія, находимыя въ нихъ, сходны съ только что описанными. Печеночныя клѣтки въ большинствѣ случаевъ располагаются въ правильныя балки, но нерѣдко встрѣчается и неправильное ихъ расположеніе. Онѣ или располагаются ввидѣ кучекъ (№№ 5, 19), или балки закручиваются вокругъ себя (№ 18), встрѣчается также и совсѣмъ беспорядочное расположеніе ихъ (№№ 9, 11, 15). Размѣры клѣтокъ въ большинствѣ случаевъ нѣсколько увеличены, лишь изрѣдка уменьшены. Границы клѣтокъ обыкновенно плохо различимы, иногда клѣтки сливаются другъ съ другомъ. Форма клѣтокъ часто неправильно-полигональная. Протоплазма клѣтокъ въ большинствѣ случаевъ мутна, мѣстами плохо или совсѣмъ не воспринимаетъ окраски, причемъ ядра этихъ клѣтокъ обычно тоже не окрашивались. Изъ скопленія такихъ клѣтокъ образовывались то мелкіе, то большей величины некротическіе участки, среди которыхъ иногда были видны въ небольшомъ количествѣ круглоклѣточные элементы (№№ 5, 18, 19, 25). Въ клѣткахъ постоянно встрѣчаются жировыя капли большей или меньшей величины, нерѣдко занимающія собой почти всю ее и отодвигающія ядра къ периферіи клѣтки. Въ локализации такихъ клѣтокъ можно отмѣтить нѣсколько типовъ: 1) когда жировое перерожденіе наблюдается въ периферическихъ частяхъ дольки, причемъ поражены или всѣ периферическія клѣтки ея—тогда долька бываетъ окружена большей или меньшей ширины жировымъ поясомъ, или же поражаются, главнымъ образомъ, клѣтки, находящіяся поблизости къ портальнымъ пространствамъ; 2) когда почти всѣ клѣтки дольки содержатъ въ себѣ жиръ, но всетаки по периферіи долекъ вблизи портальныхъ пространствъ жировое перерожденіе выражено значительно сильнѣе; 3) когда

жировыя клѣтки находятся вокругъ центральныхъ венъ—очень рѣдко и 4) безъ определенной локализациі—еще рѣже. Наиболѣе частымъ встрѣчаются первые два типа, причемъ какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ клѣтки съ сильнымъ жировымъ перерожденіемъ всегда находятся вблизи портальныхъ пространствъ. Ядра печеночныхъ клѣтокъ часто хорошо воспринимаютъ окраску съ ясными контурами, но нерѣдко красятся менѣе отчетливо, границы ихъ менѣе рѣзки—онѣ какъ бы таютъ и встрѣчаются клѣтки, ядра которыхъ совсѣмъ не видны. Въ жирноперерожденныхъ клѣткахъ ядра пронизаны жировыми каплями и часто бываютъ отодвинуты каплями жира къ периферіи клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчались клѣтки съ 3-мя и болѣе ядрами (№№ 10, 23, 25). Гликогена ни въ протоплазмѣ печеночныхъ клѣтокъ, ни въ ихъ ядрахъ обнаружить не удалось. Объяснить это можно тѣмъ, что гликогенъ является антагонистомъ жира и тамъ, гдѣ находится послѣдній, остаются лишь слѣды гликогена. Въ нашихъ же случаяхъ, какъ мы только что видѣли, обычно наблюдается сильное жировое перерожденіе; ввиду же того, что кусочки печени брались не сразу послѣ смерти, возможно, что и тѣ слѣды гликогена, которые могли быть еще въ жирноперерожденной печени, исчезли подъ вліяніемъ трупныхъ измѣненій.

Узелки, которые привлекаютъ къ себѣ вниманіе при разсматриваніи препаратовъ при маломъ увеличеніи, представляютъ изъ себя или инфильтрованныя и благодаря этому измѣненныя портальныя пространства, или же состоятъ изъ круглоклѣточныхъ элементовъ, скопившихся вокругъ или вдоль сосудовъ—обыкновенно венъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ можно было видѣть среди некротическихъ участковъ (№ 25). Въ двухъ случаяхъ (№ 1, 2) скопленія эти находились въ паренхимѣ дольки, не содержали въ себѣ сосудовъ и состояли изъ круглоклѣточныхъ элементовъ, среди которыхъ находились нѣсколько измѣненныя печеночныя клѣтки, и могли бы быть признаны за инфекціонныя узелки. Это наблюдалось у дѣтей 3 лѣтъ и 1 г. 11 мѣс., умершихъ на второй день болѣзни. Инфильтрація портальныхъ пространствъ бываетъ то

въ большей, то меньшей степени, причемъ форма ихъ часто мѣняется, нерѣдко принимая видъ треугольниковъ съ удлинненными углами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ инфильтрація эта доходила до такихъ размѣровъ, что порталныя пространства становились прямо неузнаваемыми. Среди круглыхъ элементовъ часто можно видѣть въ большемъ или меньшемъ количествѣ продолговатые ядерные элементы.

Соединительная ткань наблюдается часто въ нѣсколько большемъ количествѣ въ порталныхъ пространствахъ и вокругъ сосудовъ среди круглоклѣточныхъ скопленій; иногда отпрыски ея направляются отъ сосудовъ въ паренхиму долекъ по капиллярамъ (№ 9, 21, 25, 27, 29, 32). Изрѣдка соединительная ткань наблюдается по периферіи долекъ (№ 17, 30). Глиссонова капсула обычно нѣсколько утолщена и мѣстами инфильтрована; въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ нея направляются тяжи соединительной ткани вглубь печени (№ 19, 23, 30). Волокна соединительной ткани бываютъ то тонкими, то довольно толстыми, безъядерны. Иногда волокна какъ бы разрыхлены.

Вены обыкновенно расширены, особенно вѣтви воротной вены; стѣнки ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами (№ 13, 19, 20, 30, 32), иногда разрыхлены (№ 2, 11), въ двухъ случаяхъ цѣлость ихъ была нарушена, причемъ наблюдалось кровоизліяніе въ паренхиму (№ 18, 19); кромѣ того иногда въ паренхимѣ печени встрѣчаются и точечныя кровоизліянія, произошедшія, вѣроятно, изъ мелкихъ сосудовъ печени (№ 14, 16). Просвѣты венъ то бываютъ пусты, то содержатъ въ себѣ кровь. Встрѣчаются вены и капилляры, просвѣтъ которыхъ сплошь выполненъ бѣлыми, иногда красными тромбами. Кромѣ того, въ просвѣтъ печеночныхъ венъ нерѣдко наблюдаются печеночныя клѣтки, одиночныя или группами, причемъ часто съ сохранившимися ядрами и жировыми каплями въ протоплазмѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ веня были прямо набиты оторванными печеночными клѣтками (№ 2, 3). Капилляры въ большинствѣ случаевъ бывали расширены, иногда расширение это наблюдалось не всюду въ долькѣ, а лишь ближе или къ периферіи или къ

центру ея. Просвѣтъ капилляровъ обычно бывалъ заполненъ кровью въ большей или меньшей степени. Иногда капилляры содержали въ себѣ бѣлые тромбы (№ 5, 7, 26). Въ четырехъ случаяхъ просвѣты капилляровъ были закупорены эмболами изъ коковокъ, располагавшихся иногда ввидѣ цѣпочекъ (№ 15, 19, 24, 27). Артеріи обыкновенны пусты, стѣнки ихъ иногда мѣстами однородно окрашены, нѣсколько восковидны (№ 9, 23, 24). Ядра мышечной оболочки часто плохо воспринимаютъ окраску, четкообразны; мѣстами же ядра и совсѣмъ отсутствуютъ (№ 5, 11, 17, 20, 28, 29). Въ одномъ случаѣ, въ которомъ на секціи былъ констатированъ начинающійся выпотной плевритъ, наблюдалось мѣстами, повидимому, гіалиновое перерожденіе стѣнокъ артерій (№ 11); нерѣдко наблюдалась инфильтрація ихъ стѣнокъ бѣлыми кровяными тѣльцами (№ 2, 23, 26). Эндотелій сосудовъ бывалъ мутнымъ, выстоялъ въ просвѣтъ ихъ.

Желчные ходы, по большей части, измѣненій не представляли, лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалась пролиферація эпителия ихъ (№ 30, 32, 19).

Вліяніе продолжительности болѣзни.

Изучая наши случаи въ зависимости отъ дня болѣзни, на который погибли больные, можно всѣхъ ихъ раздѣлить на нѣсколько группъ. Въ первую группу я помѣщаю случаи съ самымъ раннимъ срокомъ смерти, т. е. на 2-ой день болѣзни. Во вторую группу я отношу случаи, погибшіе еще въ остромъ періодѣ болѣзни, именно втеченіи первыхъ двухъ недѣль. Третью группу составляютъ всѣ остальные случаи, начиная съ третьей недѣли болѣзни.

ГРУППА* 1-ая.

Для представленія объ измѣненіяхъ въ печени въ случаяхъ этой группы, каковыхъ четыре, я привожу описаніе

Случая № 4.

Клавдія Н. 5 лѣтъ. Смерть на 2-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Поступила въ больницу на 1-ый день болѣзни съ t° —38,4; мелкоточечной сыпью, рѣзкой ангиной съ небольшими марками налетами на миндалинахъ при удовлетворительномъ общемъ состояніи. Въ ночь на 2-ой день бредъ. Утромъ t° 39,2. Сыпь отчасти пропала; въ зѣвѣ — рѣзкая ангина. На шеѣ увеличение железъ. Появилась частая рвота. Пульсъ плохой, общее состояніе очень тяжелое. Впрыснуто 200 к. с. противоскарлатинозной сыворотки Московскаго Университета. Черезъ $1\frac{1}{2}$ часа *exitus letalis.*

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Angina catarrhalis. Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Scarlatina.*

Печень вѣсомъ 675 gr., увеличена, края ея закруглены; цвѣтъ печени буроватожелтоватый, поверхность гладка, на ней видны желтаго цвѣта пятна величиной отъ горошины до серебрянаго пятачка. На разрѣзѣ рисунокъ сглаженъ. Ткань мягковата.

Желчный пузырь величиной 7×3 см., хорошо сократился по вскрытіи и содержалъ въ себѣ негустую желтоватозеленоватую желчь.

Микроскопическая картина. Узловъ при маломъ увеличеніи встрѣчается немного, они соотвѣтствуютъ обыкновенно портальнымъ пространствамъ, инфильтрованнымъ круглыми элементами. Соединительная ткань окружаетъ сосуды въ нѣсколько большемъ количествѣ, чѣмъ въ нормѣ. Вокругъ сосудовъ, кромѣ центральныхъ венъ, имѣются всегда скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ. Вены и капилляры расширены, содержатъ въ себѣ красныя, отчасти и бѣлыя кровяныя тѣльца; въ венахъ, кромѣ того, встрѣчаются и печеночныя клѣтки. Границы клѣтокъ печени сливаются, расположены клѣтки довольно правильно въ балки.

Въ протоплазмѣ клѣтокъ много жировыхъ капель, причемъ замѣчается распределеіе ихъ почти во всѣхъ печеночныхъ клѣткахъ.

При большомъ увеличеніи печеночныя клѣтки представляются различной формы съ нерѣзкими контурами. Протоплазма ихъ красится однородно, содержитъ много мелкихъ и болѣе крупныхъ жировыхъ капель. Ядра мѣстами видны отчетливо, мѣстами какъ бы таютъ; форма ихъ то круглая, то овальная, то палочковидная. Нерѣдко въ ядрахъ видны жировыя капли. Соединительнотканныя волокна по большей части безъядерны. Скопленія вокругъ сосудовъ состоятъ изъ порядочнаго количества круглоклѣточныхъ элементовъ. Капилляры расширены, наполнены болѣею частью красными кровяными тѣльцами, въ венахъ печеночныя клѣтки встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ съ ядрами и безъ нихъ. Стѣнки артерій изрѣдка инфильтрованы бѣлыми кровяными шариками.

Характернымъ для всѣхъ случаевъ этой группы является нахожденіе жира почти во всѣхъ печеночныхъ клѣткахъ, причемъ въ одномъ лишь случаѣ болѣе сильное жировое перерожденіе локализовалось вокругъ центральныхъ венъ, въ остальныхъ — въблизи портальныхъ пространствъ. Далѣе, въ каждомъ случаѣ данной группы можно было найти въ просвѣтѣ печеночныхъ венъ печеночныя клѣтки, въ двухъ же случаяхъ просвѣтъ нѣкоторыхъ венъ былъ сплошь закупоренъ ими. Во всѣхъ случаяхъ вены и капилляры были расширены. Сильная инфильтрація портальныхъ пространствъ и обильное скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ вокругъ сосудовъ встрѣтилось въ половинѣ случаевъ.

ГРУППА 2-ая.

Во вторую группу вошло 19 случаевъ съ 4-го дня болѣзни по 14-ый включительно. Для примѣра приведу описаніе двухъ слѣдующихъ случаевъ.

Случай № 11.

Сергѣй С. 11 лѣтъ. Смерть на 6-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ внезапно болью въ горлѣ, жаромъ и рвотой. На 2-ой день появилась сыпь, на 3-ий день доставленъ въ больницу съ $t^0=38,3$ и тяжелымъ общимъ состояніемъ. По тѣлу мелкоточечная геморрагическаго характера сыпь. Немного увеличены шейныя железки. Въ зѣвѣ явленія скарлатинозной ангины. На 4-ый день $t^0=39,3$. Ночью былъ бредъ и сильное возбужденіе. Сыпь темнѣетъ, синюшная. Въ зѣвѣ маркіе налеты на миндалинахъ. 5-ый день $t^0=39,5$. Некрозъ въ зѣвѣ. Безсознательное состояніе. На 6-ой день $t^0=39,2$. Некрозъ зѣва, тяжелое состояніе и *exitus letalis*.

Вскрытіе. *Angina necrotica. Oesophagitis necrotica. Degeneratio adiposa et dilatatio cordis. Bronchitis catarrhalis. Pleuritis exudativa incipiens dextra. Hyperaemia venosa lobarum inferiorum pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Haemorrhagiae mucosae ventriculi. Hyperplasia acuta cum haemorrhagiis glandularum mesenteriarum. Scarlatina.*

Печень, нѣсколько увеличенная, съ закругленными краями, вѣсомъ 890 gr., желтоватобуроватаго цвѣта съ отдѣльными, большей или меньшей величины, желтыми пятнами. Рисунокъ ея на разрѣзѣ плохо виденъ, ткань печени мягка.

Желчный пузырь величиной 9×6 ст. наполненъ жидковатой желчью, по выпусканіи которой хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи видна ясно выраженная дольчатость органа и радиарное расположеніе балокъ. Границы клѣтокъ, составляющихъ балки, видны неясно; мѣстами клѣтки располагаются въ беспорядкѣ. Ядра клѣтокъ видны довольно ясно. Капилляры по большей части сильно расширены, вены тоже и наполнены главнымъ образомъ красными кровяными шариками. Соединительная ткань видна вокругъ сосудовъ въ обычномъ количествѣ. Портальные пространства инфильтрованы несильно.

При большомъ увеличеніи протоплазма клѣтокъ мутна, границы ихъ плохо различимы. Во всѣхъ почти клѣткахъ видны мелкія жировыя капли, которыя вблизи сосудовъ принимаютъ крупныя размѣры и захватываютъ нервѣдки и ядра. Ядра иногда видны отчетливо, по большей же части плохо различимы. Соединительная ткань ввидѣ довольно толстыхъ волоконъ окружаетъ сосуды, несильно инфильтрована въ порталныхъ пространствахъ, безъядерна. Стѣнки артерій мѣстами лишены ядеръ, инфильтрованы круглыми клѣтками иногда, частично однородно окрашиваясь, повидимому, гіалиново перерождены. Вены расширены, стѣнки мѣстами инфильтрованы, мѣстами разрыхлены; капилляры расширены и содержатъ въ себѣ, по большей части, красныя кровяныя тѣльца, мѣстами же преобладаютъ бѣлыя.

Стѣнки желчнаго пузыря подъ микроскопомъ представляются утолщенными, разрыхленными; волокна соединительной ткани и мышечнаго ихъ слоя плохо воспринимаютъ окраску, набухшія; ядра ихъ красятся очень неясно. Какъ сосуды, такъ и ядра ихъ стѣнокъ окрашиваются не интензивно. Эпителій слизистой оболочки пузыря отслаивается мѣстами слоями, мѣстами ввидѣ отдѣльныхъ клѣтокъ, ядра его плохо окрашены.

Случай № 16-ый.

Лукьянъ Д. 7 лѣтъ. Смерть на 9-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Laryngitis necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Поступилъ ребенокъ въ больницу на 3-ий день болѣзни, начавшейся болью въ горлѣ, жаромъ и сыпью. При поступленіи $t^0=39,4$. Яркая мелкоточечная сыпь, рѣзкая краснота въ зѣвѣ съ маркими налетами на миндалинахъ и общее тяжелое состояніе. На 4-ый день $t^0=39,3$. Сыпь обильная съ желтушнымъ фономъ. Некрозъ въ зѣвѣ. 5-ый день $t^0=38,6$. Появилось увеличеніе железъ съ обѣихъ сторонъ шеи. Общее состояніе стало хуже. 6-ой день $t^0=39,0$. Сыпь еще видна.

Въ зѣвѣ некрозы увеличались. Сильный голось. Очень глухіе тоны сердца. 7-ой день t°—38,9. Некрозъ распространился еще больше, захватилъ мягкое небо. Foetor ex ore. Состояніе тяжелое. 8-ой день t°—38,4. Остатки сыпи еще видны. Некрозъ и железы въ прежнемъ положеніи. Появилось припуханіе лучезапястныхъ суставовъ. 9-ый день t°—39,5. Exitus letalis.

Вскрытіе. Angina et laryngitis necrotica. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Hyperplasia lienis septica. Degeneratio adiposa hepatis. Scarlatina.

Печень, сильно увеличенная, съ закругленными краями, вѣсомъ 1155 gr. буроватокраснаго цвѣта, мѣстами съ желтыми пятнами на своей поверхности. Рисунокъ на разрѣзѣ не совсѣмъ ясенъ. Ткань печени мягковата.

Желчный пузырь величиной 15 × 8 см. наполненъ жидкой желчью, хорошо сократился по вскрытіи.

При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна, расположеніе кѣтокъ въ балки правильное. Вены и капилляры сильно расширены, наполнены по большей части красными кровяными шариками. Вокругъ сосудовъ порядочно соединительной ткани. Портальные пространства порядкомъ инфильтрованы, вокругъ и вдоль сосудовъ скопленія круглыхъ кѣтокъ.

При большомъ увеличеніи границы кѣтокъ по большей части плохо видны, кѣтки сливаются другъ съ другомъ. Протоплазма кѣтокъ мутна, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ, обыкновенно около сосудовъ по периферіи дольки, находится жиръ. Ядра кѣтокъ то хорошо видны, то отъ нихъ видна лишь тѣнь, изрѣдка и совсѣмъ отсутствуютъ; часто содержатъ жировыя капли. Капилляры и вены наполнены красными кровяными шариками, въ печеночныхъ же венахъ, кромѣ того, встрѣчаются и печеночныя кѣтки. Стѣнки венъ изрѣдка инфильтрованы; иногда встрѣчаются точечныя кровоизліянія. Въ стѣнкахъ артерій, изрѣдка гомогенно окрашенныхъ, мѣстами отсутствуютъ ядра. Портальные пространства инфильтрованы круглыми кѣтками; среди же скопленій круглокѣточныхъ элементовъ вокругъ сосудовъ встрѣчаются и продолговатые элементы. Соединительнотканная волокна немного

утолщены, среди круглокѣточныхъ скопленій проходятъ въ небольшомъ количествѣ.

Въ большинствѣ случаевъ этой группы тоже наблюдалось интензивное жировое перерожденіе, но лишь въ 6 случаяхъ жиръ находился почти во всѣхъ кѣткахъ печени, причемъ въ одномъ случаѣ въ однѣхъ долькахъ онъ наблюдался по периферіи, въ другихъ же долькахъ находился во всѣхъ ея кѣткахъ. Въ 8 случаяхъ жировое перерожденіе кѣтокъ локализовалось по периферіи долекъ, главнымъ образомъ, вокругъ портальныхъ пространствъ. Почти въ половинѣ случаевъ данной группы наблюдалось неправильное расположеніе печеночныхъ кѣтокъ, то собиравшихся въ кучки, то располагавшихся и совсѣмъ безъ всякаго порядка. Въ четырехъ случаяхъ встрѣтились некротическіе участки, въ одномъ—распадъ кѣтокъ; въ трехъ же другихъ случаяхъ наблюдались печеночныя кѣтки съ нѣсколькими ядрами. Сильное скопленіе круглокѣточныхъ элементовъ и инфильтрація портальныхъ пространствъ были въ половинѣ случаевъ, причемъ среди круглокѣточныхъ скопленій нерѣдко можно было замѣтить продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань наблюдалась въ нѣсколько увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ, причемъ волокна ея въ нѣкоторыхъ случаяхъ какъ будто были нѣсколько утолщены. Въ нѣсколькихъ случаяхъ волокна соединительной ткани мѣстами были видны вдоль капилляровъ, иногда охватывая собой отдѣльныя кѣтки. Во многихъ случаяхъ этой группы была поражена сосудистая система. Вены во всѣхъ случаяхъ, какъ и въ предыдущей группѣ, были расширены; въ нѣкоторыхъ венахъ наблюдалась инфильтрація стѣнокъ, въ двухъ случаяхъ цѣлость стѣнки была нарушена и видно было кровоизліяніе въ паренхиму печени. Точечныя кровоизліянія наблюдались въ двухъ случаяхъ. Печеночныя кѣтки въ просвѣтѣ венъ встрѣчались одиночными. Сильное расширеніе капилляровъ наблюдалось въ трехъ случаяхъ, тогда какъ въ другихъ они мѣстами были расширены, мѣстами сужены. Въ двухъ случаяхъ

въ просвѣтъ многихъ капилляровъ были находимы эмболы, состоявшіе изъ кокковъ. Стѣнки артерій часто мѣстами были безъ ядеръ, иногда гомогенно красились.

ГРУППА 3-ья.

Въ эту группу мной отнесено 11 случаевъ, начинаясь 15-го дня болѣзни по 55-ый день включительно. Для примѣра привожу слѣдующіе два случая.

Случай № 23.

Клавдія К., 2 года 3 мѣс. Смерть на 17-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Erythema gyratum. Pneumonia catarrhalis sinistra.*

Краткая исторія болѣзни. Дѣвочка внезапно заболѣла жаромъ и рвотой, на 2-ой день болѣзни появилась сыпь. На 3-ий день поступила въ больницу съ t° —40,0. Обильная мелкоточечная сыпь, яркая гиперемія зѣва, вялое состояніе. На 5-ый день болѣзни сыпь была еще видна, t° —38,7. Въ зѣвѣ появился некрозъ. Общее состояніе удовлетворительно. 7-ой день t° —39,1. Остатки сыпи. Некрозъ съ миндалинъ распространяется на мягкое небо. Состояніе стало тяжелѣе. 9-ый день t° —38,8. Некрозы держатся. Шелушеніе. 11-ый день t° —39,1. Слѣва на шеѣ сильно увеличились железы, плотны и болѣзненны. Пульсъ сталъ хуже. Состояніе становится слабѣе. 12-ый день t° —39,8. Железы и некрозъ держатся. Въ лѣвомъ легкомъ дыханіе съ бронхіальнымъ отдѣнкомъ. 14-ый день t° —39,5. Железы въ глубинѣ немного флюктуируютъ. На мѣстѣ бронхіальнаго дыханія мелкіе влажные хрипы. 16-ый день t° —39,0. Въ лѣвомъ легкомъ мелкіе хрипы, у угла правой лопатки бронхіальное дыханіе. Лимфаденитъ держится. Пульсъ частъ, слабъ. Общее состояніе очень тяжелое. 17-ый день t° —39,3. Сильная одышка, плохой пульсъ. Exitus letalis.

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa acuta myocardii. Bronchitis purulenta acuta. Pneumonia catarrhalis loborum inferiorum pulmonum utriusque. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 455 гр., красноватобуроватаго цвѣта, не имѣетъ на своей поверхности обыкновенно встрѣчающихся желтыхъ пятенъ. Рисунокъ на разрѣзѣ виденъ. Ткань на ощупь немного плотновата.

Длина желчнаго пузыря 7 ст., ширина 2 ст. Пузырь наполненъ жидковатой желчью, хорошо сокращается.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна довольно ясно, клѣтки расположены въ балки довольно правильно. Узловъ видно много, все по периферіи долекъ, ввидѣ инфильтрованныхъ порталныхъ пространствъ ископленій круглоклѣточныхъ элементовъ, направляющихся отсюда вдоль сосудовъ. Въ узлахъ видна въ порядочномъ количествѣ соединительная ткань. Вены расширены, то пусты, то наполнены красными кровяными тѣльцами; въ нѣкоторыхъ венахъ встрѣчаются печеночныя клѣтки. Капилляры тоже расширены и набиты красными и отчасти бѣлыми кровяными тѣльцами. Въ центральныхъ частяхъ долекъ вокругъ центральныхъ венъ наблюдается въ клѣткахъ сильное скопленіе жира.

При большемъ увеличеніи границы клѣтокъ сливаются, протоплазма ихъ мутна; клѣтки увеличены въ размѣрахъ. Въ центральныхъ частяхъ долекъ наблюдается обиліе жира въ клѣточной протоплазмѣ, тогда какъ въблизи порталныхъ пространствъ жиръ наблюдается лишь ввидѣ мелкихъ капель. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ около центральныхъ венъ жиръ занимаетъ почти всю ее, остатки же протоплазмы почти не окрашены. Ядра клѣтокъ, то видны довольно ясно, то отчасти, главнымъ образомъ въблизи центральныхъ венъ, заняты жировыми каплями, а то и совсѣмъ отсутствуютъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ подъ Глиссоновой капсулой наблюдалось по 4—5 ядеръ. Мѣстами клѣтки располагаются въ балки въ два—три ряда. Въ узлахъ видно скопленіе

круглоклеточных элементов въ не особенно большомъ количествѣ и среди нихъ часто встрѣчаются продолговатые элементы. Соединительная ткань видна ввидѣ довольно толстыхъ волоконъ, причѣмъ встрѣчаются цѣлыя тяжи ея, направляющіеся въ глубину долекъ. Вены расширены, то пусты, то содержатъ въ себѣ красныя и бѣлыя кровяныя шарикки. Капилляры въ центральныхъ частяхъ долекъ, гдѣ наблюдается сильное жировое перерожденіе, расширены и по большей части пусты. Въ артеріяхъ иногда мышечная оболочка и интима окрашены гомогенно, въ наружной же оболочкѣ наблюдается инфильтрація бѣлыми кровяными тѣльцами. Мѣстами въ стѣнкахъ артерій не видно ядеръ. Глиссонова капсула утолщена и мѣстами инфильтрована.

Случай № 30.

Василій Н. 2 года 6 мѣс. Смерть на 26-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Lymphadenitis et periaadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Otitis media purulenta acuta sinistra. Erythema haemorrhagicum. Scarlatina. Sepsis.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ, болью въ горлѣ и рвотой. Въ тотъ же день поступилъ въ больницу при t° —40, съ точечной сыпью и гипереміей зѣва. 2-ой день t° —38,0. Сыпь держится. 3-ій день t° —39,2. Сыпь ярче, маркіе налеты на миндалинахъ. Впрынуто 200 к. с. противоскарлатинозной сыворотки Московскаго Университета. 4-ый день t° —38,1. Безъ особыхъ перемѣнъ. 5-ый день t° —38,7. Опухоль шейныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. Некрозъ зѣва. 7-ой день t° —38,5. Сыпь темнѣетъ. Слѣва на шеѣ периаденитъ. 9-ый день t° —39,2. Опухоль на шеѣ больше. 11-ый день t° —37,8. Общее вялое состояніе. 13-ый день t° —36,9. Сдѣлана инцизія на шеѣ. 14-ый день t° —39,0. На мѣстѣ разрѣза омертвѣніе клетчатки. 16-ый день t° —37,0. Тяжелое общее состояніе. 19-ый день t° —37,8. Явленія бронхита. 21-ый день t° —38,1. На туловищѣ появилась эритема. 23-ій день t° —38,5. Эритема стала геморрагической.

25-ый день t° —39,6. Sepsis. 26-ой день омертвѣніе кожи около раны. Вечеромъ exitus letalis.

Вскрытіе. Lymphadenitis et periaadenitis colli bilaterales. Incisio colli bilateralis. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Pneumonia hypostatica. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Scarlatina.

Печень, вѣсомъ 555 gr, увеличена, края ея закруглены, цвѣтъ желтоватобурый. На поверхности ея въ небольшомъ количествѣ небольшія желтаго цвѣта пятна различной формы. На разрѣзѣ рисунокъ не ясенъ. Ткань печени мягковата.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна довольно ясно, расположеніе балокъ радиарное. Сильная инфильтрація круглоклеточными элементами портальныхъ пространствъ и по периферіи долекъ. Жировыя клетки въ большомъ количествѣ по периферіи долекъ, особенно вокругъ портальныхъ пространствъ. Соединительная ткань въ увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ и окружаетъ отдѣльныя дольки, проходя среди круглоклеточныхъ скопленій. Тяжи соединительной ткани направляются также отъ Глиссоновой капсулы вглубь печени. Вены расширены и наполнены кровью, капилляры же почти не расширены. Глиссонова капсула утолщена и инфильтрована.

При большомъ увеличеніи границы клетокъ неясно видны, протоплазма ихъ мутна. Въ периферическихъ частяхъ долекъ протоплазма содержитъ въ себѣ большей или меньшей величины жировыя капли, которыя въ клеткахъ, лежащихъ вокругъ портальныхъ пространствъ, нерѣдко заполняютъ собой сплошь всю ее. Расположеніе клетокъ въ правильныя балки въ жировомъ поясѣ нарушено. Ядра то видны ясно, то ввидѣ тѣни; въ жировомъ же поясѣ обычно отсутствуютъ или содержатъ жировыя капли. Портальныя пространства обычно сильно инфильтрованы круглыми клетками, среди которыхъ нерѣдко видны и продолговатые ядерные элементы. Въ портальныхъ пространствахъ видны наряду съ желчными каналцами скопленія клетокъ, напоминающія новообразованные желчные ходы. Скопленіе круглыхъ клетокъ

тянется отъ порталныхъ пространствъ между дольками печёни среди жирноперерожденныхъ клѣтокъ. Тутъ тоже нерѣдко видны продолговатые элементы. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ безъядерныхъ волоконъ окружаетъ сосуды и идетъ среди круглыхъ элементовъ вокругъ долекъ. Тяжи толстыхъ соединительнотканыхъ волоконъ идутъ также внутрь печени отъ Глиссоновой капсулы. Вены расширены, наполнены кровью. Стѣнки ихъ иногда инфильтрованы, въ просвѣтѣ ихъ изрѣдка встрѣчаются печеночныя клѣтки. Стѣнки артерій плохо окрашиваются. Глиссонова капсула утолщена, подъ ней наблюдается скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ.

Интензивное жировое перерожденіе въ случаяхъ этой группы встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ въ двухъ предыдущихъ группахъ. Такъ, перерожденіе всѣхъ клѣтокъ долекъ встрѣтилось только одинъ разъ, въ трехъ случаяхъ интензивное жировое перерожденіе локализовалось или по периферіи долекъ вблизи порталныхъ пространствъ или вокругъ центральныхъ венъ, въ 6 же случаяхъ жировое перерожденіе было выражено очень мало, въ одномъ случаѣ жира почти не наблюдалось. Расположеніе печеночныхъ клѣтокъ было почти вездѣ правильнымъ, некрозы клѣтокъ встрѣтились въ двухъ случаяхъ. Привлекаютъ вниманіе въ случаяхъ данной группы измѣненія со стороны соединительной ткани. Кромѣ того, что она наблюдается въ нѣсколько увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ, очень часто видны отпрыски ея вглубь долекъ по капиллярамъ; въ только что описанномъ случаѣ она наблюдалась даже вокругъ долекъ и цѣлыя тяжи ея шли отъ Глиссоновой капсулы внутрь печени. Немало ея видно и среди скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ, которыя наблюдаются въ случаяхъ данной группы то въ порядочномъ количествѣ, то въ значительно меньшемъ. Въ одномъ случаѣ наблюдалось скудное количество круглоклѣточныхъ элементовъ среди большого количества соединительной ткани. Среди круглыхъ элементовъ въ большомъ количествѣ видны и продолгова-

тые ядерные элементы. Вены, какъ и въ двухъ другихъ группахъ, сильно расширены, печеночныя клѣтки въ просвѣтѣ ихъ встрѣтились въ четырехъ случаяхъ ввидѣ одиночныхъ клѣтокъ. Въ одномъ случаѣ просвѣты венъ были закрыты большей частью бѣлыми, изрѣдка красными, тромбами. Стѣнки венъ иногда были инфильтрованы. Капилляры то расширены, то нѣтъ. Въ одномъ случаѣ они были затромбозированы бѣлыми кровяными тѣльцами, въ двухъ другихъ въ просвѣтахъ ихъ находились эмболы, состоящія изъ коковокъ. Въ большинствѣ случаевъ въ стѣнкахъ артерій мѣстами отсутствовали ядра, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ ядра бывали четкообразны. Иногда стѣнки артерій были инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами, изрѣдка замѣчалась однородная окраска стѣнокъ или же онѣ плохо воспринимали ее. Въ двухъ случаяхъ наблюдалось разращеніе эпителия желчныхъ ходовъ и, возможно, образованіе новыхъ желчныхъ канальцевъ.

И такъ, изъ разсмотрѣнія вышеуказанныхъ трехъ группъ можно видѣть, что измѣненія въ печени находятся въ связи съ временемъ, втеченіи котораго продолжалась болѣзнь. Такъ, когда инфекция настолько сильна, что больной погибаетъ втеченіи первыхъ двухъ дней, измѣненія въ печени выражаются, главнымъ образомъ, въ жировомъ перерожденіи ея клѣтокъ и расширеніи венъ и капилляровъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда организмъ погибаетъ не сразу, а втеченіи нѣкотораго времени борется съ инфекціей—случаяхъ второй группы—наступаютъ наибольшія измѣненія въ печени. Хотя жировое перерожденіе въ этихъ случаяхъ не всегда бываетъ такое обширное, какъ въ предыдущей группѣ, зато здѣсь часто наблюдается неправильное расположеніе клѣтокъ, некрозы ихъ и даже распадъ. Съ другой же стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ этой же группы были находимы печеночныя клѣтки со многими ядрами. Сильныя измѣненія находимы и въ сосудистой системѣ вплоть до разрывовъ стѣнокъ венъ и точечныхъ кровоизліяній въ паренхиму печёни. Среди случаевъ

этой же группы встрѣчаются и эмболіи. Въ артеріяхъ стѣнки плохо красятся, иногда инфильтрованы и часто мѣстами безъ ядеръ. Среди скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ начинаютъ встрѣчаться и продолговатые ядерные элементы. Волокна соединительной ткани какъ будто въ большемъ количествѣ и изрѣдка встрѣчаются вдоль по капиллярамъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни становится все меньше и меньше жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ и уже значительно рѣже оно выступаетъ на первый планъ. Измѣненія въ сосудахъ остаются прежними, хотя кровоизліяній больше не наблюдается. Круглоклѣточные скопленія то попрежнему бываютъ обильны, то состоятъ изъ скуднаго количества круглыхъ элементовъ, но всегда среди нихъ немало и продолговатыхъ ядерныхъ элементовъ. Соединительная же ткань въ позднихъ случаяхъ часто видна не только вокругъ сосудовъ, но ввидѣ отпрысковъ по капиллярамъ, иногда же тяжи ея идутъ отъ Глиссоновой капсулы или видны вокругъ долекъ.

Такимъ образомъ, въ печени, отвѣчающей на сильную инфекцію интензивнымъ жировымъ перерожденіемъ, въ случаяхъ, когда болѣзнь протекаетъ втеченіи болѣе долгаго времени, наблюдается, повидимому, разрастаніе соединительной ткани по сосудахъ ея.

Вліяніе осложненийъ.

Разобравъ измѣненія въ печени въ зависимости отъ дней болѣзни, я считаю нужнымъ разобрать ихъ и въ зависимости отъ чистоты инфекціи. Чистыхъ случаевъ скарлатины, т. е. такихъ, въ которыхъ не было ни одного изъ обычныхъ скарлатинозныхъ осложненийъ, было всего два: одинъ на второй день болѣзни, другой на шестой день (№ 2, 10). Въ обоихъ этихъ случаяхъ жиръ можно было констатировать почти во всѣхъ печеночныхъ клѣткахъ, причемъ расположеніе клѣтокъ было правильнымъ. Ядра во многихъ клѣткахъ хуже окрашивались, содержали жиръ или даже отсутствовали. Количество узловъ изъ круглыхъ элементовъ

и въ томъ и въ другомъ случаѣ было порядочное. Среди этихъ скопленій иногда были видны печеночныя клѣтки съ нѣсколькими ядрами, въ одномъ же случаѣ ядро было въ стадіи экваторіальной пластинки. Соединительная ткань и сосуды рѣзкихъ измѣненій не представляли. Глиссонова капсула нѣсколько утолщена и мѣстами инфильтрована бѣлыми кровяными шариками. Кромѣ этихъ двухъ случаевъ чистой скарлатины было еще два случая чистой скарлатины въ сочетаніи одинъ разъ съ катаральной пневмоніей (№ 5) и одинъ разъ съ сухимъ плевритомъ (№ 7) съ летальнымъ исходомъ на 4-й и 5-ые дни болѣзни. Во всѣхъ этихъ случаяхъ были обильныя скопленія круглыхъ элементовъ, особенно въ случаѣ съ пневмоніей, причемъ одинъ разъ были найдены многоядерныя клѣтки. Жировое перерожденіе, во всѣхъ случаяхъ несильное, при пневмоніи наблюдалось вокругъ центральныхъ венъ. Инфильтрація порталныхъ пространствъ въ случаѣ плеврита несильная. Капилляры въ обоихъ случаяхъ пневмоніи и плеврита содержали въ себѣ большое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Случаевъ скарлатины, осложненной острымъ нефритомъ, было четыре (№ 21, 24, 29, 32), изъ нихъ самый ранній на 13-й день (№ 21). Какихъ либо общихъ всѣмъ этимъ случаямъ измѣненій подмѣтить не удалось; тѣ же измѣненія, которыя были найдены, скорѣе зависѣли отъ продолжительности самой болѣзни, а не нефрита. Точно также измѣненія, наблюдавшіяся въ печени при другихъ обычныхъ для скарлатины осложненияхъ, а также при присоединеніи какихъ либо вторичныхъ заболѣваній, находились скорѣе въ связи съ періодомъ болѣзни, а не тѣми или другими осложнениями.

Случаевъ съ септикопэмическими явлениями было семь: одинъ на 5-й день болѣзни (№ 9), три во вторую половину второй недѣли (№ 21, 22, 19) и три во вторую половину четвертой недѣли (№ 27, 28, 30). Жировое перерожденіе почти всѣхъ клѣтокъ печеночныхъ долекъ было выражено лишь на 5-й день болѣзни (№ 9), довольно сильно въ трехъ случаяхъ второй недѣли и одномъ четвертой (№ 30); въ двухъ же остальныхъ случаяхъ

четвертой недѣли жира было мало. Не совсѣмъ правильное расположеніе клѣтокъ наблюдалось въ случаяхъ второй недѣли, совершенно же беспорядочное расположеніе было на 5-й день болѣзни; въ остальныхъ случаяхъ клѣтки располагались правильно. Порядочное количество скопленій кругоклѣточныхъ элементовъ и сильная инфильтрація порталныхъ пространствъ было въ четырехъ случаяхъ: на 5-й день, въ двухъ случаяхъ второй недѣли (№ 21, 22) и одномъ четвертой (№ 30). Разростаніе соединительной ткани наблюдалось въ пяти случаяхъ, причемъ уже на 5-й день болѣзни отпрыски ея шли по капиллярамъ и мѣстами даже охватывали отдѣльныя печеночныя клѣтки или цѣлыя группы ихъ (№ 9). На 26-ой же день болѣзни были видны цѣлыя тяжи ея, идущіе отъ Глиссоновой капсулы и направляющіеся вокругъ долекъ (№ 30). Измѣненія въ артеріяхъ выражались въ слѣдующемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ стѣнкахъ ихъ мѣстами отсутствовали ядра, въ одномъ мѣстами стѣнки гомогенно красились. Вены были расширены, въ двухъ случаяхъ стѣнки ихъ были инфильтрованы бѣлыми кровяными шариками, въ одномъ разрушены, причемъ наблюдалось кровоизліяніе въ паренхиму. Въ двухъ случаяхъ просвѣты капилляровъ мѣстами были закрыты эмболами, состоящими изъ кокковъ, иногда располагавшихся ввидѣ цѣпочекъ (№ 19, 27).

Такимъ образомъ, видимо, лишь присоединеніе сепсиса оказываетъ нѣкоторое вліяніе на измѣненія въ печени при скарлатинѣ.

Измѣненія желчныхъ пузырей.

Желчные пузыри на аутопсіи или представлялись неизмѣненными, или же бывали увеличены, причемъ нерѣдко выстояли изъ за края печени на 2—4 поперечныхъ пальца, хорошо сокращаясь по вскрытіи ихъ до своихъ обычныхъ размѣровъ. Такіе увеличенные въ своихъ размѣрахъ пузыри содержали обычно въ большомъ количествѣ жидкую зеленовато-желтаго цвѣта желчь. Находящіяся въ воротахъ печени лимфатическія железки не представлялись увеличенными.

Всего измѣрено мной 20 такихъ увеличенныхъ пузырей; размѣры ихъ видны изъ слѣдующей таблицы.

Длина.	Ширина	День бол.	Возр.	Краткія клиническія свѣденія.
5 ¹ / ₂ ст.	2 ст.	7-ой	6 мѣс.	Тяжел. сост. некрозъ Enterocolit.
6 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	2-ой	3 г.	Тяж. сост. Сестра одновр. ум. отъ скарл.
6 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	25-ый	4 г.	Ang. necr. Otit. pur. Polyarthr. Pyaemia.
7	2	17-ый	2 г.	Тяж. сост. обширн. некр. Lymph. collii pur.
7	2	9-ый	1 г. 9 м.	Высокая темп.; некрозы.
7 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	22-ой	1 г. 6 м.	Ціанот. сыпь, некр. Otit. pur. Mastoid.
7	3	2-ой	5 л.	Высок. темп. Тяж. сост. Впрысн. сывор.
7	3	8-ой	2 г.	Тяж. сост. Ang. necr.
7	3	5-ый	8 л.	Геморраг. сыпь. Тяж. сост.
7	3 ¹ / ₂	6-ой	4 г.	Гем. сыпь. Тяж. сост. Парал. мягк. неба.
7	3 ¹ / ₂	5-ый	4 г.	Ціанот. сыпь. Некрозъ. Безсозн. сост.
7 ¹ / ₂	2	9-ый	1 г. 4 м.	Тяж. сост. Некрозъ носоглотки. Высок. т ^о .
8	2	2-ой	6 л.	Тяж. сост. Высок. т ^о . Введена сывор.
8	3	10-ый	7 ¹ / ₂ л.	Гем. сыпь. Обширн. некр. Парал. м. неба.
9	6	6-ой	11 л.	Геморр. сыпь. Некрозъ. Безсозн. сост.
10	4 ¹ / ₂	5-ый	10 л.	Высок. т ^о . Некрозъ Periaiden. Безсозн. сост.
13 ¹ / ₂	4	13-ый	2 г. 9 м.	Некр. Periaidenit. Synovitis.
14	7	24-ый	13 л.	Otit. pur. Lymph. pur. Icterus. Neph. haem.
15	8	9-ый	7 л.	Тяж. сост. Ang. et laryng. necr. Arthrit.
19	6 ¹ / ₂	14-ый	4 г.	Синюшн. сыпь; обширн. некрозъ. Sepsis.

Изъ только что приведенной таблицы видно, что увеличеніе пузырей наблюдалось главнымъ образомъ въ случаяхъ, окончившихся летально втеченіи первыхъ двухъ недѣль болѣзни. При разсматриваніи же исторій болѣзни дѣтей, у которыхъ на вскрытіи были найдены увеличенные пузыри, обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что увеличеніе это наблюдалось почти исключительно въ случаяхъ, протекавшихъ тяжело, часто съ сыпями цианотическаго и геморрагическаго характера, обширными некротическими поражениями зѣва и носоглотки, а также и съ другими сильно выраженными скарлатинозными осложнениями.

Для представленія о микроскопическихъ измѣненіяхъ въ стѣнкахъ желчнаго пузыря приведу описаніе слѣдующаго случая № 35.

Геннадій К. 13 лѣтъ. Смерть на 24-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Otitis bilateralis perforativa. Lymphadenitis colli purulenta sinistra. Enterocolitis acuta. Icterus. Nephritis haemorrhagica.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ сразу жаромъ, рвотой и болью въ горлѣ. Въ тотъ же день выпала сыпь, а на слѣдующій день больной былъ доставленъ въ больницу съ t° 39,8; мелкоточечной сыпью и гипереміей зѣва. 4-ый день t° 40,1. Яркая сыпь, на миндалинахъ маркіи сплошной налетъ; припухлость железъ. Бредъ; состояніе тяжелое. 5-ый день t° 39,5. Угнетенное сознаніе, налітіе конъюнктивъ. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. 7-ой день t° 38,5. Течь изъ ушей сукровичная, тяжелое состояніе. 10-ый день t° 36,3. Гиперемія зѣва, течь изъ ушей, вялая психика. Железы слѣва увеличились. 15-ый день t° 37,6. Флюктуация лѣвой шейной железы. 18-ый день. Incisio железы. Изъ уха выдѣлилась одна изъ слуховыхъ косточекъ. 22-ой день t° 37,4. Бѣлокъ и форменные элементы въ мочѣ. 23-й день t° 37,1. Желтуха, сильное увеличеніе размѣровъ сердца. Тяжелое состояніе. 24-ый день. Рѣзкая желтуха. Кровотеченіе изъ ушей и полости рта; t° 36,4°. Exitus letalis.

Вскрытіе. Icterus. Lymphadenitis colli bilateralis acuta. Otitis bilateralis. Necrosis ossium tempor. Angina necrotica. Degeneratio adi-

posa cordis. Petrificatio glandul. peribronch. Hyperaemia lobor. inferiorum. Haemorrhagiae subpleurales. Hyperplasia acuta lienis. Nephritis haemorrhag. Haemorrhagiae mucosae ventriculi.

Печень, вѣсомъ 1150 gr., красновато-буроватаго цвѣта съ яснымъ рисункомъ на разрѣзѣ, макроскопически измѣненій не представляетъ.

Желчный пузырь сильно выдается изъ за края печени величиной 14×7 ст. По вскрытіи изъ него вытекла желтовато-зеленоватая жидкая желчь, послѣ чего пузырь хорошо сократился.

Микроскопическая картина стѣнокъ желчнаго пузыря состояла въ слѣдующемъ. Стѣнка при маломъ увеличеніи была утолщена, ткань ея разрыхлена, плохо окрашена, ядеръ волоконъ почти не видно. Эпителий слизистой отслоенъ то ввидѣ пластовъ, то отдѣльныхъ клѣтокъ, ядра его плохо или совсѣмъ не окрашены. Въ сосудахъ, стѣнки которыхъ видны не особенно ясно, просвѣтъ заполненъ массой, хорошо окрашивающейся гематоксилиномъ. При большомъ увеличеніи соединительная ткань разрыхлена, волокна ея отечны, плохо воспринимаютъ окраску; точно также отечны и неинтензивно красятся и мышечныя волокна, ядра же часто и совсѣмъ не окрашены. Стѣнки артерій плохо воспринимаютъ окраску, ядра ихъ видны довольно ясно. Въ просвѣтахъ венъ и капилляровъ масса эмболовъ изъ кокковъ, очень часто располагающихся ввидѣ цѣпочекъ. Микрококки эти также видны и между волокнами стѣнокъ пузыря.

Во всѣхъ остальныхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ (№ 11, 12, 17, 22) стѣнки желчнаго пузыря тоже были утолщены и разрыхлены, соединительнотканная и мышечныя волокна отечны, плохо окрашивались. Ядра ихъ часто и совсѣмъ не окрашивались, въ другихъ же случаяхъ окрашивались плохо. Эпителий слущенъ. Сосуды нѣсколько измѣнены, стѣнки артерій плохо окрашивались, ядра ихъ иногда едва были замѣтны.

Такимъ образомъ, можно видѣть, что при увеличеніи желчнаго пузыря при скарлатинѣ мы имѣемъ дѣло съ отекомъ его.

Подводя итогъ разбору нашихъ случаевъ, увидимъ, что мною, также какъ и большинствомъ авторовъ, наблюдались измѣненія какъ въ клѣткахъ печени, такъ и въ интерстиціальной ея ткани и сосудистой системѣ. Главныя клѣточные измѣненія, кромѣ бѣлковаго перерожденія, заключались въ сильномъ жировомъ перерожденіи ихъ, что наблюдалось и многими другими авторами, причемъ наиболѣе пораженныя клѣтки находились обычно вокругъ порталныхъ пространствъ и вблизи венъ—фактъ, отмѣченный Roger et Garnier, а затѣмъ Benard'омъ. Жировое перерожденіе клѣтокъ можетъ наблюдаться при скарлатинѣ не только съ 5—6-го дня ея, какъ полагали Roger et Garnier, но даже, какъ это видно изъ моихъ случаевъ, можетъ быть ясно выражено при летальномъ исходѣ уже на 2-ой день болѣзни. Кромѣ жирового перерожденія мной наблюдались и некрозы клѣтокъ, описанные Baginsky, а также Crooke, Markuse, Bingel'emъ и Roger et Garnier, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ некротическіе участки были пронизаны лейкоцитами. Во многихъ моихъ случаяхъ расположеніе печеночныхъ клѣтокъ было неправильнымъ. Хотя Гундобинъ и Ковальскій указываютъ, что радиарное расположеніе печеночныхъ клѣтокъ у дѣтей, особенно до 2 лѣтъ, бываетъ не всегда ясно выражено и лишь съ 8-ми лѣтъ печень ребенка не отличается отъ печени взрослого, я всетаки полагаю, что въ большинствѣ моихъ случаяхъ имѣлось дѣло съ явленіемъ патологическимъ во первыхъ потому, что неправильное расположеніе печеночныхъ клѣтокъ наблюдалось не только въ возрастѣ до двухъ лѣтъ, но и старше восьми лѣтъ, съ другой же стороны и потому, что аналогичныя явленія были описаны при скарлатинѣ и у взрослыхъ (Roger et Garnier, Benard). Измѣненія со стороны интерстиціи состояли въ сильной инфильтраціи соединительной ткани порталныхъ пространствъ, продолжавшейся отсюда по сосудамъ, фактъ, отмѣченный почти всеми авторами. Инфильтрація эта наблюдалась мной, такъ же какъ и Klein'омъ, во всехъ случаяхъ, начиная со второго дня болѣзни, но степень ея по моимъ наблюденіямъ не зависѣла отъ тяжести болѣзни, какъ полагалъ Klein,

за исключеніемъ случаевъ септическихъ, гдѣ она была выражена почти всегда очень сильно, такъ же какъ не зависѣла она и отъ сочетанія скарлатины съ другими болѣзнями, на что указывалъ Crooke. Что инфильтрація эта есть явленіе патологическое, отличное отъ находящихся обычно въ печени дѣтей круглоклѣточныхъ скопленій, говорить уже тотъ фактъ, что во многихъ случаяхъ Benard'a, Roger et Garnier, а также и моихъ, инфильтрація эта достигала такой степени, что порталныя пространства становились прямо неузнаваемыми и легко могли быть приняты за инфекціонныя узелки, найденныя Wagner'омъ въ одномъ случаѣ скарлатины. Изъ 34 своихъ случаевъ я лишь два раза наблюдалъ такія образованія, которыя можно было бы назвать инфекціонными узелками. Лежали онѣ въ паренхимѣ дольки между периферіей ея и центральной веной, ближе къ первой, и представляли скопленія круглыхъ клѣтокъ, среди которыхъ были видны печеночныя клѣтки съ нѣскольکو хуже окрашенными ядрами. Это не были некротическіе участки печени вторично замѣщенные лейкоцитами, каковыя считались Roger et Garnier за инфекціонныя узелки; вѣроятно, это были тѣ лимфомы, которыя по наблюденію Markuse, изучавшаго ихъ на рядѣ послѣдовательныхъ срѣзовъ, имѣютъ непосредственную связь съ околососудистыми скопленіями круглоклѣточныхъ элементовъ. Такимъ образомъ, какихъ либо особыхъ скопленій лимфоидныхъ элементовъ кромѣ пронизанныхъ лейкоцитами некротическихъ участковъ, сильно инфильтрованныхъ порталныхъ пространствъ, а также лимфомъ, являющихся по Markuse продолженіемъ околососудистой инфильтраціи, нигдѣ кромѣ Wagner'a не наблюдалось, ввиду чего можно вполне согласиться съ Escherich'омъ и Schick'омъ, что находка Wagner'a до сихъ поръ не подтверждена. Что касается соединительной ткани печени, то мной, также какъ и большинствомъ авторовъ, наблюдалось нѣкоторое разрастаніе ея, главнымъ образомъ, на мѣстѣ круглоклѣточныхъ скопленій, причемъ по моимъ наблюденіямъ разрастаніе это происходитъ въ случаяхъ болѣе позднихъ, при присоединеніи же sepsis'a оно достигаетъ гораздо большихъ размѣровъ, съ чѣмъ невольно

хочется сопоставить сильное разрастаніе соединительной ткани печени при экспериментальных работах подь влияніемъ какъ зараженія ея стрептококкомъ (Злобинъ), такъ и введенія лишь его токсина (Bjorksten). Кстати сказать, дегенеративныя измѣненія печени при скарлатинѣ, во многомъ напоминаютъ картину измѣненій, полученную только что указанными авторами экспериментальнымъ путемъ. Первыми привлекавшими вниманіе сосудистыми измѣненіями во веѣхъ моихъ случаяхъ, также какъ у Benard'a и Roger et Garnier, было сильное расширеніе венъ и капилляровъ, причѣмъ въ просвѣтахъ послѣднихъ въ четырехъ случаяхъ мною были найдены эмболіи изъ кокковъ; эмболіи эти мной, также какъ и Sörgensen'омъ, наблюдались лишь со второй недѣли болѣзни и въ половинѣ случаевъ встрѣтились при осложненіи sepsis'омъ. Кромѣ того, мной неоднократно наблюдалось присутствіе печеночныхъ клѣтокъ въ просвѣтѣ печеночныхъ венъ. Клѣтки эти то съ сохранившимися ядрами, то безъ нихъ, часто съ жировыми каплями въ протоплазмѣ, ясно видными на осьмированныхъ срѣзахъ, находились въ просвѣтахъ венъ или по одиночкѣ или ввидѣ группъ и были настолько тѣсно перемѣшаны съ элементами крови, что отпадало всякое сомнѣніе въ возможности попаданія ихъ механическимъ путемъ. Самый фактъ нахождения печеночныхъ клѣтокъ въ венахъ печени, наблюдавшійся при скарлатинѣ лишь мной, не представляетъ чего либо новаго. Такъ, еще въ 1886 году Iürgenson описалъ нахожденіе ихъ въ капиллярахъ печени при delirium tremens, впоследствии онѣ были найдены въ венахъ печени при эклампсiи Klebs'омъ, Lubarsch'емъ, Schmorl'емъ. Кусковъ же наблюдалъ при холерѣ и инфлуэнцѣ присутствіе печеночныхъ клѣтокъ не только въ печеночныхъ венахъ, но и въ вѣтвяхъ воротной вены, что по мнѣнію Schmorl'a уже надо считать за артефактъ. Такъ какъ многіе авторы, находившіе печеночныя клѣтки въ венахъ печени, одновременно видѣли эти клѣтки и въ сосудахъ другихъ органовъ, именно легкихъ (Кусковъ, Iürgenson, Lubarsch), почкахъ (Klebs, Schmorl, Lubarsch), сердца (Кусковъ, Iürgenson, Schmorl), мозгу (Klebs, Schmorl), надпочечникахъ (Klebs), куда онѣ могли быть занесены,

лишь попавъ при жизни изъ печеночныхъ венъ въ общій токъ кровообращенія, то станетъ вполне яснымъ, что присутствіе этихъ клѣтокъ въ печеночныхъ венахъ никоимъ образомъ не можетъ быть сочтено за артефактъ. Какимъ образомъ попадаютъ эти клѣтки въ вены сказать опредѣленно трудно, но тотъ фактъ, что онѣ встрѣчаются обычно тамъ, гдѣ при существованіи некрозовъ и кровоизліяній печень, по мнѣнію Lubarsch'a, испытываетъ повышеніе внутрпеченочнаго давленія, заставляетъ предполагать согласно съ Кусковымъ, что онѣ попадаютъ изъ мѣстъ, гдѣ были некрозы и кровоизліянія черезъ разрушенныя стѣнки сосудовъ, что, какъ ему казалось, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ему и удавалось видѣть на препаратахъ. Предположеніе это вполне согласуется съ тѣми измѣненіями въ стѣнкахъ сосудовъ, которыя изрѣдка наблюдались Roger et Garnier и Benard'омъ, а въ нашихъ случаяхъ были очень часты и состояли въ набуханіи эндотелія венъ, инфильтраціи ихъ стѣнокъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ нарушеніи цѣлости этихъ стѣнокъ съ кровоизліяніемъ въ окружающую ткань; кромѣ того, мной встрѣчались и точечныя кровоизліянія, произошедшія, вѣроятно, изъ поврежденныхъ мелкихъ сосудовъ. Поражены были стѣнки не только венъ, но даже и артерій ввидѣ набуханія эндотелія ихъ, гомогенной окраски и отсутствія мѣстами ядеръ. Такъ какъ аналогичныя измѣненія сосудовъ наблюдались другими авторами, изучавшими на томъ же трупномъ матеріалѣ, которымъ пользовался и я, пораженія другихъ органовъ при скарлатинѣ, именно Сухорѣцкимъ въ сосудахъ почки, Грегоромъ—надпочечникѣ и щитовидной железнѣ, Селиновымъ въ сердцѣ, то цѣловольно возникаетъ вопросъ о специфичности этихъ измѣненій для скарлатины. Работа же Коноплева, находившаго какъ въ центральныхъ, такъ и периферическихъ сосудахъ въ очень ранніе періоды болѣзни сильныя воспалительно-дегенеративныя измѣненія стѣнокъ ихъ, окончательно утверждаетъ насъ въ этомъ мнѣніи. Такимъ образомъ, скарлатинозный вирусъ, видимо, есть сильный сосудистый ядъ, вызывающій въ сосудахъ печени съ самаго начала болѣзни лишь расширеніе венъ, къ которому въ дальнѣй-

шемъ присоединяются измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ, съ послѣдующей околососудистой инфильтраціей, а затѣмъ и перерожденіемъ печеночныхъ клѣтокъ, главнымъ образомъ въ окружающихъ сосуды участкахъ, чѣмъ и объясняется описанный Benard'омъ «*type en cocarde intervertie*». Всѣ вышеописанныя измѣненія въ печени при скарлатинѣ могутъ наступать очень рано, въ моихъ случаяхъ многія изъ нихъ (расширеніе венъ и капилляровъ, скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ, жировое перерожденіе) наблюдались уже на вторыя сутки болѣзни; наибольшія же измѣненія происходили втеченіи первыхъ двухъ недѣль болѣзни, особенно въ концѣ первой и началѣ второй—время, когда часто кончаются летальнымъ исходомъ болѣе тяжелые случаи скарлатины. Въ случаяхъ, окончившихся смертію въ болѣе поздніе сроки болѣзни, дегенеративныя измѣненія паренхимы были выражены не такъ рѣзко, зато здѣсь наблюдалось разрастаніе соединительной ткани на мѣстѣ круглоклѣточныхъ скопленій. Такимъ образомъ, измѣненія въ печени при скарлатинѣ у дѣтей можно поставить въ зависимость какъ, главнымъ образомъ, отъ силы инфекціи, такъ отчасти и отъ продолжительности болѣзни.

Что касается вопроса о связи циррозовъ печени у дѣтей съ перенесеннымъ заболѣваніемъ скарлатиной, то я полагаю, что измѣненная вышеописаннымъ образомъ подъ вліяніемъ скарлатинознаго яда печень при наличности другихъ, вызывающихъ циррозъ, моментовъ будетъ представлять изъ себя благопріятную почву для его возникновенія.

Измѣненія же желчнаго пузыря при скарлатинѣ заключались макроскопически въ увеличенія его размѣровъ съ переполненіемъ желчью въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни, главнымъ образомъ втеченіи первыхъ двухъ недѣль ея, микроскопически же въ разрыхленіи и рѣзкой отечности тканей его стѣнокъ.

Въ заключеніе на основаніи своихъ изслѣдованій я считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующіе

В ы в о д ы:

1. При скарлатинѣ у дѣтей уже со 2-го дня болѣзни наблюдается жировое перерожденіе.
2. Степень дегенеративныхъ измѣненій въ печени вплоть до некрозовъ ея клѣтокъ стоитъ въ связи, главнымъ образомъ, съ силой инфекціи.
3. Въ случаяхъ позднихъ наблюдается нѣкоторое разрастаніе соединительной ткани, главнымъ образомъ, на мѣстѣ круглоклѣточныхъ скопленій.
4. Въ сосудахъ печени происходятъ воспалительно-дегенеративныя измѣненія, причемъ въ паренхимѣ печени встрѣчаются точечныя кровонзліянія.
5. Эмболіи изъ кокковъ наблюдаются въ капиллярахъ печени со второй недѣли болѣзни.
6. Изъ осложненій на измѣненія въ печени при скарлатинѣ оказываетъ вліяніе лишь *sepsis*, при которомъ относительно чаще встрѣчаются кокковыя эмболіи и соединительная ткань разрастается нѣсколько сильнѣе.
7. Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины нерѣдко наблюдается увеличеніе размѣровъ желчнаго пузыря съ рѣзкимъ отечнымъ пропитываніемъ его стѣнокъ.

Протоколы.

Случай № 2.

Николай М. 3 года. Смерть на 2-ой день болѣзни.

Клинической діагнозъ: Scarlatina.

Краткая исторія болѣзни: Заболѣлъ внезапно рвотой и въ тотъ же день былъ доставленъ въ больницу. За нѣсколько дней до заболѣванія умерла отъ скарлатины сестра больного. При поступленіи въ больницу констатирована блѣдная точечная сыпь, яркая гиперемія зѣва и общее тяжелое состояніе при t° —38,2. На 2-ой день сыпь исчезла, осталась лишь рѣзкая ангина; t° —39,6. Коллапсъ и смерть.

Вскрытіе. Pericarditis adhaesiva chronica. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa myocardii. Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Scarlatina.

Печень, вѣсомъ 480 гр., немного увеличена, края ея закруглены. На ея поверхности масса желтаго цвѣта островковъ величиной отъ чечевичнаго зерна до крупнаго орѣха. На разрѣзѣ рисунокъ печени не ясенъ, цвѣтъ ея желтоватый. Ткань печени мягка.

Желчный пузырь длиною $6\frac{1}{2}$ ст., шириной $2\frac{1}{2}$, наполненъ желтовато-зеленоватою довольно жидкою желчью, по истеченіи которой хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа выражена неясно, расположеніе же клѣтокъ въ балки правильное. Въ каждомъ полѣ зрѣнія по периферіи

долекъ видно 5—6 узелковъ, состоящихъ изъ порядочнаго количества круглыхъ элементовъ съ примѣсю соединительнотканыхъ волоконъ. Внутри этихъ скопленій всегда видны сосуды. Кроме того, въ паренхимѣ долекъ иногда видны были скопленія круглыхъ элементовъ, среди которыхъ сосудовъ не было видно. Соединительная ткань увеличена, главнымъ образомъ, вокругъ сосудовъ. Вены и капилляры расширены, то пусты, то содержатъ въ себѣ красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца. Встрѣчаются вены, просвѣтъ которыхъ сплошь выполненъ печеночными клѣтками. Границы клѣтокъ сливаются между собой; окрашены клѣтки однородно, въ протоплазмѣ ихъ видны вакуолы. Контуры ядеръ то видны отчетливо, то менѣе ясно.

При большомъ увеличеніи въ узелкахъ изъ круглыхъ элементовъ, находящихся по периферіи долекъ, всегда виденъ былъ сосудъ. Узелки же, находившіеся въ паренхимѣ долекъ, состояли изъ круглыхъ клѣтокъ, среди которыхъ были видны печеночныя клѣтки съ хуже окрашенными ядрами. Соединительная ткань ввидѣ тонкихъ фибриллей, по большей части, безъядерна. Границы клѣтокъ видны неясно, форма ихъ полигональная. Протоплазма клѣтокъ окрашивается однородно и заключаетъ въ себѣ иногда во всѣхъ клѣткахъ мелкія жировыя капли, причемъ въ клѣткахъ находящихся вблизи сосудовъ, жировыя капли становятся значительно крупнѣе, оттѣсняя часто ядра къ периферіи клѣтокъ. Ядра клѣтокъ то съ рѣзкими еще контурами, то съ контурами плохо видимыми, форма ихъ то круглая, то овальная или палочкообразная, часто ядра содержатъ въ себѣ жировыя капли. Клѣтки, находящіяся въ венахъ, бываютъ то ядерными, то безъядерны и нерѣдко съ жировыми каплями въ протоплазмѣ. Въ узелкахъ иногда встрѣчаются клѣтки съ нѣсколькими ядрами. Стѣнки артерій мѣстами инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами, стѣнки же венъ иногда разрыхлены. Глиссонова капсула немного утолщена, мѣстами инфильтрована бѣлыми кровяными тѣльцами.

Случай № 3.

Евдокия Б. 6 лѣтъ. Смерть на 2-ой день болѣзни.

Клинической діагнозъ: *Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Поступила въ больницу на 2-ой день заболѣванія съ t° —40,4. Сыпь плохо выражена. Въ зѣвъ явленія ангины съ маркими налетами на миндалинахъ. Шейныя железы увеличены съ обѣихъ сторонъ. Введено подъ кожу бедеръ 200 к. с. противоскарлатинозной сыворотки. Въ 8 ч. вечера безсознательное состояніе, ціанозъ, t° —38,5. Въ 11 часовъ вечера *exitus letalis.*

Вскрытіе. *Angina necrotica. Lymphadenitis et periadenitis colli bilateralis. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Hepar moschatum. Enterocolitis follicularis acuta. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 665 гр., желтоватаго цвѣта, капсула ея гладка. На разрѣзѣ цвѣтъ тоже желтый, рисунокъ выраженъ неясно. Паренхима печени дрябла.

Желчный пузырь длиной 8 ст., шириной 2 ст., наполненъ тягучей желтоватозеленоватой желчью. По вскрытіи пузырь хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи видно 1—2 въ полѣ зрѣнія узелка, состоящихъ изъ круглоклѣточныхъ элементовъ и всегда соответствующихъ портальнымъ пространствамъ. Дольчатость органа видна довольно отчетливо, расположеніе клѣтокъ ввидѣ радиарныхъ балокъ тоже выражено довольно ясно. Центральныя вены расширены и вокругъ нихъ видны клѣтки съ большими жировыми каплями. Капилляры расширены, наполнены кровяными элементами или же пусты. Въ печеночныхъ венахъ очень часто встрѣчаются въ большомъ количествѣ печеночныя клѣтки. Соединительная ткань сильно увеличена.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ видны неясно, мѣстами сливаются другъ съ другомъ. Величина ихъ въ тѣхъ

мѣстахъ, гдѣ расширены капилляры, уменьшена. Красятся клѣтки однородно, почти во всѣхъ клѣткахъ въ протоплазмѣ находятся въ большомъ количествѣ мелкія жировыя капли, которыя вблизи центральныхъ венъ становятся значительно крупнѣе, оттѣненія нерѣдко къ периферіи ядра клѣтокъ. Во многихъ клѣткахъ жиръ захватываетъ и самыя ядра, которыя въ другихъ клѣткахъ видны болѣе или менѣе ясно, причѣмъ часто имѣютъ овальную или веретенообразную форму. Соединительная ткань въ небольшомъ количествѣ ввидѣ хорошо красящихся волоконъ, въ портальныхъ пространствахъ несильно инфильтрована. Капилляры вблизи центральныхъ венъ расширены. Вены тоже расширены; въ просвѣтѣ ихъ часто встрѣчаются печеночныя клѣтки съ ядрами или безъ нихъ, нерѣдко съ жировыми каплями въ протоплазмѣ. Просвѣтъ нѣкоторыхъ венъ сплошь закрытъ такими печеночными клѣтками.

Случай № 5.

Иванъ В. 9 мѣс. Смерть на 4-ый день болѣзни.

Клинической діагнозъ: *Scarlatina. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris dextri.*

Краткая исторія болѣзни. Поступилъ въ больницу въ первый день заболѣванія безъ сыпи съ ясно выраженнымъ блѣднымъ треугольникомъ на лицѣ, гипереміей и отечностью зѣва при t° —38,8. На 2-ой день болѣзни t° —38,6. По тѣлу высыпала мелкоточечная сыпь; явленія со стороны зѣва старья. На 3-й день t° —40,0 сыпь держится, зѣвъ гиперемированъ и отеченъ; пульсъ малъ, общее состояніе сдѣлалось тяжелымъ. На 4-й день t° —40,0 безсознательное состояніе, сыпь приобрѣла синюшный оттѣнокъ, въ зѣвъ отечность; въ нижней долѣ праваго легкаго мелкіе хрипы. Пульсъ малъ; *exitus letalis.*

Вскрытіе. *Oedema laryngis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris dextri. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Scarlatina.*

Печень увеличена, съ закругленными краями, вѣситъ 395 г., цвѣтъ ея желтоватоглинистый, на ея поверхности видны отдѣльно расположенныя пятна желтоватаго цвѣта то круглой, то продолговатой формы различной величины. На разрѣзѣ печени рисунокъ виденъ плохо, цвѣтъ тоже глинистый. Ткань ея дрябла.

Желчный пузырь не увеличенъ, содержитъ въ себѣ немного густоватой желчи.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи въ каждомъ полѣ зрѣнія встрѣчается около 5—6 узелковъ, представляющихъ собой скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ, которыя окружаютъ сосуды, расположены по периферіи долекъ и направляются ввидѣ тяжей отъ одного узелка къ другому. Соединительная ткань, окружая больше, чѣмъ нормально, сосуды, проникаетъ среди круглоклѣточныхъ скопленій. Вены расширены и мѣстами набиты бѣлыми кровяными шариками. Капилляры сужены, содержатъ въ себѣ, главнымъ образомъ, тоже бѣлыя кровяныя тѣльца. Печеночныя клѣтки съ неясно выраженными контурами, кажутся набухшими, мутными. Вокругъ центральныхъ венъ часто въ клѣткахъ видны вакуолы. Ядра видны не всегда отчетливо. Встрѣчаются мѣстами большей или меньшей величины участки, гдѣ протоплазма клѣтокъ не воспринимаетъ вовсе окраски, ядра же тоже почти неразличимы. Дольчатость органа выражена плохо, клѣтки расположены не всегда въ правильныя балки.

При большемъ увеличеніи соединительная ткань представляется хорошо окрашенной, состоитъ изъ нетолстыхъ, по большей части, безъядерныхъ волоконъ. Печеночныя клѣтки, располагающіяся часто ввидѣ кучекъ, увеличены, мутны; границы ихъ плохо различимы. Ядра клѣтокъ тоже довольно плохо окрашены съ неясными контурами. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ протоплазма совершенно не окрасилась и ядра ихъ тоже едва или совсѣмъ не окрашены. Изъ такихъ клѣтокъ мѣстами образуются небольшой величины участки. Жиръ въ протоплазмѣ клѣтокъ виденъ только въ окружности центральныхъ венъ. Капилляры сужены разбухшими печеночными клѣтками, содержатъ въ себѣ красныя кровяныя тѣльца, мѣстами же заполнены бѣлыми кровя-

ными шариками. Мѣстами въ стѣнкахъ артерій отсутствуютъ ядра, иногда въ просвѣтѣ артерій выстоятъ эндотелиальныя клѣтки.

Случай № 6.

Агнесса Л. 1 г. 9 мѣс. Смерть на 5-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣла внезапно жаромъ, на 2-ой день болѣзни появилась сыпь. На 3-й день поступила въ больницу съ t° 39,9, яркой сыпью, слегка увеличенными железами и явленіемъ скарлатинозной ангины при тяжеломъ общемъ состояніи. 4-ый день. t° 40,4. Сыпь держится, пульсъ слабѣетъ, состояніе попрежнему тяжелое. На 5-ый день болѣзни сыпь потемнѣла, нѣсколько увеличились лимфатическія железы, пульсъ сталъ сквернымъ; t° —40,5 и къ вечеру ребенокъ скончался.

Вскрытіе. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Lymphadenitis colli bilateralis. Pleuritis serofibrinosa acuta dextra. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Degeneratio parenchymatosa et adiposa acuta hepatis. Enteritis acuta.

Печень, вѣсомъ 350 г., красноватобуроватаго цвѣта, на своей поверхности имѣетъ лишь съ трудомъ замѣтныя мелкія въ очень ограниченномъ количествѣ пятна желтаго цвѣта. На разрѣзѣ рисунокъ печени не совсѣмъ ясенъ. Ткань ея нѣсколько мягковата.

Желчный пузырь не увеличенъ, содержитъ густоватую желчь.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи въ каждомъ полѣ зрѣнія видно 3—4 узелка, состоящихъ изъ круглоклѣточныхъ элементовъ, среди которыхъ проходятъ въ небольшомъ количествѣ соединительнотканныя волокна и находятся сосуды. Расположеніе клѣтокъ въ балки видно не всегда ясно, мѣстами балки какъ бы сливаются другъ съ другомъ. Дольчатость органа выражена довольно ясно. Вены все расширены; капилляры мѣстами расширены, мѣстами же сдавлены, по

большей части, наполнены красными кровяными тѣльцами. Инфильтрація соединительной ткани порталныхъ пространствъ выражена несильно.

При большомъ увеличеніи клѣтки мутны, границы ихъ видны довольно ясно, вакуолизациі протоплазмы не замѣтно. Ядра окрашены мѣстами хорошо, мѣстами нѣсколько хуже; форма ихъ по большей части круглая. Соединительная ткань состоитъ изъ тонкихъ, по большей части безъядерныхъ, волоконъ. Просвѣтъ капилляровъ мѣстами содержитъ много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; тоже наблюдается иногда и въ венахъ, гдѣ изрѣдка встрѣчаются печеночныя клѣтки какъ съ ядрами, такъ и безъ нихъ. Портальные пространства инфильтрованы несильно бѣлыми кровяными тѣльцами.

Случай № 7.

Евгенія П. 8 лѣтъ. Смерть на 5-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: *Scarlatina*.

Краткая исторія болѣзни. На 2-ой день болѣзни, начавшейся рвотой и болью въ горлѣ съ высокой температурой, появилась сыпь. На 3-й день больная доставлена въ больницу съ t° —39,0. По тѣлу яркая мелкоточечная сыпь, въ зѣвѣ явленіе ангины съ маркими налетами на миндалинахъ. Общее состояніе средней тяжести. Въ ночь на 4-ый день бредъ; утромъ t° —40,0. Сыпь мѣстами приняла цианотичный видъ съ точечными кровоизліяніями. Немного увеличились железки. Пульсъ сталъ слабѣе, общее состояніе тяжелѣе. Утромъ на 5-ый день болѣзни t° —39,8 *exitus letalis*.

Вскрытіе. *Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Pleuritis sicca dextra. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis. Enterocolitis follicularis acuta. Scarlatina.*

Вѣсъ печени 650 гр. цвѣтъ ея буроватокрасный, на поверхности видны мѣстами разной формы желтоватыя пятна величиной

отъ горошины до 15 копеечной монеты. На разрѣзѣ рисунокъ печени виденъ неясно, цвѣтъ ея буроватокрасный; ткань дрябловата.

Желчный пузырь величиной 7×3 ст. содержалъ желтоватозеленоватую негустую желчь, по выпусканіи которой хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна ясно и ясно выражено радиарное расположение балокъ. Узелковъ въ полѣ зрѣнія 5—6; всѣ они находятся по периферіи и соответвуютъ, главнымъ образомъ, сильно инфильтрованнымъ порталнымъ пространствамъ, причемъ инфильтрація эта отсюда направляется по периферіи долекъ. Вены расширены, капилляры же нечасто. Встрѣчаются долеки, сосуды которыхъ какъ вены, такъ и капилляры, затромбозированы бѣлыми кровяными тѣльцами. Клѣтки печени окрашены однородно, мѣстами ядра видны хорошо, мѣстами хуже.

При большомъ увеличеніи печеночныя клѣтки нѣсколько увеличены въ своихъ размѣрахъ, полигональной формы съ неясными границами и однородно окрашивающейся протоплазмой, въ которой встрѣчаются изрѣдко вакуолы, по большей части лишь въ клѣткахъ, находящихся по периферіи долекъ вокругъ порталныхъ пространствъ. Ядра клѣтокъ мѣстами сохранены, мѣстами какъ бы таютъ, въ другихъ же клѣткахъ и совсѣмъ отсутствуютъ. Въ периферическихъ клѣткахъ ядра часто съ жировыми каплями. Соединительная ткань вокругъ сосудовъ вездѣ въ увеличенномъ количествѣ; въ порталныхъ пространствахъ она порядочно инфильтрована, по большей части состоитъ изъ толстыхъ и безъядерныхъ волоконъ. Среди круглоклѣточныхъ скопленій иногда видны многоядерныя печеночныя клѣтки. Стѣнки сосудовъ мѣстами инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами. Капилляры въ периферическихъ частяхъ долекъ сужены, тогда какъ къ центру расширяются. Просвѣтъ ихъ, то пусть, то содержитъ въ себѣ массу бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Случай № 8.

Александръ Н. 10 лѣтъ. Смерть на 5-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina Lymphadenitis et periaadenitis colli bilaterales. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Въ анамнезѣ указаніе на перенесенную корь.

Заболѣлъ внезапно рвотой и болью въ горлѣ, на слѣдующій день высыпала сыпь, на 3-й же день болѣзни доставленъ въ больницу съ t° —39,9. По всему тѣлу яркая мелкоточечная сыпь, шейныя железы припухли съ обѣихъ сторонъ. Въ зѣвѣ явленія скарлатинозной ангины съ маркими налетами на миндалинахъ; 4-ый день t° —39,2. Сыпь стала темнѣть, железы увеличились. Въ зѣвѣ некрозъ миндалинъ. 5-ый день t° —39,8. Потемнѣвшая сыпь еще видна. Железы шейныя стали больше, вокругъ нихъ появился инфильтратъ клѣтчатки. Безсознательное состояніе и къ вечеру смерть.

Вскрытіе. *Lymphadenitis et periadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa et adiposa acuta cordis. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta. Scarlatina.*

Печень нѣсколько увеличена въ своемъ размѣрѣ, края ея закруглены, вѣсъ—1010 гр. Цвѣтъ печени красноватобуроватый съ желтыми пятнами разной величины и формы, разбросанными по ея поверхности. На разрѣзѣ рисунокъ печени не ясенъ, красноватобуроватаго цвѣта, ткань печени мягковата.

Желчный пузырь величиной $10 \times 4\frac{1}{2}$ ст. наполненъ желтоватой желчью; по вскрытіи хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи клѣтки расположены довольно правильно въ балки, дольчатость печени видна. Вены и капилляры расширены, пусты или наполнены, по большей части, красными кровяными тѣльцами. Портальные пространства несильно инфильтрованы. Соединительная ткань почти не увеличена.

При большомъ увеличеніи клѣтки съ плохо различимыми границами. Мѣстами, по большей части по периферіи долекъ вблизи сосудовъ, клѣтки содержатъ въ себѣ вакуолы большей или меньшей величины. Ядра клѣтокъ то видны хорошо, то какъ бы таютъ, въ нѣкоторыхъ же клѣткахъ совсѣмъ отсутствуютъ. Соединительная ткань, по большей части безъядерна, инфильтрована

въ портальныхъ пространствахъ. Вдоль и вокругъ сосудовъ, кромѣ центральныхъ венъ, скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ. Въ просвѣтѣ венъ и капилляровъ, большею частью, находятся красныя кровяныя тѣльца.

Случай № 9.

Иванъ С. 4 года. Смерть на 5-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis.*

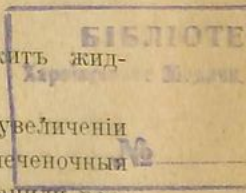
Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ внезапно рвотой, болью въ горлѣ, жаромъ, затѣмъ высыпала сыпь. На 4-ый день болѣзни появилось безсознательное состояніе. На 5-ый день ребенка доставленъ въ больницу съ t° —40,0. По всему тѣлу ясная мелкоточечная сыпь съ синюшнымъ оттѣнкомъ. Железы шейныя увеличены съ обѣихъ сторонъ. Въ зѣвѣ явленія некротической ангины. Пульсъ плохой. Состояніе безсознательное. Въ 1 ч. 30 м. ночи exitus letalis.

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Hyperaemia venosa meningum et cerebri. Hyperaemia venosa pulmonum. Degeneratio parenchymatosa acuta myocardii et renum. Hyperplasia lienis septica. Degeneratio adiposa hepatis. Scarlatina. Sepsis.*

Печень увеличена, съ круглыми краями, вѣсомъ 540 гр. желтоватобуроватаго цвѣта: на ея поверхности въ большомъ количествѣ видны различной формы и величины желтоватыя пятна. На разрѣзѣ рисунокъ печени совсѣмъ изглаженъ. Ткань ея дрябла.

Желчный пузырь величиной $7 \times 3\frac{1}{2}$ ст., содержитъ жидковатую желчь; по вскрытіи сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи привлекаетъ вниманіе въ беспорядкѣ расположенныя печеночныя клѣтки, которыя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ еще сохранили расположеніе въ болѣе правильныя балки. Портальные пространства инфильтрованы порядочно, инфильтрація эта продолжается по периферіи долекъ. Соединительная ткань порядочно увеличена



вокругъ сосудовъ и среди круглоклѣточныхъ скопленій. Вены нѣсколько расширены, пусты; капилляры же сужены, особенно тамъ, гдѣ клѣтки лежатъ въ безпорядкѣ, и пусты. По периферіи долекъ и вблизи сосудовъ въ протоплазмѣ клѣтокъ находятся въ большомъ количествѣ крупныя жировыя капли.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ совѣсьмъ почти неразличимы, клѣтки увеличены, протоплазма ихъ мутна. Во всѣхъ клѣткахъ многихъ долекъ видна масса мелкихъ жировыхъ капель, которыя по периферіи ихъ становятся значительно крупнѣе, отодвигая ядра къ периферіи клѣтки; въ большинствѣ клѣтокъ жировыя капли захватываютъ и ядра. Ядра въ нѣкоторыхъ клѣткахъ видны ясно, въ другихъ же едва различимы, встрѣчается немало клѣтокъ и совѣсьмъ безъ ядеръ. Волокна соединительной ткани утолщены, довольно часто идутъ отъ порталныхъ пространствъ вдоль капилляровъ, охватывая отдѣльныя клѣтки или группы ихъ; соединительная ткань ясно видна также всюду, гдѣ есть круглоклѣточные скопленія. Вены расширены, стѣнки утолщены; просвѣтъ венъ то пустъ, то отчасти выполненъ кровяными элементами, среди которыхъ встрѣчаются и ядерныя печеночныя клѣтки. Капилляры мѣстами сужены и почти пусты. У нѣкоторыхъ артерій наблюдается однородная окраска стѣнокъ. Глиссонава капсула немного утолщена и мѣстами инфильтрована. Подъ ней встрѣчаются довольно часто многоядерныя печеночныя клѣтки.

Случай № 10.

Владимиръ Б. 4 года. Смерть на 6-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: Scarlatina. Rhinitis scarlatinosa.

Краткая исторія болѣзни. Въ анамнезѣ указаніе на бывшую корь. Заболѣлъ вдругъ рвотой и повышеніемъ температуры, на слѣдующій же день появилась сыпь. На 3-ій день болѣзни ребенокъ поступилъ въ больницу съ t° —39,1, ясно выраженной мелкоточечной сыпью при тяжеломъ общемъ состояніи. 4-ый день t° —39,0; мѣстами по тѣлу появились геморрагіи. На 5-ый день t° —39,4; сыпь цианотичнаго характера. На 6-ой день

t° —39,8. Сыпь еще видна, синюшна. Появился параличъ мягкаго неба. Безсознательное состояніе и exitus letalis.

Вскрытіе. Rhinitis catarrhalis. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Hyperplasia lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Scarlatina.

Вѣсъ печени 530 gr. она увеличена въ своемъ размѣрѣ, края ея закруглены; на поверхности ея красноватобуроватаго цвѣта видно нѣсколько желтыхъ пятенъ. На разрѣзѣ печень съ неясно выраженнымъ рисункомъ, ткань ея мягка.

Величина желчнаго пузыря $7 \times 3\frac{1}{2}$. Пузырь содержалъ жидковатую зеленоватаго цвѣта желчь, по истеченіи которой хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи клѣтки расположены правильными балками съ плохо различимыми границами. Дольчатость органа выражена неясно. Узелковъ 2—4 въ полѣ зрѣнія, соответствуютъ инфильтрованнымъ порталнымъ пространствамъ и скопленіямъ круглыхъ клѣтокъ вокругъ сосудовъ. Соединительная ткань нѣсколько увеличена. Вены и капилляры сильно расширены и содержатъ въ себѣ элементы крови. По периферіи долекъ, образуя вокругъ порталныхъ пространствъ неширокое кольцо, видны клѣтки съ крупными каплями жира.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ не ясны, клѣтки въ большинствѣ содержатъ въ своей протоплазмѣ мелкія жировыя капли, которыя увеличиваются въ величинѣ по периферіи долекъ и вблизи сосудовъ, заполняя иногда собой всю клѣтку. Ядра то окрашены хорошо, контуры ихъ довольно отчетливы, то становятся менѣе различимыми и даже совѣсьмъ исчезаютъ; въ жировыхъ клѣткахъ—съ каплями жира. Соединительная ткань видна ввидѣ нѣсколько утолщенныхъ волоконъ. Инфильтрація порталныхъ пространствъ порядочная. Вокругъ сосудовъ немалое скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ, среди которыхъ въ одномъ мѣстѣ была найдена клѣтка въ стадіи экваторіальной пластинки, а двѣ другихъ рядомъ уже раздѣлившіяся. Печеночныя клѣтки уменьшены въ размѣрѣ отъ сдавленія сильно расширенныхъ

капилляровъ, которые наполнены, главнымъ образомъ, красными кровяными шариками. Глиссонова капсула мѣстами утолщена и инфильтрована, подъ ней видны печеночныя клѣтки съ хорошо красящимися ядрами, иногда же многоядерныя.

Случай № 12.

Викторъ А. 6 мѣс. Смерть на 7-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Болѣзнь началась жаромъ, рвотой и сыпью, появившейся на второй день. На 4-ый день поступилъ въ больницу съ остатками сыпи, увеличенными съ обѣихъ сторонъ шей железами, характернымъ малиновымъ языкомъ и некротической ангиной при t° —39,6. На 5-ый день t° —39,3. Сыпь пропала, состояніе тяжелое. 6-ой день t° —39,4 безъ особыхъ перемѣнъ, лишь появился незначительный enterocolitis. На 7-ой день при t° —39,6 exitus letalis.

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa cordis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Scarlatina.*

Печень вѣсомъ 295 гр. желтоватаго цвѣта, мѣстами съ желтыми пятнами на своей поверхности. Рисунокъ на разрѣзѣ плохо виденъ. Ткань печени дряблая.

Желчный пузырь величиной $5\frac{1}{2} \times 2$ ст. содержитъ въ себѣ желтоватую густую желчь, хорошо сократился по вскрытіи.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи привлекаетъ вниманіе обиліе жира, расположеннаго, главнымъ образомъ, по периферіи всей дольки ввидѣ довольно широкаго кольца, утолщающагося около порталныхъ пространствъ. Благодаря этому поясу дольчатость органа ясно выражена. Расположеніе клѣтокъ въ остальной части долекъ правильное. Мѣстами участки долекъ плохо воспринимаютъ окраску. Соединительная ткань видна въ нѣсколько увеличенномъ размѣрѣ. Портальные

пространства инфильтрованы несильно, нерѣдко скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ видно среди жировыхъ клѣтокъ. Вены расширены; капилляры мѣстами расширены, среди же жирнопереорожденныхъ клѣтокъ не расширены. Просвѣтъ какъ вень, такъ и капилляровъ заполненъ, по большей части, красными кровяными тѣльцами.

При большомъ увеличеніи клѣтки, находящіяся въ центральныхъ частяхъ долекъ, мутны; границы ихъ неясны, ядра не всегда ясно окрашены; лежащія же по периферіи долекъ клѣтки почти совсѣмъ не воспринимаютъ окраски, содержатъ въ себѣ огромныя жировыя капли, иногда заполняющія собой цѣликомъ всю клѣтку. Ядра этихъ клѣтокъ то очень плохо окрашены, то содержатъ въ себѣ жировыя капли, то совсѣмъ не видны. Мѣстами встрѣчаются дольки, клѣтки которыхъ сплошь всѣ содержатъ жиръ, въ другихъ же долькахъ жиръ кромѣ периферическаго пояса занимаетъ небольшой слой вокругъ центральныхъ венъ. Среди жировыхъ клѣтокъ периферическаго пояса встрѣчаются скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ, причемъ всегда среди нихъ удается найти намекъ на сосудъ. Вены расширены; въ капиллярахъ, суженныхъ среди жирнопереорожденныхъ клѣтокъ, видны, главнымъ образомъ, красные кровяные шарики. Соединительная ткань въ небольшомъ количествѣ ввидѣ, большею частью, безъядерныхъ волоконъ, нетолстыхъ. Глиссонова капсула нѣсколько утолщена и инфильтрована бѣлыми кровяными тѣльцами.

При микроскопическомъ изученіи стѣнокъ желчнаго пузыря ткань ихъ представляется разрыхленной. Волокна соединительной ткани и мышечной оболочки окрашиваются очень слабо, ядра ихъ видны не отчетливо. Стѣнки сосудовъ окрашены тоже не интенсивно. Эпителий слизистой отслоенъ.

Случай № 13.

Николай В. 2 года. Смерть на 8-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina gravis. Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно рвотой и въ тотъ же день появилась сыпь. На 3-ий день болѣзни доставленъ въ больницу съ t° —39,5. По тѣлу видна мелкоточечная съ небольшимъ синюшнымъ оттѣнкомъ сыпь. Припухлость шейныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. Въ зѣвѣ явленія скарлатинозной ангины. На 4-ый день t° —39,4. Сыпь точечная, мѣстами ввидѣ слившихся пятенъ; увеличенныя железы, некрозъ зѣва. Пульсъ учащенъ. 5-ый день t° —39,1. Обильная, мѣстами папулезная, сыпь. Состояніе средней тяжести. 6-ой день t° —39,7. Сыпь синюшная, некрозъ зѣва, железы больше. Пульсъ легко сжимаемъ, состояніе тяжелое. 7-ой день t° —39,0. Безсознательное состояніе. Появился бѣлокъ. 8-ой день t° —39,3. Состояніе безсознательное. Бѣлокъ. При прогрессирующей сердечной слабости ребенокъ въ этотъ же день скончался.

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa cordis. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris sinistri. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 355 гр. желтоватобуроватаго цвѣта, на своей поверхности въ нѣсколькихъ мѣстахъ имѣетъ пятна желтаго цвѣта. На разрѣзѣ рисунокъ выраженъ плохо; ткань печени мягковата.

Желчный пузырь отклоненій отъ нормы не представляетъ.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи кѣтки расположены въ балки не совѣмъ радиарно. По периферіи долекъ, не особенно ясно выраженныхъ, кѣтки окрашены свѣтлѣе. Соединительная ткань въ небольшомъ количествѣ. Портальные пространства инфильтрованы не особенно сильно, скопленіе круглыхъ элементовъ вокругъ сосудовъ довольно часто. Вены всѣ расширены, капилляры тоже и содержатъ въ себѣ, по большей части, красныя кровяныя шарики.

При большомъ увеличеніи кѣтки, находящіяся по периферіи долекъ, окрашены слабѣе и содержатъ въ себѣ разной величины жировыя капли. Ядра такихъ кѣтокъ то окрашены хорошо, то совѣмъ плохо. Въ центральныхъ частяхъ долекъ границы кѣ-

токъ не ясны, протоплазма ихъ мутна; ядра же то видны, то почти неразличимы. Среди круглокѣточныхъ скопленій встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ продолговатыя элементы. Соединительная ткань ввидѣ нетолстыхъ, по большей части безъ ядерныхъ, волоконъ видна вокругъ сосудовъ и среди круглокѣточныхъ элементовъ, окружающихъ сосуды. Вены расширены, капилляры мало. Въ просвѣтѣ ихъ, главнымъ образомъ, находятся красныя кровяныя тѣльца.

Случай № 14.

Надежда Б. 2 года. Смерть на 8-ой день болѣзни.

Клинической діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣла внезапно рвотой и жаромъ, на второй день появилась сыпь, на 3-ий же день болѣзни была доставлена въ больницу въ довольно тяжеломъ состояніи съ t° —38,8. Сыпь по тѣлу умеренная. Въ зѣвѣ явленія скарлатинозной ангины. На 4-ый день t° —39,4. Сыпь пропала, маркіе налеты въ зѣвѣ. 5-ый день t° —39,0. Небольшое увеличеніе железъ, некрозъ миндалинъ. Состояніе стало тяжелѣе. 6-ой день t° —38,8, состояніе не измѣнилось. 7-ой день t° —38,5. Появился бѣлокъ и небольшой поносъ. На 8-ой день утромъ ребенокъ скончался.

Вскрытіе. *Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis. Hyperplasia acuta lienis. Anaemia pulmonum. Degeneratio parenchymatosa renum. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Scarlatina.*

Печень вѣсомъ 400 гр., буроватокраснаго цвѣта, въ нѣсколькихъ мѣстахъ на своей поверхности имѣетъ небольшія желтоватыя пятна. На разрѣзѣ рисунокъ не особенно ясенъ; ткань печени мягковата.

Желчный пузырь величиной 7×3 см., содержитъ въ себѣ жидковатую желчь; по вскрытіи хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи печеночныя кѣтки кажутся правильно расположенными въ трабекулы; дольчатость печени видна. Узловъ изъ круглокѣточныхъ

элементовъ немного, количество послѣднихъ въ узлахъ небольшое. Ядра клѣтокъ видны хорошо. Соединительная ткань видна въ порядочномъ количествѣ вокругъ сосудовъ. Вены и капилляры расширены и наполнены красными кровяными шариками, причемъ капилляры периферическихъ частей долей пусты. Стѣнки артерій мѣстами гомогенно окрашены.

При большомъ увеличеніи печеночныя клѣтки мутны, съ неясными границами; мѣстами, безъ опредѣленной локализации, содержатъ въ себѣ жиръ. Ядра клѣтокъ видны хорошо, хотя встрѣчаются клѣтки, въ которыхъ онѣ какъ бы исчезаютъ. Въ узлахъ изъ круглыхъ элементовъ видны довольно толстыя волокна соединительной ткани, такія же волокна и вокругъ сосудовъ. Вены и капилляры набиты красными кровяными шариками. Стѣнки артерій гомогенно окрашены, мѣстами не содержатъ ядеръ, мѣстами же инфильтрованы круглыми клѣтками. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны точечныя кровоизліянія. Глиссонова капсула незначительно утолщена и мѣстами инфильтрована бѣлыми шариками.

Случай № 15.

Алексѣй Ж. 5-лѣтъ. Смерть на 9-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis et periadenitis colli sinistrae.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ жаромъ, болью въ горлѣ, сыпью. Доставленъ въ больницу на 3-ій день съ t° —38,9. По тѣлу мелкоточечная сыпь, въ зѣвѣ явленія некротической ангины. На 5-ый день сыпь еще яркая t° —38,8. Железы слѣва на шеѣ увеличены и плотны. Въ зѣвѣ некрозъ; сухіе хрипы въ легкихъ. 7-ой день болѣзни t° —37,8. Сыпь еще видна; въ глубинѣ припухшей железы небольшая флюктуация. Некрозъ въ зѣвѣ держится. Пульсъ мягче, общее состояніе слабѣе. 9-ый день t° —39,3. Состояніе очень тяжелое. Железа слѣва сильно увеличена, немного флюктуируетъ. Въ зѣвѣ обширный некрозъ. Склеры инъецированы. Пульсъ малый. *Exitus letalis.*

Вскрытіе. *Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa cordis. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Enterocolitis follicularis acuta.*

Печень, вѣсомъ 585 gr. желтоватобуроватаго цвѣта, на своей поверхности имѣеть различной величины и формы желтыя пятна. На разрѣзѣ рисунокъ печени не виденъ, ткань ея дрябла.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи видно, что клѣтки расположены въ безпорядкѣ, лежатъ то группами, то отдѣльно одна отъ другой. Соединительная ткань не обильна. Портальные пространства инфильтрованы не обильно круглыми элементами. Вены расширены, капилляры почти не расширены. Довольно часто просвѣтъ капилляровъ закупоренъ эмболами.

При большомъ увеличеніи клѣтки часто какъ бы сливаются другъ съ другомъ, съ очень неясными границами; протоплазма ихъ красится не всегда интенсивно, мутна. Почти всѣ клѣтки содержатъ въ себѣ различной величины жировыя капли. Ядра въ однихъ клѣткахъ видны ясно, въ другихъ какъ бы таютъ или совсѣмъ не видны, часто содержатъ жиръ. Среди скопленій круглыхъ клѣтокъ нерѣдко встрѣчаются продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань вокругъ сосудовъ въ небольшомъ количествѣ ввидѣ нѣсколькихъ утолщенныхъ волоконъ. Сосуды измѣненій не представляютъ кромѣ расширенія венъ. Въ капиллярахъ масса красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; эмболы, мѣстами закупоривающіе капилляры, состоятъ изъ кучекъ коковъ, иногда располагающихся ввидѣ цѣпочекъ. Глиссонова капсула не измѣнена.

Случай № 17.

Ядвига Л. 1 г. 9 мѣс. Смерть на 9-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis. Pneumonia catarrhalis sinistra.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ, на слѣдующій день появилась сыпь, на 3-ій день

былъ доставленъ въ больницу съ явлениями рѣзкой ангины, ясной мелкоточечной сыпью съ $t^{\circ} = 40^{\circ}$. На 4-ый день явленія тѣ же. 5-ый день — сыпь держится, въ зѣвѣ появились некрозы миндалинъ, на шеѣ съ обѣихъ сторонъ припухли железки, появился жидкій стулъ; $t^{\circ} = 39,7$. На 6-ой день $t^{\circ} = 39,6$; сыпь блѣднѣетъ. 7-ой день $t^{\circ} = 40,0$ сыпь исчезла; некрозъ въ зѣвѣ еще есть. Въ лѣвомъ легкомъ появились явленія пневмоніи. 8-ой день $t^{\circ} = 39,8$. Железы и некрозъ зѣва. Ясная лѣвосторонняя пневмонія въ нижней долѣ. На 9-ый день при $t^{\circ} = 40,0$ ребенокъ умеръ!

Вскрытіе. *Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa myocardii. Pneumonia catarrhalis acuta disseminata lobi inferioris sinistri et marginalis lobi inferioris dextri. Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Scarlatina.*

Печень увеличена, края ея закруглены, вѣситъ 460 gr.; поверхность ея гладка, цвѣтъ желтоватобуроватый. На ея поверхности мѣстами видны пятна желтаго цвѣта различной величины и формы. Рисунокъ на разрѣзѣ выраженъ неясно. Ткань печени довольно мягка.

Желчный пузырь, наполненный жидкой желчью, величиной 7×2 см., хорошо сократился по вскрытіи.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи расположеніе клѣтокъ въ балки довольно правильное, дольчатость печени видна довольно ясно, благодаря тому, что по периферіи ихъ клѣтки содержатъ въ себѣ жиръ. Вены сильно расширены, капилляры тоже, довольно часто пусты. Портальная ткань инфильтрована порядочно. Соединительная ткань видна по периферіи долекъ.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ видны не особенно ясно; ядра ихъ мѣстами пропадаютъ совсѣмъ, мѣстами же плохо видны. Почти всѣ клѣтки печени содержатъ въ себѣ жировыя капли большей или меньшей величины. По периферіи долекъ вокругъ сосудовъ жировое перерожденіе выражено значительно сильнѣе. Соединительная ткань ввидѣ нетолстыхъ безъядерныхъ волоконъ проходитъ мѣстами по периферіи долекъ.

Инфильтрація порталныхъ пространствъ довольно обильная. Сосуды расширены, частью пусты, частью содержатъ въ себѣ кровяные элементы. Въ стѣнкахъ артерій мѣстами отсутствуютъ ядра. Въ нѣкоторыхъ венахъ попадаются одиночныя печеночныя клѣтки.

Стѣнка желчнаго пузыря подъ микроскопомъ нѣсколько утолщена и разрыхлена. Волокна соединительной ткани и мышцъ блѣдно красятся, ядра ихъ видны тоже неясно. Стѣнки сосудовъ плохо видны, ядра ихъ мѣстами отсутствуютъ; эпителий слизистой оболочки отслоенъ, ядра его плохо или совсѣмъ не окрашены.

Случай № 18.

Клавдія В. 1 г. 4 мѣс. Смерть на 9-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣла сразу жаромъ, а затѣмъ высыпала сыпь. Температура была все время высокая; на 5-ый день болѣзни дѣвочка была доставлена въ больницу съ $t^{\circ} = 40,2$, шелушеніемъ, сильнымъ некрозомъ миндалинъ, припухлостью железъ съ обѣихъ сторонъ шеи и въ очень тяжеломъ состояніи. 7-ой день $t^{\circ} = 38,6$; железы еще увеличены, общее состояніе безъ переменъ. 8-ой день $t^{\circ} = 40,0$, состояніе хуже. 9-ый день $t^{\circ} = 39,1$. Железы сильно увеличились, некрозъ захватилъ носоглотку. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ появились мелкіе влажные хрипы; къ вечеру ребенокъ умеръ.

Вскрытіе. *Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Pneumonia catarrhalis bilateralis loborum inferiorum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 330 gr., представляетъ ровную поверхность съ небольшими разсѣянными желтоватаго цвѣта пятнами. На разрѣзѣ рисунокъ ея выраженъ плохо, цвѣтъ желтоватокрасноватый. Ткань на ощупь мягка.

Желчный пузырь, хорошо сократившійся по вскрытіи, величиной $7\frac{1}{2} \times 2$ см., наполненъ жадковатой желчью.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи мѣстами дольки ясно отграничены другъ отъ друга свѣтлымъ поясомъ жировыхъ клѣтокъ, мѣстами же дольчатость видна плохо. Печеночныя клѣтки мѣстами расположены въ балки, которыя какъ бы закручиваются вокругъ себя. Узловъ очень немного, всѣ они лежатъ по периферіи долекъ. Въ нѣсколькихъ мѣстахъ попадаютъ участки ткани, совсѣмъ не воспринявшіе окраску. Вены сильно расширены, капилляры же не вездѣ. Какъ первые, такъ и вторые наполнены, по большей части, красными кровяными тѣльцами. Соединительная ткань въ узлахъ и вокругъ сосудовъ развита порядочно, инфильтрація ея несильная.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ различимы плохо, мѣстами клѣтки спаиваются другъ съ другомъ въ цѣлыя группы; величина клѣтокъ больше нормы; ядра ихъ то хорошо окрашиваются, то еле различимы и имѣютъ разнообразную форму. Въ протоплазмѣ почти всѣхъ клѣтокъ видны мелкія жировыя капли, въ клѣткахъ же периферической части долекъ, особенно окружающихъ портальные пространства, жиръ захватываетъ часто даже ядра, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видна только оболочка клѣтки, сплошь заполненная жиромъ. Такія единичныя клѣтки встрѣчаются и вокругъ центральныхъ венъ. Въ некротическихъ участкахъ мѣстами протоплазма и ядра абсолютно не окрашены, мѣстами же ядра еще различимы. Въ окружающихъ эти участки клѣткахъ протоплазма не всегда хорошо красится, а ядра какъ бы таютъ. Въ узлахъ видно большое количество продолговатыхъ ядерныхъ элементовъ и развитіе соединительной ткани ввидѣ довольно толстыхъ волоконъ. Вены и капилляры набиты красными кровяными шариками, въ венахъ кромѣ того встрѣчаются печеночныя клѣтки, содержащія жировыя капли. Стѣнки артерій мѣстами не содержатъ ядеръ и довольно однородно окрашены.

Случай № 19.

Федоръ И. 7 лѣтъ. Смерть на 10-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Lymphadenitis et periadenitis colli dextra. Angina necrotica. Otitis media purulenta sinistra. Sepsis.

Краткая исторія болѣзни. Въ анамнезѣ указаніе на перенесенную 6 лѣтъ тому назадъ скарлатину.

Болѣзнь началась жаромъ, болью въ горлѣ и рвотой. Сыпь появилась на 3-ий день болѣзни, когда ребенокъ и былъ доставленъ въ больницу при t° —37,7. Сыпь ясная обильная, геморрагическаго характера. Железы на шеѣ плотны, увеличены съ правой стороны. Въ зѣвѣ явленія некротической ангины. На 4-ый день t° —38,2 состояніе стало тяжелѣе, но перемѣнъ особыхъ нѣтъ. 5-ый день t° —38,4. Сыпь держится, некрозъ увеличился, боль въ лѣвомъ ухѣ и небольшой поносъ. 6-ой день t° —39,2. Состояніе прежнее. 7-ой день появилась течь изъ лѣваго уха. 8-ой день t° —39,2. По тѣлу еще видны остатки сыпи, обширный некрозъ зѣва, обильное отдѣляемое изъ носа. Въ мочѣ слѣды бѣлка. 9-ый день t° —38,8. Рѣзкая боль въ обоихъ ухахъ, параличъ мягкаго неба; состояніе очень тяжелое. 10-ый день t° —38,8. Появилась сильная опухоль клѣтчатки шеи и верхней части груди, кожа здѣсь покраснѣла. Состояніе крайне тяжелое. Вечеромъ ребенокъ умеръ.

Вскрытіе. Mastoiditis purulenta duplex. Oedema piae matris. Hydrocephalus ventriculorum cerebri. Periadenitis et lymphadenitis colli dextra. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa cordis. Degeneratio caseosa glandularum peribronchiarum. Bronchitis purulenta. Hyperplasia lienis septica. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Scarlatina. Sepsis.

Печень, вѣсомъ 670 гр., съ гладкой поверхностью, буровато-краснаго цвѣта. На разрѣзѣ рисунокъ ея не ясенъ, ткань ея мягковата.

Желчный пузырь, хорошо сократившійся послѣ вскрытія, величиной 8×3 см., наполненъ желтоватозеленоватой довольно жидкой желчью.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна довольно ясно, расположеніе клѣтокъ въ балки не вездѣ сохранено, мѣстами онѣ располагаются въ видѣ кучекъ. По периферіи долекъ виденъ ясно свѣтлый поясъ изъ вакуолизированныхъ клѣтокъ, утолщающійся вокругъ портальныхъ пространствъ. Соединительная ткань ввидѣ тяжей идетъ отъ Глиссоновой капсулы внутрь паренхимы и сопровождается

инфильтраціей ея. Вены и капилляры нѣсколько расширены, причѣмъ въ капиллярахъ мѣстами видны интензивно окрашенныя массы изъ точекъ, заполняющія сплошь просвѣтъ капилляровъ. Вокругъ этихъ массъ паренхима печени представляется сильно измѣненной.

При большомъ увеличеніи клѣтки съ неясными границами, мѣстами лежатъ кучками; протоплазма ихъ то мутна, то содержитъ вакуолы. Вакуолы эти увеличиваются въ своихъ размѣрахъ и заполняютъ собой всю или почти всю клѣтку въ периферическихъ частяхъ долекъ, особенно около сосудовъ. Сильное измѣненіе клѣтокъ вплоть до распада ихъ замѣчается вокругъ эмболовъ. Мѣстами клѣтки совсѣмъ почти не окрашиваются. Ядра клѣтокъ то видны хорошо, то исчезаютъ или содержатъ въ себѣ жировыя капли. Мѣстами видны клѣтки съ нѣсколькими ядрами, оттѣшенными большой вакуолой къ перифиріи. Соединительная ткань идетъ тяжами отъ Глиссоновой капсулы и сопровождается обильной инфильтраціей круглыми клѣтками. Портальные пространства инфильтрованы не особенно сильно. Стѣнки венъ тоже бываютъ инфильтрованы; встрѣчаются вены съ нарушеніемъ цѣлости ихъ стѣнокъ и кровоизліяніемъ изъ нихъ въ окружающую ткань. Закупоривающіе просвѣтъ капилляровъ массы при изученіи подь иммерсіей состоятъ изъ микрококковъ. Мѣстами въ капиллярахъ встрѣчаются красныя кровяныя тѣльца съ ядрами. Въ портальныхъ пространствахъ наблюдается разращеніе эпителія желчныхъ протоковъ. На границѣ съ интензивнымъ жировымъ перерожденіемъ наблюдается скопленіе эпителіальныхъ клѣтокъ, повидимому, начало образованія новыхъ желчныхъ протоковъ. Глиссонова капсула инфильтрована бѣлыми кровяными тѣльцами, мѣстами же утолщена.

Случай № 20.

Александръ Б. 7 мѣс. Смерть на 12-й день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina in stadio desquamatione. Angina necrotica. Lymphadenitis et periadenitis colli sinistra. Pneumonia catarrhalis bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ внезапно жаромъ, на слѣдующій день появилась сыпь. На 7-й день болѣзни при t° —39,2 ребенокъ былъ доставленъ въ больницу безъ сыпи съ небольшимъ шелушеніемъ, некрозомъ зѣва, увеличенными шейными железами съ лѣвой стороны. 8-ой день t° —39,6. Увеличеніе железъ, некрозъ зѣва, мягкій пульсъ, тяжелое состояніе. 9-ый день t° —39,2. Состояніе тяжелое. 10-й день t° —39,2. Явленія пневмоніи съ обѣихъ сторонъ, больше слѣва. 11-ый день t° —39,0. Слѣва на шеѣ инфильтрація клѣтчатки вокругъ железъ; въ легкихъ масса мелкихъ хриповъ. Пульсъ скверный, общее состояніе очень тяжелое. 12-й день при t° —40,8 ребенокъ умеръ.

Вскрытіе. *Lymphadenitis et periadenitis colli sinistrae. Angina necrotica. Degeneratio adiposa cordis. Pneumonia catarrhalis disseminata. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis et renum. Enterocolitis follicularis acuta. Scarlatina.*

Печень, вѣсомъ 305 гр., съ гладкой поверхностью буровато-краснаго цвѣта; изрѣдка на ней замѣчаются небольшія пятнышки желтоватаго цвѣта. На разрѣзѣ рисунокъ печени нѣсколько сглаженъ. Ткань печени немного мягковата.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна не особенно ясно, расположеніе же балокъ правильное. Встрѣчались мѣстами участки совсѣмъ неокрасившіеся — некротическіе. Вены расширены, капилляры, по большей части, тоже. И тѣ и другіе содержатъ въ себѣ въ большомъ количествѣ красныя кровяныя шарики. Портальные пространства инфильтрованы не особенно сильно. Вокругъ сосудовъ видны часто скопленія круглыхъ элементовъ. Соединительная ткань видна въ нѣсколько большемъ количествѣ, чѣмъ въ нормѣ, вокругъ сосудовъ.

При большомъ увеличеніи клѣтки мутны, набухли, границы ихъ не ясны. Въ протоплазмѣ клѣтокъ вблизи сосудовъ мѣстами встрѣчается жиръ. Ядра клѣтокъ, по большей части, видны хорошо, мѣстами ввидѣ тѣни, изрѣдка отсутствуютъ въ периферическихъ клѣткахъ съ жировыми каплями. Мѣстами встрѣчались небольшой величины участки клѣтокъ, протоплазма которыхъ не окра-

шивалась и ядра тоже не воспринимали окраску. Среди такихъ участковъ встрѣчались круглоклѣточные элементы въ небольшомъ количествѣ. Соединительная ткань ввидѣ немного утолщенныхъ волоконъ вокругъ сосудовъ и изрѣдка даетъ отъ себя отпрыски, идущіе вдоль по капиллярамъ. Портальные пространства инфильтрованы круглыми элементами необильно; среди круглоклѣточныхъ скопленій вокругъ сосудовъ встрѣчаются довольно часто и продолговатые ядерные элементы. Вены расширены, стѣнки иногда инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами. Просвѣтъ вень заполненъ, главнымъ образомъ, красными кровяными шариками; тоже и въ расширенныхъ капиллярахъ. Въ стѣнкахъ артерій мѣстами нѣтъ ядеръ.

Случай № 21.

Евгенія В. 1 г. 6 мѣс. Смерть на 13-й день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina gravis. Lymphadenitis et periadenitis colli bilaterales. Angina necrotica.*

Краткая исторія болѣзни. Болѣзнь началась жаромъ, на слѣдующій день замѣтили сыпь и тотчасъ ребенка доставили въ больницу, куда онъ былъ принятъ съ t° —38,7; мелкоточечной сыпью, гипереміей зѣва и небольшимъ увеличеніемъ шейныхъ железъ. На 4-ый день t° —38,8. Яркая обильная сыпь, малиновый языкъ. Пульсъ учащенъ. 7-ой день. На тѣлѣ появились разбросанныя пятна различной величины геморрагическаго характера. Инфильтратъ клѣтчатки вокругъ шейныхъ железъ. Некрозъ зѣва. Общее состояніе тяжелое. 9-ый день t° —39,1. Геморрагія въ пахахъ. Инфильтратъ распространился на заднюю поверхность шеи. Обширный некрозъ зѣва. Состояніе тяжелое. 11-ый день. t° —37,8. Инфильтратъ нѣсколько мягче. Обильное отдѣляемое изъ носа. Пульсъ малый. Состояніе прежнее. 13-ый день t° —38,8. Сдѣлана инцизія справа на шеѣ, причемъ выдѣлилось немного гноя. Некрозы въ зѣвѣ меньше. Пульсъ частъ, малъ. Общее состояніе очень тяжелое. Къ вечеру ребенокъ умеръ.

Вскрытіе. *Lymphadenitis, periadenitis et phlegmona colli bilaterales. Angina et pharyngitis necrotica. Oedema aditus ad laryngem.*

Degeneratio adiposa miocardii. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Dilatatio cystis fellaeae. Nephritis septica. Enteritis catarrhalis acuta. Scarlatina.

Печень, вѣсомъ 350 г., желтоватоглинистаго цвѣта, на своей поверхности имѣетъ различной величины желтыя пятна. На разрѣзѣ рисунокъ печени плохо различимъ. Ткань ея дряблая.

Желчный пузырь сильно выдается за край печени, наполненъ жидкостью желтоватозеленоватаго цвѣта, по истеченіи которой хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа мѣстами видна, по большей же части неясно. Радиарное расположеніе балокъ тоже выражено не вездѣ ясно. Узлы встрѣчаются въ порядочномъ количествѣ ввидѣ сильно инфильтрованныхъ портальныхъ пространствъ и скопленій вокругъ сосудовъ. Соединительная ткань въ увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ. Вены расширены несильно, капилляры мѣстами расширены, мѣстами сужены.

При большомъ увеличеніи клѣтки кажутся увеличенными, границы ихъ не ясны, часто сливаются другъ съ другомъ. Протоплазма клѣтокъ мутна, окрашена однородно, мѣстами же плохо воспринимаетъ окраску. Въ протоплазмѣ большинства клѣтокъ видны различной величины вакуолы, которыя вблизи сосудовъ становятся значительно крупнѣе и нерѣдко занимаютъ всю клѣтку. Мѣстами же отъ протоплазмы клѣтокъ остаются лишь слѣды. Ядра клѣтокъ то хорошо окрашены, круглой формы, то окраска ихъ становится менѣе ясной, онѣ какъ бы таютъ и наконецъ совсѣмъ исчезаютъ. Узлы состоятъ изъ большого количества круглоклѣточныхъ элементовъ среди которыхъ очень часто видны и продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ безъядерныхъ волоконъ проходитъ среди нихъ. Нерѣдко соединительная ткань даетъ отъ себя отпрыски вдоль капилляровъ вглубь долекъ. Капилляры вблизи центральныхъ венъ расширены и наполнены красными кровяными тѣльцами; въ другихъ же мѣстахъ, гдѣ клѣтки печени увеличены въ размѣрахъ,—сужены и пусты. Вены не-

много расширены. Въ стѣнкахъ артерій мѣстами отсутствуютъ ядра.

Случай № 22.

Аксинья С. 4 года. Смерть на 14-й день

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis et periadenitis colli bilaterales. Stomatitis. Sepsis.

Краткая исторія болѣзни. Указаніе въ анамнезѣ на перенесенную 2 года тому назадъ корь.

Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ, болью въ горлѣ, рвотой. На слѣдующій день появилась сыпь; съ каждымъ слѣдующимъ днемъ ребенку становилось хуже и на 6-й день болѣзни онъ былъ доставленъ въ больницу съ t° —37,5, съ тѣломъ, покрытымъ мелкоточечной сыпью, гипереміей зѣва, некрозами на миндалинахъ и сильнымъ лимфаденитомъ при слабомъ общемъ состояніи. На 7-ой день t° —38,6. Сыпь синюшного характера. Инфильтратъ шейной клѣтчатки съ обѣихъ сторонъ, причемъ инфильтратъ этотъ спускается справа въ надключичную ямку и спереди до соединенія второго ребра съ грудиной. Стоматитъ и обширный некрозъ зѣва. Сильная инъекція сосудовъ склеръ. Состояніе очень тяжелое. 8-ой день t° —38,9. Остатки сыпи. Инфильтратъ клѣтчатки спустился по передней поверхности груди до уровня мечевиднаго отростка грудины. 9-ый день t° —38,9. Инфильтратъ въ прежнемъ положеніи. Общее состояніе безъ переменъ. 10-й день t° —39,4. Инфильтратъ въ прежнемъ положеніи. Меньшая инъекція склеръ. Некрозы зѣва еще держатся. Припухлость тыла лѣвой кисти. 12-й день t° —38,2. Инфильтратъ слѣва на шеѣ; справа попрежнему держится, на груди же уменьшается. Припухлость и болѣзненность локтя правой руки, опухоль на лѣвой кисти не пропадаетъ. Процупывается болѣзненная селезенка. 13-ый день t° —39,0. Боль въ голеностопныхъ суставахъ, состояніе очень тяжелое. Въ остальномъ безъ переменъ. 14-й день t° —39,5. Явленія со стороны суставовъ тѣ же. Инфильтратъ на груди уменьшился. Некрозъ зѣва еще выраженъ порядочно. Небольшая ригидность затылка. Пульсъ скверный, тоны сердца еле слышны. Смерть.

Вскрытіе. Phlegmona colli bilateralis et periadenitis bilateralis. Hyperaemia venosa meningum et cerebri. Otitis media purulenta sinistra. Mastoiditis purulenta dextra. Angina et pharyngitis necrotica. Dilatatio cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Pleuritis purulenta dextra incipiens. Hyperplasia septica lienis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis et renum. Enterocolitis catarrhalis. Dilatatio cystis fellaeae exquisita. Scarlatina. Sepsis.

Печень увеличена, края ея закруглены, вѣсъ 885 gr. Поверхность гладка, красноватобураго цвѣта, мѣстами съ небольшими бѣловатожелтыми пятнами. На разрѣзѣ рисунокъ выраженъ плохо. Ткань печени мягковата.

Желчный пузырь, содержащій жидкую желтоватозеленоватого цвѣта желчь, длиной 19 ст., шириной 6 $\frac{1}{2}$ ст.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа выражена не особенно ясно, расположеніе клѣтокъ въ балки довольно правильное. Узловъ встрѣчается порядочное количество ввидѣ инфильтраціи порталныхъ пространствъ. Вблизи сосудовъ видна крупная вакуолизациа клѣтокъ. Соединительная ткань въ большомъ количествѣ окружаетъ сосуды. Вены и капилляры почти не расширены.

При большомъ увеличеніи протоплазма клѣтокъ мутна, клѣтки разбухши, границы ихъ плохо различимы. Во многихъ клѣткахъ въ протоплазмѣ видны вакуолы различной величины, наблюдаемыя больше вблизи сосудовъ. Ядра клѣтокъ то видны хорошо, то какъ бы таютъ, встрѣчаются нерѣдко клѣтки и безъ ядеръ. Форма ядеръ то круглая, то овальная. Въ узлахъ масса крупноклѣточныхъ элементовъ среди которыхъ довольно часто встрѣчаются и продолговатыя. Соединительная ткань окружаетъ сосуды ввидѣ толстыхъ волоконъ. Капилляры не расширены, наполнены, по большей части, красными кровяными шариками.

Измѣненія желчнаго пузыря подъ микроскопомъ выражается въ утолщеніи его стѣнокъ и разрыхленіи ихъ тканей. Мышечныя и соединительнотканныя ихъ волокна отечны, плохо красятся; ядра ихъ не всегда различимы. Стѣнки сосудовъ не рѣдко окрашены. Эпителій слизистой отслоенъ, ядра не всегда окрашены.

Случай № 24.

Павель С. 8 лѣтъ. Смерть на 19-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Otitis media purulenta sinistra. Mastoiditis sinistra. Meningitis.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ сразу болью въ горлѣ, рвотой и жаромъ. На слѣдующій день выступила по тѣлу сыпь. На 3-й день болѣзни доставленъ въ больницу съ $t^0=38,2$, скарлатинозной сыпью и маркими налетами въ зѣвѣ. 4-й день $t^0=37,2$. Поверхностный некрозъ миндалинъ, сыпь видна еще. 6-ой день $t^0=36,3$. Сыпи нѣтъ, состояніе тяжелое. 8-ой день $t^0=36,4$. Болѣзненность лѣваго уха. 10-й день $t^0=36,0$. Ухо болѣзненно сильнѣе. Общее состояніе удовлетворительно. 13-ый день $t^0=37,0$. Припухлость за лѣвымъ ухомъ. 16-й день $t^0=38,8$. Появилась течь изъ лѣваго уха. 17-й день $t^0=37,8$. Припухлость за лѣвымъ ухомъ держится. 18-й день $t^0=38,9$. Течь изъ уха, небольшая припухлость лѣваго сосцевиднаго отростка. Общее состояніе вполне удовлетворительно. 19-й день $t^0=38,6$. Ребенокъ жалуется на головную боль и тошноту. Болѣзненность сосцевиднаго отростка. Съ 4-хъ часовъ дня ребенокъ въ безсознательномъ состояніи, постоянно вскрикиваетъ. Къ вечеру *exitus letalis*.

Вскрытіе. *Otitis media purulenta sinistra. Mastoiditis sinistra. Meningitis purulenta. Dilatio cordis et degeneratio parenchymatosa. Hyperaemia pulmonum. Hyperplasia lienis septica. Degeneratio adiposa hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta. Enteritis acuta. Scarlatina. Sepsis.*

Печень, вѣсомъ 760 гр., увеличена съ закругленными краями, буроватокраснаго цвѣта, съ гладкой поверхностью. Рисунокъ на разрѣзѣ выраженъ неясно. Ткань печени немного мягка.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость печени выражена неясно, расположеніе же клѣтокъ въ балки правильное. Узловъ изъ круглуклѣточныхъ элементовъ встрѣчается немного ввидѣ скопленій ихъ вокругъ сосудовъ. Вообще, инфильтрація порталныхъ пространствъ несильная. Соединительная ткань видна въ большомъ количествѣ вокругъ сосудовъ и среди круглуклѣточныхъ скопленій. Вены расширены,

капилляры немного. Просвѣтъ венъ то пустъ, то наполненъ кровью; въ просвѣтахъ же капилляровъ очень часто видны эмболы.

При большомъ увеличеніи клѣтки кажутся немного мутноватыми, границы ихъ видны довольно ясно, жира въ протоплазмѣ почти не наблюдается. Ядра клѣтокъ то ясно видны, то таютъ. Инфильтрація порталныхъ пространствъ несильная. Соединительная ткань ввидѣ утолщенныхъ волоконъ вокругъ сосудовъ. Вены расширены, иногда содержатъ въ себѣ печеночныя клѣтки. Въ капиллярахъ, нѣсколько расширенныхъ, закупоривающіе просвѣтъ массы состоятъ изъ кучекъ микрококковъ. Стѣнки артерій мѣстами окрашены довольно гомогенно и иногда не содержатъ ядеръ.

Случай № 25.

Николай Ш. 1 г. 6 мѣс. Смерть на 22-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Erythema papulatum. Otitis media purulenta sinistra. Mastoiditis sinistra.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ и сыпью. На 3-й день болѣзни поступилъ въ больницу съ $t^0=39,4$ и ясной мелкоточной сыпью по всему тѣлу. Общее состояніе умѣренной тяжести. На 5-й день $t^0=38,8$. Сыпь ціанотическаго характера. Состояніе стало тяжелымъ. 6-ой день $t^0=38,4$. Некрозы зѣва. 8-ой день $t^0=38,7$. Сыпь пропала. Болѣзненность ушей. 10-й день $t^0=39,1$. Изъ лѣваго уха появилась течь. 12-й день $t^0=39,9$. Около лѣваго уха появилась отечность и болѣзненность лѣваго сосцевиднаго отростка. Некрозъ зѣва. Тяжелое общее состояніе. 14-ый день $t^0=39,9$. *Stomatitis aphthosa*. Опухоль около лѣваго уха уменьшилась. 16-ый день $t^0=39,0$. По тѣлу появилась папулезнаго характера эритематозная сыпь темнокраснаго цвѣта. 18-ый день. $t^0=38,7$. Течь изъ лѣваго уха. Эритема пропала. Появились на шеѣ рѣзко увеличенныя железы. Состояніе стало хуже. 21-ый день $t^0=38,5$. Общее состояніе тяжелое, поносъ, плохой пульсъ. 22-ой день $t^0=39,1$. *Exitus letalis*.

Вскрытіе. *Hyperaemia meningum et cerebri. Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa cordis et hepatis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa renum. Hyperplasia acuta lienis. Scarlatina.*

Печень вѣсомъ 400 gr., буроватокрасноватаго цвѣта, на разрѣзѣ съ неясно выраженнымъ рисункомъ. Ткань ея мягковата.

Желчный пузырь величиной $7 \times 2\frac{1}{2}$ ст., наполненъ зеленоватожелтоватой жидкой желчью, по вскрытіи хорошо сократился.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа выражена довольно ясно, расположеніе балокъ правильное. Узловъ, состоящихъ изъ скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ, много. Расположены они, главнымъ образомъ, по периферіи долекъ вокругъ сосудовъ. Вены расширены, капилляры очень мало, причѣмъ какъ тѣ, такъ и другіе по большей части пусты. Клѣтки окрашены мѣстами очень плохо—некротическіе участки разной величины, мѣстами же довольно интенсивно. Соединительная ткань въ порядочномъ количествѣ вокругъ сосудовъ среди скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ.

При большемъ увеличеніи границы клѣтокъ плохо различимы; протоплазма клѣтокъ то окрашена удовлетворительно, то очень плохо, въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ, образуя то маленькіе, то нѣсколько большіе участки, она совсѣмъ не окрашена и лишь видны здѣсь остатки ядеръ. Клѣтки встрѣчаются увеличенными въ своихъ размѣрахъ, при этомъ бываютъ мутны и рѣдко содержать въ себѣ вакуолы небольшой величины; въ другихъ же мѣстахъ онѣ нѣсколько уменьшены съ вакуолами большей или меньшей величины. Ядра мѣстами съ ясными контурами, мѣстами какъ бы таютъ, иногда же наблюдалось нѣсколько ядеръ въ клѣткѣ. Портальные пространства инфильтрованы круглыми клѣтками, среди которыхъ въ большемъ количествѣ встрѣчаются продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань, окружающая сосуды и находящаяся среди круглоклѣточныхъ скопленій состоитъ изъ утолщенныхъ безъядерныхъ волоконъ, проникающихъ затѣмъ вдоль капилляровъ въ паренхиму долекъ. Вены по большей части пусты. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ встрѣчаются печеночныя

клѣтки. Капилляры пусты. Стѣнки артерій мѣстами безъ ядеръ, мѣстами же ядра имѣютъ четкообразную форму,

Случай № 26.

Софья П. 2 года Смерть на 23-ій день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis. Periadentitis colli dextra. Otitis media purulenta bilateralis.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ, рвотой и сыпью. На 5-ый день болѣзни доставленъ въ больницу при $t^{\circ} - 39,3$ съ точечной, отчасти геморрагической, сыпью, некрозомъ правой миндалины при тяжеломъ общемъ состояніи. 6-ой день $t^{\circ} - 38,7$. Яркая сыпь, нѣсколько синюшняя на конечностяхъ. 7-ой день $t^{\circ} - 39,0$. Справа на шеѣ лимфаденитъ. Цианотичная сыпь. Тяжелое состояніе. 10-ый день $t^{\circ} - 39,2$. Цианотичный видъ конечностей, некрозъ обѣихъ миндалинъ. Лимфаденитъ на шеѣ съ обѣихъ сторонъ. 12-ый день $t^{\circ} - 39,1$. Шелушеніе. Некрозъ всего мягкаго неба. Справа на шеѣ сильный періаденитъ. Пульсъ малый. 14-ый день $t^{\circ} - 37,2$. Присоединилась течь изъ праваго уха. 16-ый день $t^{\circ} - 38,4$. Появилась флюктуация справа на шеѣ. Некроза въ зѣвѣ нѣтъ. 18-ый день $t^{\circ} - 36,7$. Двусторонняя инцизия на шеѣ. 21-ый день $t^{\circ} - 37,2$. Изъ раны выделяются кусочки омертвѣвшей клѣтчатки. Пульсъ слабъ. 23-ій день $t^{\circ} - 39,9$. Появилась течь изъ второго уха. Изъ ранъ выделяется попрежнему омертвѣвшая клѣтчатка. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ появились влажные хрипы. Пульсъ слабъ. Тона сердца едва слышны. *Exitus letalis.*

Вскрытіе. *Angina necrotica. Degeneratio parenchymatosa acuta myocardii. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia acuta lienis. Scarlatina.*

Печень вѣсомъ 420 gr., желтоватоглинистаго цвѣта, на своей поверхности имѣетъ много различной величины желтыхъ пятенъ. На разрѣзѣ рисунокъ печени совершенно сглаженъ. Ткань ея на ощупь дрябла.

Желчный пузырь отклоненій отъ нормы не представляетъ.

Микроскопическая картина. Дольчатость органа видна при маломъ увеличеніи ясно, балки расположены радиарно. По периферіи долекъ, въ меньшей степени вокругъ центральныхъ венъ, видны въ большомъ количествѣ клѣтки, содержащія жиръ. Протоплазма клѣтокъ окрашена не особенно интензивно, ядра же выступаютъ довольно хорошо. Соединительная ткань въ порядочномъ количествѣ вокругъ сосудовъ. Портальные пространства мало инфильтрованы. Вены расширены, капилляры же—мѣстами. Просвѣтъ венъ и капилляровъ, особенно вблизи Глиссоновой капсулы, сплошь выполненъ бѣлыми кровяными тѣльцами. Въ нѣкоторыхъ же венахъ, а такъ же и артеріяхъ просвѣтъ закрытъ красными тромбами.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ плохо различимы, сами клѣтки увеличены въ размѣрахъ, мутны; протоплазма почти всѣхъ клѣтокъ содержитъ въ себѣ большей или меньшей величины жировыя капли, которыя принимаютъ огромныя размѣры вблизи сосудовъ какъ по периферіи долекъ, такъ и въ центрѣ ихъ. Нерѣдко капли эти оттѣсняють ядра къ периферіи клѣтки, захватываютъ ихъ самихъ или же даже выполняютъ собой сплошь всю клѣтку. Ядра клѣтокъ мѣстами видны еще хорошо, мѣстами видна только часть ихъ, въ другихъ же клѣткахъ оцѣ и совсѣмъ не видны. Въ портальныхъ пространствахъ кромѣ круглыхъ элементовъ порядочно и продолговатыхъ. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ безъядерныхъ волоконъ вокругъ сосудовъ въ порядочномъ количествѣ. Просвѣты венъ, капилляровъ тоже, набиты бѣлыми кровяными шариками, тогда какъ въ артеріяхъ и нѣкоторыхъ венахъ тромбы состоятъ исключительно изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Ядра въ стѣнкахъ артерій часто имѣють четкообразную форму, мѣстами же отсутствуютъ. Иногда стѣнки артерій инфильтрованы бѣлыми кровяными тѣльцами.

Случай № 27.

Станиславъ З. 3 года. Смерть на 24-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina gravis. Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Otitis media purulenta sinistra. Sepsis.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣвъ внезапно жаромъ и сыпью, на 4-ый день болѣзни поступилъ въ больницу при t° —40,5 съ густой сыпью, набухлостью и краснотой миндалинъ, съ слабымъ пульсомъ, въ тяжеломъ состояніи. Введено подъ кожу 150 к. с. противоскарлатинозной, сыворотки Московскаго Университета. 5-ый день. t° —37,6. Сыпь держится, на миндалинахъ маркіе налеты, слабый пульсъ. 7-ой день. t° —39,2. Безсознательное состояніе, некрозъ зѣва. 9-ый день t° —39,1. Сыпь еще видна. Некрозъ миндалинъ и дужекъ. Сознаніе есть. 11-ый день. t° —39,0. Сыпь септического характера; обширный некрозъ зѣва. 13-ый день t° —39,1. Течь изъ лѣваго уха. Уплотненіе шейныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. 17-ый день t° —39,2. Септическая сыпь держится. Въ лѣвомъ легкомъ мелкіе хрипы. 21-ый день. t° —38,8. Опухоль праваго лучезапястнаго сустава, лимфаденитъ на шеѣ прежней плотности. 23-ый день t° —38,3. Мелкія кровоизліянія на груди. Сознанія нѣтъ, пульсъ едва ощутимъ. 24-ый день t° —40,2. Exitus letalis.

Вскрытіе. *Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Pneumonia catarrhalis disseminata pulmonum utriusque. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Scarlatina. Sepsis.*

Печень, вѣсомъ 510 gr., буроватокрасноватаго цвѣта съ желтыми пятнами на поверхности различной величины и формы. Рисункъ на разрѣзѣ сглаженъ. Ткань наощупь мягка.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна довольно ясно. Расположеніе балокъ радиарное. Клѣтки представляются нѣсколько набухшими, мутноватыми. Ядра же не вездѣ отчетливо видны. Вдоль сосудовъ по периферіи долекъ видны скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ, но не въ большомъ количествѣ. Инфильтрація портальныхъ пространствъ несильная. Вены расширены, капилляры же мѣстами даже сужены. Просвѣтъ венъ по большей части пустъ; капилляры мѣстами пусты, мѣстами же заполнены бѣлыми кровяными тѣльцами. Соединительная ткань видна въ нѣсколько увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ среди скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ.

При большомъ увеличеніи протоплазма клѣтокъ мутна, границы клѣтокъ сливаются. Ядра клѣтокъ мѣстами видны хорошо, мѣстами таютъ, въ другихъ же клѣткахъ отъ ядеръ остались лишь контуры, внутри которыхъ видны одно или два ядрышка. Вакуолы въ протоплазмѣ клѣтокъ почти не встрѣчаются. Вены пусты, въ капиллярахъ мѣстами масса бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Очень рѣдко просвѣтъ капилляровъ бываетъ закрытъ массой, состоящей изъ кокковъ. Среди круглоклѣточныхъ скопленій встрѣчаются нерѣдко и продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань среди круглоклѣточныхъ скопленій и вокругъ сосудовъ состоитъ изъ довольно толстыхъ волоконъ, которыя видны и вдоль капилляровъ печени. Въ стѣнкахъ артерій мѣстами отсутствуютъ ядра.

Случай № 28.

Петръ К. 4 года. Смерть на 25-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ: Scarlatina. Lymphadenitis colli bilateralis. Angina necrotica. Pneumonia catarrhalis sinistra. Otitis media purulenta dextra. Palyarthritis. Pyaemia.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ внезапно рвотой, жаромъ. На 2-ой день болѣзни высыпала сыпь; на 3-ий день доставленъ въ больницу съ t° —39,4 ясной мелкоточечной сыпью и увеличенными железами на шеѣ. 5-ый день t° —38,7. Сыпь держится. Сѣроватые налеты на миндалинахъ. 7-ой день t° —38,2. Сыпь видна, налеты въ зѣвѣ, течь изъ праваго уха. 9-ый день t° —38,9. Появилась боль въ колѣнныхъ суставахъ. 11-ый день t° —38,3. Опухоль лѣвой кисти и лѣваго тазобедреннаго сустава. 13-ый день t° —38,8. Боль въ суставѣ держится, течь изъ втораго уха. 15-ый день t° —37,6. Опухоль и боль въ прежнихъ суставахъ. 18-ый день t° —39,3. Общее состояніе ухудшилось. Въ лѣвомъ легкомъ внизу мелкіе хрипы. 21-ый день t° —38,2. Пораженіе праваго голеностопаго сустава и мелкихъ суставовъ правой стопы, а такъ же обоихъ колѣнныхъ и локтевыхъ суставовъ. На 25-ый день болѣзни при явленіяхъ піеміи ребенокъ скончался.

Вскрытіе. Arthritis purulenta. Otitis media purulenta dextra. Degeneratio adiposa cordis. Pleuritis exudativa purulenta sinistra. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris sinistri. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa et partim adiposa renum. Enterecolitis acuta. Scarlatina. Pyaemia.

Печеньувеличена, края ея закруглены, вѣсомъ 615 гр., желтовато-буроваго цвѣта, на своей поверхности имѣетъ различной величины и формы желтоватыя пятна. На разрѣзѣ рисунокъ печени не виденъ. Ткань ея дрябла.

Желчный пузырь величиной $6\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ ст., по вскрытіи хорошо сократился; содержалъ желтоватую негустую желчь.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа выражена не особенно ясно, расположеніе клѣтокъ правильное. Вены расширены, капилляры тоже, пусты или содержатъ въ себѣ красныя кровяныя тѣльца. Портальная пространства инфильтрованы несильно, скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ вдоль сосудовъ немного. Соединительная ткань въ порядочномъ количествѣ вокругъ сосудовъ.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ видны плохо, протоплазма мутна; во многихъ клѣткахъ, больше около сосудовъ, видны какъ мелкія, такъ и крупныя жировыя капли. Ядра клѣтокъ то хорошо видны, то почти пропадаютъ, иногда содержатъ жиръ. Соединительная ткань видна ввидѣ довольно толстыхъ волоконъ вокругъ сосудовъ. Среди круглоклѣточныхъ скопленій видны часто и продолговатые ядерные элементы. Вены и капилляры расширены. Стѣнки артерій мѣстами безъ ядеръ.

Случай № 29.

Егоръ А. 1 годъ 6 мѣе. Смерть на 26-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Angina necrotica. Otitis media purulenta bilateralis.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ рвотой, жаромъ и сыпью. На 3-ий день болѣзни доставленъ въ больницу съ t° —40,0 мелкоточечной сыпью, гипереміей зѣва при удовлетворительномъ

общемъ состояніи. 5-ый день t° —38,0. Яркая сыпь и гиперемія зѣва. 7-ой день t° —40,0. Остатки сыпи, небольшой некрозъ зѣва, течь изъ лѣваго уха. Общее состояніе довольно тяжелое. 9-ый день t° —38,4. Шелушеніе. Некрозъ зѣва и течь изъ уха держатся. 11-ый день t° —39,8. Некрозъ меньше 13-ый день t° —38,5. Некрозъ почти исчезъ. Пульсъ мягкій, состояніе тяжелое. 15-ый день t° —38,2. Общее состояніе немного лучше. Некрозъ сталъ больше. 17-ый день t° —38,9. Некрозъ захватилъ лѣвую миндалину и лѣвую половину мягкаго неба. 19-ый день t° —39,0. Пробаденіе мягкаго неба слѣва и полный распадъ лѣвой миндалины. На рукахъ эритематозная сыпь. 21-ый день t° —38,4. Сыпь эритематозная исчезла. Некрозъ перешелъ на заднюю стѣнку глотки. 23-ий день t° —38,2. Течь изъ второго уха. Общее состояніе тяжелое. 25-ый день t° —39,1. Течь изъ ушей, обширный некрозъ зѣва и глотки. Очень тяжелое состояніе. 26-ой день t° —38,8. Ригидность затылка, расширение зрачковъ, отсутствіе реакціи ихъ. Exitus letalis.

Вскрытіе. Angina necrotica. Degeneratio adiposa myocardii et hepatitis. Hyperplasia acuta lienis. Nephritis haemorrhagica acuta. Scarlatina.

Печень, вѣсомъ 395 gr., съ гладкой поверхностью почти сплошь желтоватаго цвѣта. На разрѣзѣ рисунокъ ея совсѣмъ не виденъ. Ткань печени дрябловата.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна ясно, клѣтки располагаются въ радиарно идущія балки. Въ центральныхъ частяхъ дольки вокругъ центральныхъ венъ обыкновенно видны клѣтки съ обильными жировыми каплями. Соединительная ткань въ увеличенномъ количествѣ вокругъ сосудовъ. Портальные пространства немного инфильтрованы; небольшое скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ замѣчается и вдоль сосудовъ. Вены немного расширены, капилляры же не расширены. И тѣ и другіе, по большей части, пусты.

При большемъ увеличеніи клѣтки мутноваты, границы же ихъ различимы довольно ясно, въ размѣрахъ клѣтки не увеличены. Въ центральныхъ частяхъ долекъ клѣтки жирно перерождены, особенно вокругъ центральныхъ венъ, гдѣ жировыя капли нерѣдко занимаютъ собой всю клѣтку. Ядра клѣтокъ съ довольно

ясными контурами, мѣстами какъ бы таютъ, изрѣдка отсутствуютъ, въ жирноперерожденныхъ клѣткахъ пронизаны жиромъ. Форма ядеръ то круглая, то овальная или продолговатая. Иногда ядра пузырьковидны. Среди круглоклѣточныхъ скопленій встрѣчаются довольно часто продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ безъядерныхъ волоконъ окружаетъ сосуды и наблюдается среди скопленій круглоклѣточныхъ элементовъ, причѣмъ нерѣдко видно лишь небольшое количество послѣднихъ среди обильнаго количества толстыхъ соединительно-тканыхъ волоконъ. Вдоль трабекулъ тоже наблюдаются иногда пучки волоконъ, которыя охватываютъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отдѣльныя клѣтки или группы изъ нѣсколькихъ клѣтокъ. Вены немного расширены, капилляры же—вблизи центральныхъ венъ. Въ артеріяхъ мѣстами отсутствуютъ ядра.

Случай № 31.

Елена В. 1 г. 6 мѣс. Смерть на 35-ый день болѣзни.

Клинической діагнозъ. Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis et periadenitis colli dextra. Lymphadenitis colli sinistra.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно рвотой и жаромъ и въ первый же день болѣзни поступилъ въ больницу съ t° —39,5 мелкоточечной сыпью, яркой гипереміей зѣва. 2-ой день t° —39,6. Сыпь видна внизу живота. Въ зѣвѣ маркіе налеты. Состояніе тяжелое. Впрыснуто 150 к. с. противоскарлатинозной сыворотки. 3-й день t° —38,8. Сыпь почти скрылась. Въ зѣвѣ некрозы. Общее состояніе лучше. 5-ый день t° —37,4. Сыпь совсѣмъ скрылась. Справа на шеѣ увеличилась железа. 9-ый день t° —38,6. Железа увеличилась значительно, вокругъ нея плотный и болѣзненный инфильтратъ. 10-ый день t° —38,6. Инфильтратъ распространился къверху и къзади. Отечность въѣкъ праваго глаза. 12-ый день t° —37,6. Инфильтратъ флюктуируетъ. Состояніе довольно тяжелое. 14-ый день t° —38,0. Incisio. Ткань пропитана гноемъ, свободнаго гноя нѣтъ. 16-ый день t° —39,2. На мѣстѣ разрѣза распадъ ткани. 20-ый день t° —38,0. Снова железы немного увеличены. 23-й день t° —37,2. Безъ перемѣнъ.

27-ой день t° —38,1. Рана немного очищается. Состояніе становится тяжелѣе. 31-ый день t° —37,3. Омѣртвѣвшая клѣтчатка еще выдѣляется изъ ранъ. Общее состояніе очень тяжелое. Сердечная дѣятельность слабѣетъ. 33-й день t° —37,3. Ребенокъ слабѣетъ. На 35-ый день утромъ ребенокъ скончался.

Вскрытіе. *Incisio' bilateralis colli. Abscessus amygdali sinistri. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa acuta renum.*

Печень нѣсколько увеличена, края ея закруглены, вѣсъ—400 gr. Поверхность ея гладка, цвѣтъ красноватобурый. На разрѣзѣ рисунокъ не совсѣмъ ясенъ. Ткань немного мягка.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа видна неясно, расположеніе же клѣтокъ въ балки довольно правильное. По периферіи долекъ вокругъ порталныхъ пространствъ, а также около центральныхъ венъ въ клѣткахъ находится въ небольшомъ количествѣ жиръ. Инфильтрація порталныхъ пространствъ и скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ вдоль сосудовъ незначительное. Вены расширены сильно, капилляры же нѣтъ; и тѣ и другіе наполнены элементами крови. Седлательная ткань вокругъ сосудовъ и среди круглыхъ элементовъ въ небольшомъ, сравнительно, количествѣ.

При большемъ увеличеніи границы клѣтокъ различимы, мѣстами же плохо видны. Клѣтки полигональной формы, нѣсколько увеличены, протоплазма ихъ мутновата. Вблизи периферическихъ сосудовъ, а также и центральныхъ венъ въ протоплазмѣ клѣтокъ виденъ въ небольшомъ количествѣ жиръ. Расположены клѣтки не совсѣмъ правильными рядами. Ядра клѣтокъ часто хорошо видны, мѣстами хуже, изрѣдка отсутствуютъ, иногда же бываютъ пузырьчатыми. Инфильтрація порталныхъ пространствъ незначительная круглыми элементами, среди которыхъ немало и продолговатыхъ. Тоже наблюдается и среди скопленій вдоль сосудовъ. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ волоконъ иногда встрѣчается внутри дольки среди жирнопережденныхъ клѣтокъ печени. Вены наполнены кровью, изрѣдка въ нихъ попадаютъ печеночныя клѣтки. Стѣнки артерій мѣ-

стами плохо окрашиваются, мѣстами ядра въ нихъ отсутствуютъ.

Случай № 32.

Николай С. 5 лѣтъ. Смерть на 55-ый день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. *Scarlatina in stadio desquamationis. Nephritis parenchymatosa acuta. Pneumonia catarrhalis lobi superioris dextri. Pleuritis seropurulenta dextra.*

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ ребенокъ внезапно жаромъ, рвотой, болью въ горлѣ. На 3-й день болѣзни появилась по всему тѣлу сыпь. Сыпь держалась около недѣли, температура была повышена, боль въ горлѣ постепенно уменьшалась. Состояніе ребенка было, по словамъ родителей, не особенно тяжелое. Когда пропала сыпь, началось шелушеніе. Въ концѣ второй недѣли болѣзни у ребенка сначала появились отеки лица, а затѣмъ и всего тѣла. Общее состояніе ухудшилось и на 21-ый день болѣзни ребенокъ былъ доставленъ въ больницу. При поступленіи t° —38,1. Сильные отеки лица, туловища и конечностей. Асцитъ. Небольшая одышка, сердце нѣсколько расширено, пульсъ слабый. Состояніе средней тяжести. 24-ый день t° —36,6. Отеки лица и туловища держатся. Асцитъ тоже. Пульсъ ровный, состояніе лучше. Бѣлка $\frac{1}{8}$ 0/00. 26-ой день t° —36,6. Отеки значительно уменьшились. Асцитъ еще держится. Бѣлка слѣды. Общее состояніе удовлетворительно. 28-ой день t° —37,4. Отековъ туловища нѣтъ, осталась лишь небольшая одутловатость лица. Бѣлка $\frac{1}{4}$ 0/00. 29-ый день t° —40,5. Одутловатость лица увеличилась, въ остальномъ нигдѣ ничего новаго обнаружить не удалось. Бѣлка $\frac{1}{4}$ 0/00. 31-ый день t° —38,6. Одутловатость лица, отековъ на туловищѣ и конечностяхъ нѣтъ. Рвота. Общее состояніе средней тяжести. Бѣлка $\frac{1}{2}$ 0/00. 33-й день t° —38,9. Небольшая одутловатость лица. Въ правой верхушкѣ притупленіе и бронхиальный выдохъ. Бѣлка $\frac{1}{2}$ 0/00. 37-ой день t° —39,4. Отековъ нѣтъ. Въ правомъ легкомъ въ верхней долѣ рѣзкая тупость и бронхиальное дыханіе. Хриповъ нѣтъ. Состояніе тяжелое. Бѣлка $\frac{1}{8}$ 0/00. 40-ой день t° —37,5. Въ легкихъ безъ пере-

мѣнѣ. Пульсъ немного аритмиченъ. Бѣлка $\frac{1}{8}$ 0/00. 43-й день. t° —38,5. Въ легкихъ тѣ же явленія. Аритмія. Слѣды бѣлка. 47-ой день. t° —38,1. Незначительные отеки на ступняхъ. Въ легкомъ безъ перемѣнѣ. Рѣзко напряженъ животъ, немного болѣзненъ. Слѣды бѣлка. 49-ый день. t° —38,6. Въ правой верхушкѣ безъ перемѣнѣ. Притупленіе справа на спинѣ спускается до нижняго края легкаго. Здѣсь же ослаблено дыханіе. Бѣлка $\frac{1}{4}$ 0/00. 50-ый день. t° —36,8. Слѣва треугольникъ Раухфуса, эгофонія справа на мѣстѣ заглушенія. При пробной пункціи получилось около 30 к. с. серозной жидкости. 52-ой день t° —38,3. Отеки на ступняхъ и одутловатость лица. Явленія плеврита справа. Бѣлка $\frac{1}{4}$ 0/00. 54-ый день. t° —36,0. Дыханіе справа становится слышнѣе. Въ правой верхушкѣ немного хриповъ и бронхиальное дыханіе. Бѣлка слѣды. Пульсъ малъ. Состояніе очень слабое. На 55-ый день при t° —36,6 ребенокъ скончался.

Вскрытіе. Degeneratio parenchymatosa cordis. Pleuritis purulenta dextra incipiens. Pneumonia caseosa lobi superioris dextri. Peritonitis purulenta acuta. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Nephritis parenchymatosa. Hyperplasia acuta leinis. Hyperplasia acuta glandularum mesenteriarum.

Печень, вѣсомъ 505 gr. буроватокраснаго цвѣта съ гладкой поверхностью. На разрѣзѣ рисунокъ ея нѣсколько сглаженъ. Ткань печени наощупь чуть мягковата.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатости печени не видать, расположеніе же клѣтокъ правильное ввидѣ балокъ. Портальные пространства незначительно инфильтрованы, въ нихъ кромѣ истинныхъ желчныхъ ходовъ наблюдаются скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ, напоминающія собой новообразованные желчные ходы. По сосудамъ, иногда около расширеннаго капилляра, видны довольно часто скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ, среди которыхъ часто видны и продолговатые. Вены расширены немного, то пусты, то содержать въ себѣ кровь. Капилляры расширены, наполнены красными кровяными шариками. Соединительная ткань въ большомъ количествѣ вокругъ сосудовъ среди круглоклѣточныхъ скопленій.

При большомъ увеличеніи клѣтки уменьшены въ размѣрѣ, какъ бы сдавлены капиллярами. Границы клѣтокъ неясны. Протоплазма мутна, плохо окрашивается. Изрѣдка въ протоплазмѣ встрѣчаются вакуолы. Ядра, по большей части, круглой формы, изрѣдка овальны; красятся то хорошо, то нѣсколько хуже. Среди круглоклѣточныхъ скопленій много продолговатыхъ ядерныхъ элементовъ. Мѣстами встрѣчаются 3—4 ядерныя клѣтки. Соединительная ткань ввидѣ толстыхъ волоконъ вокругъ сосудовъ, причѣмъ иногда даетъ отпрыски вдоль капилляровъ. Вены расширены, стѣнки ихъ мѣстами инфильтрованы бѣлыми кровяными шариками. Стѣнки артерій плохо окрашиваются, мѣстами лишены ядеръ. Глиссонова капсула утолщена и порядочно инфильтрована.

Случай № 33.

Валентина Г. 7 лѣтъ. Смерть на 15-ый день болѣзни.

Клинической діагнозъ. Scarlatina. Icterus haematogenus. Haemolysis. Anaemia.

Краткая исторія болѣзни. Въ анамнезѣ указанія на корь. Заболѣлъ ребенокъ внезапно болью въ горлѣ, жаромъ. На 2-ой день болѣзни онъ былъ доставленъ въ больницу съ t° —39,4. По тѣлу густая мелкоточечная сыпь съ фіолетовымъ оттѣнкомъ. Въ зѣвѣ маркіе налеты. Вечеромъ вслѣдствіе ухудшенія общаго состоянія вприснуто 200 к. с. противоскарлатинной сыворотки. 3-й день t° —37,5. Сыпь яркая. Самочувствіе значительно улучшилось. 4-ый день t° —36,4. Сыпь почти исчезла. Состояніе хорошее. 6-ой день t° —38,6. Состояніе значительно ухудшилось. Появилась желтушная окраска склеръ. Печень не прощупывается и не болѣзненна. 8-ый день t° —37,7. Желтуха по всему тѣлу. Моча кровянистая, но подъ микроскопомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ не обнаруживается. Слабость прогрессируетъ. 10-ый день t° —37,5. Кожа восковоблѣднаго цвѣта, анемична. Склеры чуть окрашены въ желтый цвѣтъ. Печень прощупывается. Сильная слабость. 12-ый день t° —36,6. Общее состояніе безъ измѣненій. Рѣзкій шумъ на верхушкѣ сердца, увеличеніе печени

14-й день t^0 —36,0. Шумъ волчка на каротидахъ и систолическій шумъ на верхушкѣ сердца. Бредъ. На 15-й день ребенокъ скончался.

Вскрытіе. Icterus non magna. Dilatatio cordis. Degeneratio adiposa cordis. Infarctus anaemicus lienis. Hyperplasia acuta lienis. Hepar moschatum adiposum. Anaemia et degeneratio parenchymatosa renum. Scarlatina. Anaemia.

Печень, вѣсомъ 705 гр., увеличена, края ея закруглены, цвѣтъ желтоватый. На разрѣзѣ рисунокъ неясенъ. Ткань печени дрябла.

Микроскопическая картина. Дольчатость органа неясна. Расположеніе клѣтокъ довольно правильное. Портальные пространства порядочно инфильтрованы, инфильтрація эта иногда направляется отъ однихъ порталныхъ пространствъ къ другимъ, придавая имъ звѣздчатую форму. Соединительная ткань видна въ порядочномъ количествѣ вокругъ сосудовъ и среди кругло-клеточныхъ скопленій. Вены расширены, но мало; капилляры тоже.

Большое увеличеніе. Границы клѣтокъ видны не всегда ясно, протоплазма мутна; во многихъ клѣткахъ, преимущественно вокругъ центральныхъ венъ, въ протоплазмѣ наблюдаются большей или меньшей величины жировыя капли. Ядра клѣтокъ мѣстами видны отчетливо, мѣстами хуже, какъ бы таютъ, иногда же отсутствуютъ. Въ центральныхъ частяхъ иногда содержатъ въ себѣ жиръ. Портальные пространства инфильтрованы порядочно. Среди круглоклеточныхъ скопленій встрѣчаются и продолговатые ядерные элементы. Соединительная ткань наблюдается въ порядочномъ количествѣ ввидѣ довольно толстыхъ, по большей части, безъядерныхъ волоконъ среди круглоклеточныхъ скопленій. Вены и капилляры немного расширены, пусты. Стѣнки артерій плохо воспринимаютъ окраску, ядра мѣстами въ нихъ отсутствуютъ.

Случай № 34.

Антонъ К. 2 года. Смерть на 6-ой день болѣзни.

Клиническій діагнозъ. Scarlatina. Angina necrotica. Lymphadenitis colli bilateralis. Icterus.

Краткая исторія болѣзни. Заболѣлъ внезапно жаромъ и рвотой. На 2-ой день болѣзни появилась сыпь. На 3-й день доставленъ въ больницу съ t^0 —39,3. По тѣлу ясная точечная сыпь. Въ зѣвѣ маркіе налеты. 4-й день t^0 —39,1. Сыпь геморрагическаго характера. Некрозъ зѣва. Увеличеніе шейныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. Состояніе угнетенное. Впрыснуто 200 к. с. противоскарлатинозной сыворотки Московскаго Университета. 5-й день. t^0 —38,4 Сыпь геморрагическаго характера держится. Некрозъ зѣва и двусторонній лимфаденитъ тоже держится. Общее состояніе тяжелое 6-ой день. t^0 —38,4 Желтушная окраска кожныхъ покрововъ и склеръ. Сыпь мѣстами еще геморрагическаго характера. Железы безъ перемѣнъ. Некроза въ зѣвѣ нѣтъ. Край печени прощупывается. Ребенокъ сонливъ, ослабѣлъ. Ночью ребенокъ скончался.

Вскрытіе. Icterus. Angina necrotica. Pharyngitis necrotica. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum.

Печень, вѣсомъ 470 гр., увеличена, края ея закруглены. Цвѣтъ печени желтоватобуроватый, на разрѣзѣ рисунокъ ея неясенъ. Ткань дрябловата.

Микроскопическая картина. При маломъ увеличеніи дольчатость органа не видна. Расположеніе клѣтокъ довольно правильное. Узловъ, состоящихъ изъ обильныхъ скопленій круглоклеточныхъ элементовъ порядочно. Расположены они вокругъ и вдоль сосудовъ и представляютъ изъ себя инфильтрованные порталные пространства. Во всѣхъ почти клѣткахъ видны жировыя капли. Вены расширены, часто просвѣтъ ихъ бываетъ совершенно выполненъ красными кровяными шариками. Капилляры же иногда бываютъ совсѣмъ пусты.

При большомъ увеличеніи границы клѣтокъ плохо видны; клѣтки состоятъ почти изъ однихъ жировыхъ капель, протоплазмы почти не видно. Ядра клѣтокъ обыкновенно отгѣснены къ периферіи, форма ихъ часто измѣнена, нерѣдко и совсѣмъ не видны, часто же пронизаны жиромъ. Круглоклеточныхъ элементовъ большое количество, среди нихъ видно немного и про-

долговатыхъ ядерныхъ элементовъ. Соединительная ткань среди скоплений и вокругъ сосудовъ ввидѣ незначительно утолщенныхъ волоконъ. Вены содержать въ себѣ большую частью красные кровяные шарики, въ капиллярахъ же они находятся лишь мѣстами. Артеріи мѣстами не содержатъ въ своихъ стѣнкахъ ядеръ, въ другихъ мѣстахъ ядра ихъ плохо окрашены.

Въ концѣ своей работы считаю своимъ долгомъ выразить свою искреннюю и сердечную благодарность моему учителю глубокоуважаемому А. Е. Селинову какъ за предложенную тему, такъ и за постоянное руководство въ работѣ. Приношу свою благодарность Главному Врачу Городской Дѣтской больницы А. Д. Зотову за представленіе возможности работать въ стѣнахъ больницы и завѣдующему заразнымъ отдѣленіемъ Б. Н. Воинову за представленный для моей работы матерьялъ заразнаго отдѣленія.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- Aly Bey Ibrahim. Zur Kenntniss der acuten gelben Leberatrophie, insbesondere der dabei beobachteten Regenerationsvorgänge. Münch. med. Wochenschr. 1901 г.
- Arnold. Ueber Lebertuberc. Virch. Arch. 1880 г. Bd. 82.
- Arnold. Ueber die Anordnung des Glykogens. Ziegler's Beitr. 1912 г. Bd. 51.
- Arnold. Zur Morphologie des Leberglykogens und zur Structur der Leberzelle. Virch. Arch. 1908 г. Bd. 193.
- Baginsky. Lehrbuch f. Kinderkrankh. 1877 г.
- Barlow. Brit. med. Journ. 1906 г.
- Biermer. Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach. Virch. Arch. 1860 г. Bd. 19.
- Bingel. Ueber Lebercirrhose im Kindesalter nach Scarlatina. Jahrb. f. Kinderheilk. 1907 г. Bd. 65.
- Bjorksten. Die Wirkungen der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Leber. Ziegler's Beitr. 1899 г. Bd. 25.
- Benard. Le foie scarlatineux. Thèse de Paris. 1910 г.
- Cornil. Scarlatine suivie de purpura. Soc. Anat. 1864 г.
- Crooke. Zur pathologischen Anat. des Scharlachs. Fortschr. der Med. 1885 г.
- Escherich u. Schick. Scharlach. 1912 г.
- Gaston. Du foie infectieux. Thèse de Paris. 1893 г.
- Goujet et Dujarier. Les complications viscérales de la Scarlatine. Bull. et mém. de la Soc. med. des Hôpitaux de Paris 1909 г.

- Grancher et Comby. Traité des maladies des enfants.
Грегоръ. Измѣненія надпочечныхъ железъ при скарлатинѣ у дѣтей. Дисс. Спб. 1912 г.
Грегоръ. Измѣненія щитовидной железы при скарлатинѣ у дѣтей. Докл. на 1-омъ Всеросс. съѣздѣ педиатровъ. 1912 г.
Гундобинъ. Особенности дѣтскаго возраста. 1906 г.
Hadley. Indian. med. journ. 1908 г.
Harley. Med. chirurg. Transact. 1872 г.
Henoch. Charité Ann. 1888 г. Bd. 13.
Hesselbarth. Beitr. zur Kenntniss der malignen Complicationen von Scarlatina. Arch. f. Kinderheilk. 1884 г.
Heubner. Учебникъ дѣтскихъ болѣзней. Русск. изд. 1908 г.
Hutinel. Les maladies des enfants. 1909 г.
Jochmann. Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung f. den Krankheitsprocess. Zeitschr. f. klin. Med. 1905 г.
Jürgens. Fettembolie und Metastase von Leberzellen bei Eklampsie und Delirium tremens. Berl. klin. Wochenschr. 1886 г.
Jürgensen. Scharlach. Nothnagel's spec. Path. 1896 г. Wien.
Злобинъ. Объ измѣненіяхъ печени при зараженіи ея стрептококкомъ въ связи съ бактерицидными свойствами ея по отношенію къ послѣднему. Дисс. Спб. 1911 г.
Kasarinoff. Vergleichende Untersuchungen zur Histologie der Lipoide. Ziegler's Beitr. 1910 г. Bd. 49.
Klebs. Multiple Leberzellenthrombose. Ziegler's Beitr. 1880 г. Bd. III.
Klein. Trans. of pathol. soc. of London 1877 г.
Klestadt. Ueber Glykogenablagerung. Ergebn. der allg. Path. und path. Anat. 1911 г.
Клименко. Бактеріологическое изслѣдованіе крови при скарлатинѣ. Спб. 1911 г.
Ковальскій. О печени у дѣтей. Дисс. Спб. 1900 г.
Коноплевъ. Къ вопросу объ измѣненіяхъ кровеносныхъ сосудовъ при скарлатинѣ. Врач. Газ. 1912 г. № 50.
Kretz. Ueber Hypertrophie und Regeneration des Lebergewebs. Wiener klin. Wochenschr. 1894 г.
Кусковъ. Къ патологической анатоміи холеры. Больничная Газета Боткина 1892 г.

- Litten. Beiträge zur Lehre von der Scarlatina. Charité Ann. 1882 г.
Liebermeister. Beitr. z. path. Anat. und Klinik der Leberkrankheiten. Tübingen 1864 г.
Lubarsch. Die Puerperaleklampsie. Ergebn. der Alg. Aetiologie der Menschen- und Tierkrankheit. 1896 г.
Онъ-же. Ueber die path. Anat. und Pathogenese der Eklampsie. Correspondenzbl. des allgem. mecklenb. Aerztevereins. 1892 г.
Онъ-же. Zur Lehre von der Parenchymzellenembolie. Fortschr. der Med. 1893 г.
Markuse. Ueber Leberlymphome bei Infectiouskrankheiten. Virchow's Arch. 1900 г. Bd. 160.
Montenbruck. Ueber einen Fall von acuten Hydrops der Gallenblase bei Scharlach. Deutsch. med. Wochenschr. 1909 г.
Moore. Hydropsie de la vesicule biliaire. Report of the Dublin pathol. 1876 г.
Мочанъ. Измѣненія въ печени у дѣтей при нѣкоторыхъ острозаразныхъ болѣзняхъ и гастроэнтеритахъ. Дисс. Спб. 1903 г.
Neuretter. Oest. Jahr. f. Paediatrik. 1876 г.
Никифоровъ. О регенеративныхъ процессахъ въ печени при инфекціонныхъ болѣзняхъ и гигантскихъ эпителиальныхъ клѣткахъ въ ней. Мед. Обзор. 1910 г. Москва.
Никифоровъ. Микроскопическая техника. 1906 г.
Pfaundler und Schlossmann. Handbuch f. Kinderheilkunde. 1910 г.
Полозовъ. Къ вопросу о морфологіи липондныхъ веществъ. Мед. прибавленіе къ Морскому Сборнику 1910 г. Спб.
Pospischill. Ueber Scharlach. 1911 г.
Roger. Sur quelques maladies infectieuses. Revue de Méd. 1900 г.
Roger et Garnier. Des modifications anatomiques et chimiques du foie dans la Scarlatina. Revue de Méd. 1900 г.
Roger. La semaine médicale. 1897—98 г.г.
Rosenberg. Histologische Untersuchungen über das Leberglykogens. Beitr. z. path. Anat. und. allg. Path. 1910 г. Bd. 49.
Schilling. Virch. Arch. 1909 г. Bd. 196.
Schmorl. Die pathologisch - histologischen Untersuchungsmethoden. 1912 г.

Schmorl. Arch. f. Gynäkol. 1902 г.

Селиновъ. Измѣненія въ нервныхъ узлахъ сердца при скарлатинѣ. Докл. въ научн. собр. врачей Гор. Дѣтск. больн. Спб. 1912 г.

Siredey. Contribution à l'étude des alterations du foie dans les maladies infectieuses. Revue de Méd. 1886 г.

Соболевъ. Основы патолого-гистологической техники 1910 г.

Sörensen. Ueber scharlach-diphtheritis. Zeitschr. f. klin. Med. 1891 г.

Сухорѣцкій. Измѣненія почекъ при скарлатинѣ у дѣтей. Дисс. Спб. 1912 г.

Wagner. Beitr. z. path. Anat. des Scharlachs. Arch. f. Heilkunde. 1867 г.

Шене и Ягодинскій. Увеличеніе желчнаго пузыря при скарлатинѣ. Демонстр. въ Обществѣ дѣтск. врачей. Спб. 1909 г.

Zieglwattner. Ueber die Fixirung und Färbung des Glykogens u. mikroskop. Darstellung desselben neben Fett. Zeitschr. f. Wissensch. Mikrosk. 1912 г. Bd. 28.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Склеродермія, являясь очень рѣдкимъ заболѣваніемъ у дѣтей, даетъ у нихъ болѣе благопріятный прогнозъ, чѣмъ у взрослыхъ.

2. Переходъ брюшнаго типа дыханія у дѣтей въ грудной зависитъ отъ измѣненія съ возрастомъ положенія ихъ тѣла изъ горизонтальнаго, т. е. лежачаго, въ вертикальное.

3. Въ токсическихъ случаяхъ скарлатины противоскарлатинозная сыворотка Moser'a, примѣненная не позже 4-го дня болѣзни, является пока единственнымъ средствомъ, отъ котораго часто получаютъ хорошіе результаты.

4. При скарлатинѣ иногда наблюдаются смертельныя кровотечения.

5. Вторичные коревые ларингостенозы и большинство вторичныхъ коревыхъ ларингитовъ вызываються присутствіемъ въ гортани такихъ больныхъ бациллъ Löffler'a.

6. Мѣстное примѣненіе какихъ либо препаратовъ у дифтеритныхъ бациллоносителей въ большинствѣ случаевъ не оказываетъ благопріятныхъ результатовъ.

7. Въ клиникахъ и большихъ дѣтскихъ больницахъ обязательно должно быть грудное отдѣленіе, а также и молочная лабораторія въ завѣдываніи врача-спеціалиста.

CURRICULUM VITAE.

Владимиръ Филимоновичъ Знаменскій, сынъ протоіерея, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1883 г. Среднее образование получилъ въ С.-Петербургской 8-ой гимназій, которую окончилъ въ 1901 г. Медицинское образование получилъ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи, каковую окончилъ въ 1907 г. Еще студентомъ втеченіи двухъ лѣтъ работалъ при Дѣтской Академической клиникѣ покойнаго проф. Н. П. Гундобина, гдѣ затѣмъ продолжалъ работать и по окончаніи курса Академіи. Съ января 1909 г. состоитъ врачомъ-ассистентомъ Городской Дѣтской въ память Священнаго Коронованія Ихъ Императорскихъ Величествъ больницы. Докторантскіе экзамены сдалъ въ 1911 г. при Императорской Военно-Медицинской Академіи. Имѣетъ слѣдующія работы:

1. „Случай склеродерміи въ дѣтскомъ возрастѣ“. Сборникъ трудовъ врачей Дѣтской Академической клиники за 1907 г. въ память X-лѣтія профессорской дѣятельности Н. П. Гундобина.
2. „Къ вопросу о типахъ дыханія у дѣтей“. Докладъ въ заведеніи Общества дѣтскихъ врачей, посвященномъ памяти покойнаго проф. Н. П. Гундобина. 1908 г.
3. „Измѣненія печени при скарлатинѣ у дѣтей“. Последняя работа представляется въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

Объясненіе рисунковъ.

РИСУНОКЪ 1-ый.

Случай № 18. Смерть на 9-ый день болѣзни. Больш. увел. Разрывъ стѣнки сосуда и кровоизліяніе въ окружающую ткань.

РИСУНОКЪ 2-ой.

Случай № 16. Смерть на 9-ый день болѣзни. Больш. увел. Участокъ изъ некротически перерожденныхъ печеночныхъ клѣтокъ.

РИСУНОКЪ 3-ий.

Случай № 2. 2-ой день болѣзни. Больш. увел. Измѣненныя печеночныя клѣтки въ сосудѣ печени.

РИСУНОКЪ 4-ый.

Случай № 30. Смерть на 26-ой день болѣзни. Малое увел. Разростаніе соединительной ткани ввидѣ тяжа изъ Глиссоновой капсулы и вокругъ долекъ печени.

РИСУНОКЪ № 5-ый.

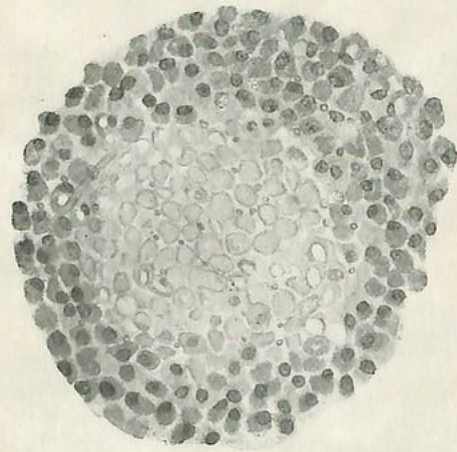
Случай № 15. Смерть на 9-ый день болѣзни. Больш. увел. Кокковая эмболія въ капиллярѣ печени.

РИСУНОКЪ № 6-ой.

Случай № 35. Смерть на 24-ый день болѣзни. Больш. увел. Кокковая эмболія въ стѣнкахъ желчнаго пузыря.



Рис. 1.



ис. 2.

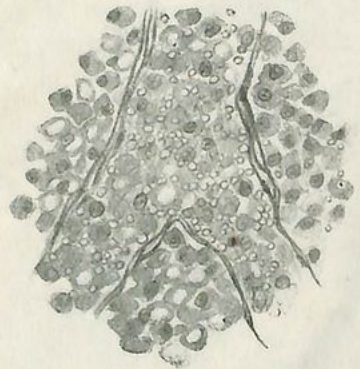


Рис. 3.

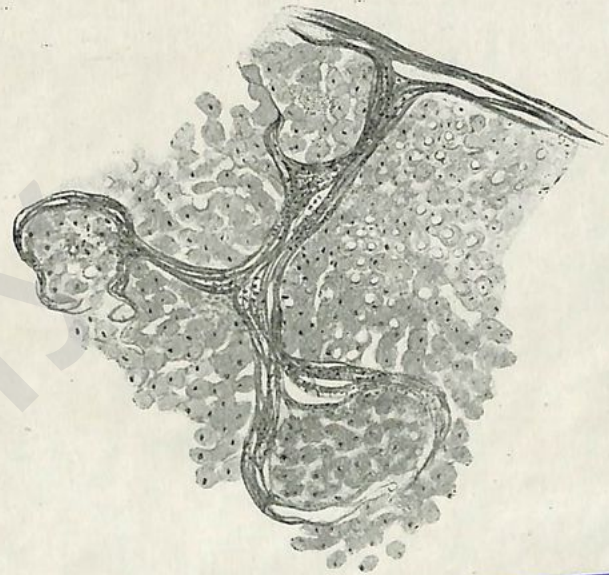


Рис. 4.

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ _____

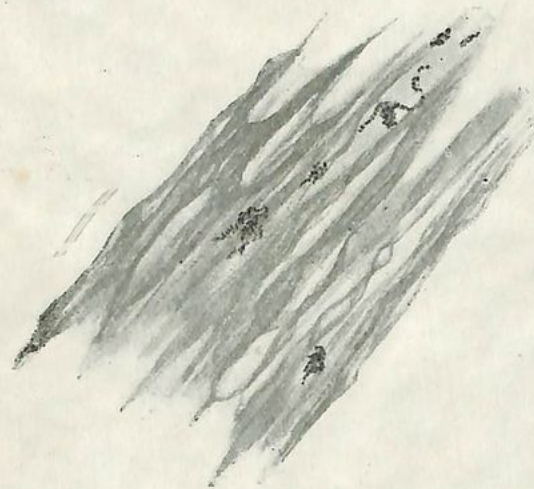


Рис. 6.



Рис. 5.