

2672

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1910—1911 учебномъ году.

№ 20.

КЪ ВОПРОСУ
○
ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ
ВЪ ЧЕРВЕОБРАЗНОМЪ ОТРОСТКѢ
ПРИ КИШЕЧНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ У ДѢТЕЙ.

Изъ Академической дѣтской клиники проф. **А. Н. Шкарина.**

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

П. Г. Табучъ.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Моисеевъ, А. Н. Шкаринъ и приватъ-доцентъ **Э. Э. Гартъе.**

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Ю. Н. Эрлихъ (влад. А. Э. Коллинсъ), Мал. Дворянская, 19.

1911.

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1910—1911 учебномъ году.

617

Пересылка
в 0261 в С.Петербург

№ 20.

№ 615-09134
" 616-053.2

616.091
122 12

КЪ ВОПРОСУ

О

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ

ВЪ ЧЕРВЕОБРАЗНОМЪ ОТРОСТКѢ

ПРИ КИШЕЧНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ У ДѢТЕЙ.

ПЕРЕСЫЛКОВАНО Б. П.
82220

Винницкий Государствен.
Фундамент. Библиотека
Медицинский Институт

Изъ Академической дѣтской клиники проф. А. Н. Шкарина.

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

П. Г. Табучъ.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Моисеевъ, А. Н. Шкаринъ и приватъ-доцентъ Э. Э. Гартъэ.

Гос. архивъ в 1965 г.

Винницкий
Библиотека
Медицинский Институт

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Ю. Н. Эрлихъ (влад. А. Э. Коллинсъ), Мал. Дворянская, 19.

1911.

Докторскую диссертацию врача П. Г. Табучъ подъ заглавіемъ: «Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ червеобразномъ отросткѣ при кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Императорскую военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ самой диссертации и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводовъ), причемъ 125 экземпляровъ диссертации и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 375 экз. диссертации — въ бібліотеку академіи.

С.-Петербургъ, 16 Декабря 1910 года.

Ученый секретарь,

академикъ А. Діанинъ.



Участіе червеобразнаго отростка въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей большинствомъ авторовъ принимается какъ фактъ. Многіе даже приписываютъ этому участію значеніе существеннаго этиологическаго фактора въ происхожденіи аппендицита въ дѣтскомъ возрастѣ. Такъ, въ извѣстномъ трудѣ *Sonnenburg'a* ¹⁾ мы читаемъ: «Нѣтъ сомнѣнія, что острый и хроническій катарръ червеобразнаго отростка зачастую присоединяется къ острымъ и хроническимъ разстройствамъ кишечника. Судя по новѣйшимъ изслѣдованіямъ червеобразный отростокъ принимаетъ болѣе или менѣе близкое участіе во всѣхъ заболѣваніяхъ слизистой оболочки кишечника, по крайней мѣрѣ у лицъ до 30 лѣтняго возраста. —» Объ этомъ же, т. е. объ участіи червеобразнаго отростка въ воспалительныхъ кишечныхъ заболѣваніяхъ, находимъ у *Ростовцева* ²⁾ слѣдующее: «Червеобразный отростокъ не есть какой нибудь органъ, обособленный отъ кишечника, наоборотъ, онъ его неразрывная часть. При заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта по всему его протяженію, или въ отдѣльныхъ частяхъ, червеобразный отростокъ долженъ принять такое-же участіе, такъ какъ нѣтъ никакихъ причинъ, или по крайней мѣрѣ мы не знаемъ такихъ причинъ, которыя защищали - бы его отъ общаго дѣйствія болѣзнетворныхъ факторовъ. —»

Такимъ образомъ путемъ аналогіи или логическихъ выводовъ установилось положеніе объ участіи червеобразнаго отростка въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ кишечника. Несомнѣнно, что основаніемъ для такого положенія прежде всего и въ значительной мѣрѣ послужили указанія на участіе его въ пораженіяхъ кишечника процессами специфическаго характера, какъ туберкулезъ, брюшной тифъ, дизентерія и т. п.

Такъ *Orth* ³⁾ въ своемъ руководствѣ къ патолого-анатоми-

ческой діагностики́ говоритъ, что туберкулезныя и тифозныя язвы охотно развиваются и въ червеобразномъ отросткѣ.

По Ribbert'у ⁴⁾ на червеобразный отростокъ распространяются бугорчатое воспаленіе, тифозный процессъ и рѣже дизентерическій. Кромѣ того имѣется не мало работъ, посвященныхъ вопросу, или касающихся вопроса объ участіи червеобразнаго отростка въ специфическихъ заболѣваніяхъ кишечника. О частотѣ туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка въ связи съ туберкулезомъ кишечника писалъ *Kraussold* ⁵⁾. У *Borchardt*'а ⁶⁾ приведены 3 случая, въ которыхъ одновременно съ существованіемъ туберкулезныхъ язвъ въ слѣпой кишкѣ таковыя наблюдались въ червеобразномъ отросткѣ. Сообщенія о томъ-же имѣются въ работахъ *Riedell*'я ⁷⁾, *Délorme*'а. ⁸⁾ О брюшно-тифозныхъ измѣненіяхъ въ червеобразномъ отросткѣ, наблюдавшихся на трупахъ умершихъ отъ этой болѣзни, сообщаетъ въ своей работѣ *Ростовцевъ* ²⁾. Кромѣ того имѣется изслѣдованіе *Hopfenhausen* ⁹⁾, гдѣ въ 30 случаяхъ брюшного тифа въ червеобразномъ отросткѣ оказались измѣненія, соотвѣтствовавшія этому заболѣванію. Относительно распространенія туберкулезнаго, тифознаго и дизентерійнаго процессовъ на червеобразный отростокъ у дѣтей находимъ указанія и перечисленіе авторовъ ихъ у *Matterstock*'а ¹⁰⁾, затѣмъ у *Henke* ¹¹⁾, *Ribbert*'а ¹²⁾, сюда же относятся работы *Bézy et Boyreau* ¹³⁾, а также *Vignard*'а ¹⁴⁾.

Выводы авторовъ въ пользу положенія объ участіи червеобразнаго отростка въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ кишечника въ особенности основывались на тѣхъ многочисленныхъ наблюденіяхъ, которыя касались вопроса о связи этихъ заболѣваній съ происхожденіемъ аппендицита. Представлялось особенно вѣроятнымъ допустить связь между желудочно-кишечными заболѣваніями и аппендицитомъ для дѣтскаго организма въ виду особенной склонности дѣтей ранняго возраста къ заболѣваніямъ пищеварительнаго тракта. Кромѣ *Sonnenburg*'а ¹⁾ и *Ростовцева* ²⁾, которые полагають, что острые или хроническіе желудочно-кишечные катарры, вовлекая въ участіе червеобразный отростокъ, могутъ служить поводомъ къ аппендициту, являющемуся въ такихъ случаяхъ лишь частнымъ явленіемъ болѣзненнаго процесса въ кишкахъ, и считаютъ, что такое обстоятельство по преимуществу происходитъ у дѣтей, можно указать на раздѣляющихъ это мнѣніе авторовъ, какъ *Matter-*

stock, ¹⁰⁾, *Herz* ¹⁵⁾, *Selter* ¹⁶⁾, и *Bamberg* ¹⁷⁾). Французскіе врачи особенно охотно считаютъ кишечныя заболѣванія этиологическимъ моментомъ аппендицита у дѣтей, въ смыслѣ перехода воспалительнаго процесса *per continuitatem* на червеобразный отростокъ. Къ числу таковыхъ принадлежатъ *Comby* ¹⁸⁾, который приписываетъ эту роль особенно *enteritis mucos-membranacea*. Подобныхъ взглядовъ держатся *Broca* ¹⁹⁾, *Roy* ²⁰⁾, *Brun* ²¹⁾, *Jalagier* ²²⁾. *Guinon* ²³⁾, напримѣръ, полагаетъ, что у дѣтей не бываетъ аппендицита безъ энтерита и, поскольку *colitis* локализуется въ слѣпой кишкѣ, постълько онъ является аппендицитомъ.

При всемъ томъ интересѣ, какой представляетъ въ этомъ отношеніи червеобразный отростокъ, непосредственныхъ изслѣдованій вопроса, какое-же именно участіе и постъсколько принимаетъ онъ въ тѣхъ или другихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей, не предпринималось, или по крайней мѣрѣ свѣдѣнія о нихъ не проникали въ педиатрическую литературу. Только въ послѣднее время вопросъ этотъ отчасти былъ затронутъ въ работѣ *Reika* ²⁴⁾. При изслѣдованіи желудочно-кишечнаго канала у дѣтей груднаго возраста, погибшихъ отъ разстройствъ пищеваренія, *Reika* ²⁴⁾ попутно изслѣдовалъ и состояніе червеобразнаго отростка. По его изслѣдованіямъ въ 11 случаяхъ оказалось, что червеобразный отростокъ въ общемъ не являлся непременно наиболѣе пораженной частью кишечника, какъ это можно было ожидать въ виду того, что патолого-анатомическія измѣненія слизистой оболочки при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей сильнѣе всего бывають выражены въ ileo-coecal'ной области. Червеобразный отростокъ оказался лишь въ одномъ случаѣ болѣе или менѣе рѣзко пораженнымъ, и микроскопическая картина измѣненій въ его стѣнкахъ соответствовала степени патолого-анатомическихъ измѣненій, отмѣченныхъ авторомъ въ толстой кишкѣ. Это относилось къ случаю фолликулярнаго энтерита, когда въ червеобразномъ отросткѣ наблюдалось значительное обиліе фолликуловъ и сильная инфильтрація.

Эпителий сохранился только частями; на мѣстахъ его нахождения клѣточные ядра окрашивались слабо; въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка было много гноя.

Въ остальныхъ случаяхъ можно было обнаружить небольшія измѣненія и именно въ ближайшей къ выходному отверстию

части червеобразнаго отростка, тогда какъ дистальная часть его въ большинствѣ случаевъ совершенно не была затронута. Послѣ всего изложеннаго естественно является интересъ къ вопросу о болѣе тонкой, микроскопической характеристикѣ тѣхъ измѣненій въ червеобразномъ отросткѣ, которыя имѣются при желудочно - кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей преимущественно ранняго возраста. Этимъ обстоятельствомъ вызвано было принятое мною съ готовностью предложеніе глубокоуважаемаго профессора Александра Николаевича Шкарина заняться изслѣдованіемъ состоянія червеобразнаго отростка при кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей.

Задача эта имѣла цѣлью выяснить, какія именно измѣненія и въ какой степени претерпѣваетъ червеобразный отростокъ при тѣхъ или иныхъ клиническихъ формахъ заболѣваній пищеварительнаго тракта у дѣтей, сравнительно съ ближайшими отдѣлами кишечника, т. е. съ нижней частью подвздошной кишки и съ начальной частью восходящей толстой. — составляющими вмѣстѣ со слѣпой кишкой такъ называемую ileo-coecal'ную область. Какъ извѣстно, эта область при кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей является именно тѣмъ мѣстомъ, гдѣ патолого-анатомическія измѣненія достигаютъ наибольшаго развитія, слѣдовательно картина состоянія соприкасающихся въ этой области отдѣловъ кишечника, на небольшомъ разстояніи отъ нея, съ одной стороны даетъ возможность судить объ измѣненіяхъ въ нихъ самихъ, а съ другой стороны представляетъ источникъ критерія, по которому можно произвести сравнительную оцѣнку измѣненій въ червеобразномъ отросткѣ, примыкающемъ непосредственно къ этой области.

Началу описанія своихъ наблюденій я считаю необходимымъ предпослать краткій очеркъ состоянія нашихъ свѣдѣній о патолого - анатомическихъ измѣненіяхъ въ кишечникѣ при желудочно - кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей ранняго возраста въ томъ видѣ, въ какомъ оно находится въ настоящее время. Первымъ изслѣдователемъ въ этой области является Baginsky²⁵⁾. Въ патолого - анатомическомъ отношеніи онъ различаетъ двѣ формы воспалительныхъ измѣненій въ кишечникѣ, катарральную и фолликулярную^{*)}. При катарральной формѣ въ острыхъ

*) Функціональныя заболѣванія безъ анатомическихъ измѣненій вошли въ группу диспепсій.

случаяхъ пораженная часть слизистой оболочки сильно инъецирована, *mucosa* и *submucosa* пронизаны многочисленными круглыми клѣтками, на многихъ мѣстахъ наблюдается потеря эпителия. Либеркюновы железы подвергаются дегенерации и частью разрушаются. Солитарные фолликулы и Reyer'овы бляшки выступаютъ болѣе сильно, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, весьма богаты клѣтками и иногда инъецированы. Въ лимфатическихъ сосудахъ, расположенныхъ между мышечными слоями стѣнки, наблюдаются скопленія круглыхъ клѣтокъ. При фолликулярной формѣ воспаленія кишечника почти всегда имѣется картина катарра съ уничтоженіемъ эпителия и вышеописанными измѣненіями железистой паренхимы; но самыя главныя измѣненія наблюдаются въ подслизистой ткани и въ фолликулярныхъ образованіяхъ. Подслизистая равно какъ и *muscularis mucosae* пронизаны громаднымъ количествомъ круглыхъ клѣтокъ; фолликулы сильно инъецированы, переполнены круглыми клѣтками и иногда обнаруживаютъ въ центрѣ мутно-зернистый распадъ послѣднихъ. Лимфатическіе сосуды принимаютъ дѣятельное участіе въ процессѣ.

Хроническія формы *Baginsky* ²⁵⁾ дѣлится на под-острые и хроническіе катарры, при продолжительномъ существованіи которыхъ наблюдается кистовидное расширеніе нижней части Либеркюновыхъ железъ. Въ слизистой имѣются многочисленные круглыя клѣтки, тогда какъ *submucosa* бѣдна клѣтками. Фолликулы весьма многочисленны. Исходомъ этихъ формъ является атрофія кишечника.

Это описаніе было принято всѣми и не встрѣчало возраженій до появленія въ 1896 году работы *Heubner'a* ²⁶⁾. По мнѣнію *Heubner'a* ²⁶⁾ анатомическіе признаки воспаленія кишечника встрѣчаются рѣдко и, если они имѣются на лицо, то выражены мало и ограничиваются толстой кишкой.

Далѣе онъ высказалъ, что болѣе рѣзкая дегенерация эпителия покровнаго и въ Либеркюновыхъ железахъ со значительнымъ образованіемъ слизи бываетъ только при острыхъ катаральныхъ формахъ и представляется далеко не въ такомъ видѣ, какъ описалъ *Baginsky* ²⁵⁾. Но самымъ существеннымъ обстоятельствомъ въ изслѣдованіяхъ *Heubner'a* ²⁶⁾ было то, что благодаря пользованію матеріаломъ, взятымъ очень скоро послѣ наступленія смерти, ему удалось почти во всѣхъ своихъ случаяхъ получить на препаратахъ сохранившійся въ большей или

меньшей степени эпителий кишекъ. На основаніи своихъ опытовъ *Heubner* ²⁶⁾ объяснилъ, что эпителий уже черезъ 4—6 часовъ послѣ наступленія смерти отрывается отъ подлежащаго слоя вслѣдствіе наступленія процессовъ трупнаго разложенія и измѣняется такимъ образомъ, что границы между отдѣльными клѣтками сглаживаются, рисунокъ протоплазмы становится неяснымъ и ядра клѣтокъ плохо воспринимаютъ окраску.

Вскорѣ послѣ сообщенія *Heubner*'а ²⁶⁾ *Baginsky* ²⁷⁾ произвелъ рядъ новыхъ изслѣдованій надъ матеріаломъ, который какъ и у *Heubner*'а брался сейчасъ-же послѣ наступленія смерти, дабы по возможности устранить посмертныя измѣненія.

Это послѣднее обстоятельство до извѣстной степени дало ему возможность избѣжать тѣ недостатки первой его работы, которые обуславливались несовершенствомъ методики и именно несвѣжествомъ изслѣдованнаго матеріала. Нѣсколько позже *Marfan* ²⁸⁾ ²⁹⁾ на основаніи своихъ изслѣдованій, произведенныхъ при условіяхъ, исключającychъ быстрое наступленіе посмертныхъ измѣненій путемъ фиксаціи матеріала въ теченіи первыхъ 2-хъ часовъ послѣ наступленія смерти, высказалъ ту мысль, что въ основѣ функциональныхъ измѣненій непременно должны быть структурныя измѣненія. Во всѣхъ своихъ случаяхъ онъ находилъ въ большей или меньшей степени воспалительныя измѣненія въ кишечникѣ, которыя чаще всего выступали въ нижнемъ отдѣлѣ тонкой кишки, а также въ толстой.

Такимъ образомъ, благодаря болѣе совершеннымъ методамъ, изслѣдованію патолого-анатомическихъ измѣненій въ дѣтскомъ кишечникѣ открылись новые пути, съ помощью которыхъ обнаружались въ этой области весьма важныя и, какъ казалось раньше, недоступныя непосредственному опредѣленію данныя о состояніи кишечнаго эпителия.

«Ученіе о десквамаціи эпителия—говоритъ *Bloch* ³⁰⁾,—было» «признаваемо въ теченіи многихъ лѣтъ всѣми, такъ какъ» «оно постоянно подтверждалось изслѣдованіями въ большин-» «ствѣ случаевъ на матеріалѣ, подвергшемся трупнымъ измѣ-» «неніямъ».—Въ общемъ упоминаніе о десквамаціи кишечнаго эпителия, сближавшее его съ чѣмъ-то вродѣ слущиванія эпителия кожи, рѣзко противорѣчило ученію о важной роли, кото-

рую онъ играетъ въ процессахъ всасыванія, выдѣленія и защиты организма отъ внѣдренія болѣзнетворныхъ началъ.

Одной изъ наиболѣе солидныхъ работъ по вопросу патолого-анатомическихъ измѣненій дѣтскаго кишечника является работа *Bloch'a* ³⁰⁾, вышедшая въ 1903 году. Желая уменьшить вліяніе посмертныхъ измѣненій *Bloch* по возможности скорѣе послѣ наступленія смерти инъецировалъ брюшную полость 10% растворомъ формалина. благодаря чему кишечникъ фиксировался *in situ* безъ лишнихъ манипуляцій, которыя сами по себѣ не безразличны для сохраненія дѣйствительныхъ отношеній въ тканяхъ. На основаніи патолого-анатомическихъ измѣненій и соотвѣтственно съ клиническимъ теченіемъ *Bloch* ³⁰⁾ дѣлитъ свои случаи на двѣ группы. Къ первой группѣ онъ относитъ тѣ случаи съ непродолжительнымъ теченіемъ, гдѣ имѣлись преимущественно инъекція, кровоизліянія и эрозіи.

Кругло-кѣлочная инфильтрація въ этихъ случаяхъ была въ общемъ незначительна и ограничивалась только слизистой оболочкой, тогда какъ *muscularis mucosae* и подслизистая ткань въ большинствѣ случаевъ были свободны отъ нея; фолликулы также обнаруживали незначительное набуханіе. Въ этихъ острыхъ случаяхъ обращали на себя вниманіе измѣненія эпителиальныхъ кѣлокъ въ смыслѣ дегенераціи и кистовидное расширение железъ прозрачнымъ содержимымъ. Ко второй группѣ относятся случаи, протекавшіе болѣе хронически. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи они характеризуются обильной лимфоидной инфильтраціей не только интерстиціальной ткани слизистой оболочки, но и такихъ частей кишечной стѣнки, которыя, какъ *muscularis mucosae* и подслизистая ткань, въ обычныхъ условіяхъ не содержатъ круглыхъ кѣлокъ. Кромѣ того круглыя кѣлки пронизываютъ эпителий покровный и железистый. Дегенерація покровнаго эпителия и железистыхъ кѣлокъ можетъ быть такою-же, какъ и въ случаяхъ съ острымъ теченіемъ. *Bloch* наблюдалъ, что на мѣстахъ, гдѣ инфильтрація была выражена особенно сильно, эпителий могъ иногда совершенно отсутствовать, такъ что обнаруживались небольшія поверхностныя изъявленія, дно которыхъ состояло исключительно изъ круглыхъ кѣлокъ. Железы часто были кистовидно расширены и содержимое ихъ состояло главнымъ образомъ изъ круглыхъ кѣлокъ. Лимфатическіе сосуды были болѣе или менѣе расширены и наполнены круглыми кѣлками. Что касается распро-

страненія процесса, то онъ не на всемъ пространствѣ кишечника одинаково бываетъ выраженъ. Во многихъ случаяхъ воспаленіемъ затронуты только небольшіе участки кишки. Въ слѣпой кишки воспалительныя явленія выступаютъ сильнѣе всего. Кровенаполненіе, равно какъ и измѣненія въ интерстиціальной ткани, дегенерація и потеря эпителія оказываются выраженными въ слѣпой кишкѣ болѣе, чѣмъ въ какомъ-нибудь другомъ мѣстѣ кишечнаго тракта.

Отъ слѣпой кишки по направленію вверхъ и внизъ интенсивность воспалительныхъ явленій въ кишечникѣ уменьшается. Явленіе это наблюдалось авторомъ и въ острыхъ и въ хроническихъ случаяхъ. *Bloch* ³⁰⁾ объясняетъ этотъ фактъ предположеніемъ, что именно здѣсь, т. е. въ слѣпой кишкѣ, кишечное содержимое наиболѣе долго задерживается.

Въ небольшомъ числѣ случаевъ *Bloch'a* патолого-анатомическая картина представлялась менѣе характерной, такъ что ихъ нельзя было всецѣло отнести къ той или другой группѣ. Это обстоятельство дало *Bloch'у* поводъ считать такіе случаи переходными отъ одной группы къ другой.

Ислѣдованія *Bloch'a* касаются дѣтей грудного возраста съ желудочно-кишечными разстройствами, слѣдовательно не обнимаютъ собой всѣхъ заболѣваній пищеварительнаго тракта, свойственныхъ дѣтскому возрасту вообще, но тѣмъ не менѣе и методъ ислѣдованія и выводы изъ полученныхъ результатовъ хорошо характеризуютъ современное положеніе вопроса о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ дѣтскаго кишечника и могутъ служить руководящимъ началомъ для послѣдующихъ ислѣдованій въ этой области.

Здѣсь мы должны еще предпослать указанія на анатомическія особенности червеобразнаго отростка у дѣтей.

Съ эмбриологической точки зрѣнія слѣпая кишка представляетъ изъ себя сравнительно значительный придатокъ толстой кишки. Дистальная часть этого придатка вслѣдствіе задержки роста превращается въ рудиментарный органъ—червеобразный отростокъ. У взрослыхъ онъ отличается отъ остальной кишки значительно рѣзче, чѣмъ у новорожденныхъ, у которыхъ онъ впадаетъ въ слѣпую кишку воронкообразно расширяясь. Во внѣтробной жизни воронкообразное устье червеобразнаго отростка суживается такъ, что на 2-мъ году жизни входъ въ отростокъ оказывается болѣе узкимъ, чѣмъ

его полость (Deiss ³¹). «Такое широкое сообщеніе—замѣчаетъ «Ribbert ¹²)—является причиной того, что у грудныхъ дѣтей «въ червеобразномъ отросткѣ никогда не находится каловыхъ «массъ, потому что сильная мускулатура его легко можетъ «удалить черезъ широкій выходъ все содержимое». Во всѣхъ случаяхъ, наблюдавшихся нами, обнаруживалось обратное явленіе: чѣмъ моложе былъ ребенокъ, тѣмъ скорѣе въ полости червеобразнаго отростка можно было найти калъ, какъ это видно изъ прилагаемой ниже таблицы:

№ случая	Возрастъ	Содержимое червеобразнаго отростка.	№ случая	Возрастъ	Содержимое червеобразнаго отростка.
2	15 дней	Много жидкаго кала.	15	7 мѣс.	Жидкій калъ, слизь.
9	26 »	Жидкій калъ, слизь.	21	8 »	Слѣды кала.
5	6 недѣль	То-же.	31	9 »	Немного кала.
11	6 »	То-же.	33	9 »	То-же.
3	2 мѣс.	То-же, безъ слизи.	17	10 »	Слизь.
8	2 »	То-же.	23	11 »	Немного кала, слизь.
19	2 м. 19 д.	Много жидкаго кала.	18	1 годъ	Жидкій калъ.
4	3 ¹ / ₂ м.	То-же.	20	1 »	Слизь.
24	3 ¹ / ₂ »	То-же.	30	1 г. 2 м.	Немного кала.
1	3 м. 16 д.	Жидкій калъ.	22	1 » 3 »	Слизь.
6	4 мѣс.	Слизь.	25	1 » 5 »	Немного кала, кровянистая слизь.
10	5 »	Много жидкаго кала.	29	1 » 5 »	Слизь.
12	5 »	То-же и слизь.	27	1 » 6 »	Немного кала.
13	5 »	То-же.	34	1 » 6 »	Кровянистая слизь.
16	5 »	То-же.	32	2 ¹ / ₂ года	Жидкій калъ.
7	6 »	То-же.	28	5 лѣтъ	Слизь.
14	6 »	То-же.	26	6 »	Кровянистая слизь.

Въ этомъ отношеніи наблюденія наши согласуются съ заявленіемъ *Matterstock'a* ¹⁰⁾, который говоритъ, что присутствіе каловыхъ массъ въ червеобразномъ отросткѣ у дѣтей констатируется постоянно, въ особенности при существованіи діарреи. Другую особенность дѣтскаго червеобразнаго отростка составляетъ его относительно значительная длина и ширина. По *Ribbert'у* ¹²⁾ длина его у взрослыхъ въ среднемъ 8,5 стм., у новорожденныхъ—3,4 стм. Ширина его по отношенію къ ширинѣ слѣпой кишки у взрослыхъ составляетъ 1 : 20, у новорожденныхъ 1 : 10. Въ нашихъ случаяхъ длина червеобразнаго отростка была въ предѣлахъ отъ 4,0 до 7,5 стм.; въ среднемъ для дѣтей разнаго возраста (отъ 15 дней до 2¹/₂ лѣтъ) она была 5,5 стм., для дѣтей перваго полугодия жизни—5,6 стм. Поперечный размѣръ опредѣлялся сейчасъ подъ воронкообразнымъ расширеніемъ начальной части червеобразнаго отростка. Величина его была болѣе постоянной, находясь въ предѣлахъ 0,6 — 1 стм. Эти данныя могутъ имѣть лишь относительное значеніе, такъ какъ измѣренія производились на матеріалѣ, подвергшемся дѣйствию формалина, который, какъ извѣстно, вызываетъ большее или меньшее сокращеніе тканей. Существенную особенность дѣтскаго червеобразнаго отростка, которою онъ значительно отличается отъ отростка взрослыхъ, составляетъ его богатство лимфатическими фолликулами, благодаря чему онъ гораздо легче можетъ вовлекаться въ участіе во всѣхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ кишечника. По изслѣдованіямъ *Lettulle'я et Weinberg'a* ³²⁾ участіе это бываетъ весьма раннее и играетъ значительную роль въ дальнѣйшемъ воспаленіи. Съ другой стороны благодаря такому богатству фолликуловъ пораженіе червеобразнаго отростка у дѣтей можетъ проявляться гораздо тяжелѣе и въ болѣе острой формѣ, и такъ какъ тѣсно расположенные фолликулы простираются очень глубоко въ стѣнку червеобразнаго отростка, то воспаленіе можетъ очень скоро достигнуть серознаго покрова. (*Sonnenburg*¹⁾ *Selter*, ³¹⁾ *Постовцевъ*,²⁾ *Deiss*.¹⁶⁾ Что касается гистологическаго строенія червеобразнаго отростка у дѣтей, то таковое, какъ и у взрослыхъ, сходно со строеніемъ толстой кишки. Въ немъ также кромѣ серозной оболочки и подсерозной ткани различаютъ два слоя мышць, наружный—продольный и внутренній, болѣе мощный, круговой. Между этими слоями расположены болѣе крупные лим-

фатическіе сосуды. Подслизистая ткань, какъ и въ толстой кишкѣ, является вмѣстилищемъ лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, въ раннемъ возрастѣ болѣе круглой формы (*Stöhr*),³³) которые находятся здѣсь въ большомъ количествѣ. Строеііе слизистой оболочки ничѣмъ не отличается отъ такового въ толстой кишкѣ и по количеству и глубинѣ Либеркюновыхъ железъ вполне сходно съ послѣднимъ.

Методика изслѣдованій. Для своихъ изслѣдованій я пользовался методомъ, который, какъ сказано выше, примѣнилъ для изслѣдованій дѣтскаго кишечника *Bloch*,³⁰) а затѣмъ *Reika*²⁴). Этотъ методъ состоитъ въ томъ, что трупы, изъ которыхъ берется матеріалъ для изслѣдованій, возможно скорѣе послѣ наступленія смерти инъецируются 10% растворомъ формалина (*Bloch*), или, какъ это дѣлалъ *Reika*, разведеннымъ четверо продажнымъ формалиномъ. Въ послѣднемъ случаѣ концентрація раствора въ 2,5 раза больше, чѣмъ въ первомъ. Растворъ той или иной концентраціи вводится въ брюшную полость съ помощью канюли, соединенной посредствомъ резиновой трубки съ фунтовой воронкой. Растворъ формалина вливается въ воронку и при подниманіи послѣдней на извѣстную высоту медленно поступаетъ въ брюшную полость. Небольшое выпячиваніе стѣнки живота напоромъ введенной жидкости указываетъ на то, что послѣдняя поступила въ брюшную полость въ достаточномъ для надежной фиксаціи количествѣ. Для предупрежденія обратнаго вытеканія жидкости черезъ оставленное канюлей отверстіе, его необходимо закрыть, проще всего ватой съ коллодіемъ. Количество использованнаго за каждый разъ раствора колебалось въ зависимости отъ размѣровъ трупа въ предѣлахъ 150—350 кв. см. Послѣ инъекции трупы оставались въ прохладномъ помѣщеніи до слѣдующаго дня, когда производилось вскрытіе. Секціонный матеріалъ, которымъ я пользовался въ городской дѣтской больницѣ, поступалъ въ мое распоряженіе въ промежутокъ отъ 2 до 3 часовъ, но не позже, послѣ наступленія летальнаго исхода и немедленно же инъецировался. Примѣненіе 10% раствора формалина, а тѣмъ болѣе 25%-наго настолько измѣняло внѣшній видъ органовъ брюшной и отчасти грудной полости, что *макроскопическое* изслѣдованіе секціоннаго матеріала становилось невозможнымъ, поэтому явилась необходимость понизить концентрацію раствора. Опытъ показалъ, что 7,5% растворъ формалина вполне удо-

влетворительно сохранять макроскопическую картину и потому въ дальнѣйшемъ примѣнялся для инъекцій только послѣдній растворъ.

Послѣдующая обработка матеріала, полученнаго на секціи съ извѣстными предосторожностями во избѣжаніе поврежденій (*Schmorl*), ³⁴⁾ заключалась въ томъ, что объекты, взятые для изслѣдованія, помѣщались съ цѣлью лучшаго уплотненія на 5—7 дней въ 12,5% растворъ формалина, затѣмъ безъ предварительной промывки водою непосредственно проводились черезъ спиртъ постепенно повышаемой концентраціи (*Никифоровъ*), ³⁵⁾ т. е. 70°, 90° и 95° спиртъ, откуда переносились въ абсолютный алкоголь, затѣмъ въ смѣсь послѣдняго съ равнымъ объемомъ эфира и послѣ этого на 7—8 сутокъ въ жидкій целлоидинъ, а изъ послѣдняго въ густой целлоидинъ на 4—5 сутокъ.

Двойная окраска срѣзовъ производилась гематоксилиномъ *Delafield*'а съ эозиномъ и по *v. Gieson*'у, съ предварительной окраской ядеръ желѣзнымъ гематоксилиномъ *Weigert*'а. Для окраски слизи примѣнялся Safranin въ 5% карболовой водѣ. Плазматическія клѣтки окрашивались по *Unna* полихромной Methylenblau съ послѣдующимъ дифференцированіемъ въ разведенной Gyzerinaethermischung.

Классификація желудочно-кишечныхъ заболѣваній у дѣтей ранняго возраста до настоящаго времени не перестаетъ служить предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій. Если принципы, положенные въ основу *Wiederhofer*'омъ ³⁶⁾ при его попыткѣ классифицировать желудочно-кишечныя заболѣванія на основаніи патолого-анатомическихъ измѣненій пищеварительнаго тракта въ тѣхъ или другихъ случаяхъ, и его попытки на основаніи характера измѣненій и локализациі послѣднихъ создать клиническую классификацію въ свое время подверглись критикѣ, то съ другой стороны терминологія, введенная въ этой области *Wiederhofer*'омъ ³⁶⁾, и до настоящаго времени удерживается при опредѣленіи нѣкоторыхъ заболѣваній: мы говоримъ у постели больного о диспепсіи, энтерокаатаррѣ, enterocolit'ѣ, cholera infantum, гастро-энтеритѣ, фолликулярномъ энтеритѣ и т. д.

Несомнѣнно, что степень патолого-анатомическихъ измѣненій не всегда соотвѣтствуетъ клиническимъ явленіямъ; на примѣръ, при энтерокаатаррѣ, закончившемся лѣтальнымъ исхо-

домъ, на секціи могутъ оказаться сравнительно незначительныя патолого-анатомическія измѣненія, которыя съ одной стороны сами по себѣ мало отличаются отъ измѣненій при диспептическихъ состояніяхъ (т. е. функціональных заболѣваній) желудочно-кишечнаго тракта, а съ другой стороны не объясняютъ тяжести клиническаго теченія болѣзни. Къ тому же, само собой разумѣется, классификація желудочно-кишечныхъ заболѣваній по локализациіи процесса является крайне условной и съ той точки зрѣнія, что патолого-анатомическія измѣненія въ большинствѣ случаевъ являются болѣе или менѣе разлитыми на протяженіи желудочно-кишечнаго тракта; естественно, что нарушеніе функціи отдѣльной части послѣдняго, напримѣръ желудка, должно въ извѣстной степени отразиться и на функціи другихъ частей пищеварительнаго канала, откуда представленіе объ изолированныхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта, какъ таковыхъ, является неполной и крайне односторонней; характеристика желудочно-кишечныхъ заболѣваній по даннымъ бактериологическаго изслѣдованія выдѣленій кишечника точно также недостаточно обоснована.

Изслѣдованія позднѣйшаго времени, изложенныя въ работахъ Бреславльской школы (*Czerny, Keller*)³⁷, а также въ работахъ Берлинскихъ педиатровъ (*Heubner* и его ученики, *Finkelstein*)³⁸, въ изученіи желудочно-кишечныхъ заболѣваній у дѣтей грудного возраста особенно подробно отмѣчаютъ клиническіе симптомы, относящіеся къ состоянію интоксикаціи организма, а также къ нарушенію обмѣна веществъ; такимъ образомъ характеристика той или другой формы желудочно-кишечныхъ заболѣваній основывается этими клиницистами не на отдѣльныхъ симптомахъ, и именно не на измѣненіяхъ отправленій кишечника, а на совокупности всѣхъ клиническихъ признаковъ заболѣванія; при этомъ различаютъ случаи «болѣе тяжелыхъ» разстройствъ питанія и «болѣе легкихъ». Къ послѣднимъ относятъ такіе случаи, при которыхъ общее состояніе ребенка, т^о тѣла, равно какъ и всѣ его мало отражаютъ на себѣ нарушеніе питанія (диспептическія заболѣванія). Другая группа—«болѣе тяжелыя» разстройства питанія—охватываетъ случаи, въ которыхъ наблюдается рѣзкое паденіе вѣса тѣла, значительное пониженіе способности организма приспособляться къ тѣмъ или другимъ измѣненіямъ въ пищевомъ режимѣ, при чемъ даже незначительное введеніе пищи, которая

при легкомъ разстройствѣ питанія вполне усваивалась бы ребенкомъ и не усиливала бы клиническихъ проявленій заболѣванія, въ этихъ случаяхъ уже отражается на клинической картинѣ: усиливается поносъ, вѣсь продолжаетъ падать, появляются симптомы раздраженія нервной системы и т. п. Въ эту группу мы относимъ какъ случаи, сопровождающіеся болѣе или менѣе сильнымъ поносомъ, какъ enterocatarrhus, enterocolitis acuta и chronica, enteritis follicularis, cholera asiatica, dysenteria, такъ и такія разстройства питанія, которыя ведутъ къ крайнему истощенію всего организма, не давая въ отдѣльныхъ случаяхъ явленій тяжелаго поноса; сюда относится кишечная форма атрепсии. Тѣ случаи, которые послужили матеріаломъ для моихъ изслѣдованій относятся ко второй изъ этихъ группъ, т. е. являлись по клиническимъ симптомамъ «тяжелыми» желудочно-кишечными заболѣваніями.

При изложеніи изслѣдованныхъ нами случаевъ мы распредѣлили ихъ по группамъ, руководясь главнымъ образомъ тѣми явленіями въ теченіи болѣзни, которыя въ общемъ даютъ возможность отличать заболѣванія „острыя“ отъ заболѣваній „съ болѣе продолжительнымъ теченіемъ“, или хроническихъ.

Эта группировка представляется намъ тѣмъ болѣе подходящей, что, какъ мы знаемъ изъ работы *Bloch'a*, такому дѣленію до извѣстной степени отвѣчаетъ въ соответствующихъ случаяхъ патолого-анатомическая картина состоянія дѣтскаго желудочно-кишечнаго тракта. Съ этой точки зрѣнія станетъ понятнымъ, почему въ группу „острыхъ заболѣваній“ вошли случаи энтерокаатарра съ его симптомами интоксикаціи, выражающимися разстройствомъ сознанія, своеобразнымъ измѣненіемъ дыханія, лихорадочнымъ измѣненіемъ t° болѣе или менѣе опредѣленнаго типа, рвотой, поносомъ, паденіемъ вѣса тѣла, коллапсомъ и другими кардинальными признаками, которыя были установлены *Finkelstein'омъ* и его школой, и въ ту же группу отнесены случаи остраго энтро-колита, фолликулярнаго и флегмонознаго энтерита и азіатской холеры.

Въ группу „хроническія заболѣванія“ вошли случаи съ болѣе продолжительнымъ клиническимъ теченіемъ, и характерной чертой ихъ являлось глубокое нарушеніе, сопровождавшееся нарастающимъ истощеніемъ организма, которыя приводило въ концѣ концовъ къ летальному исходу.

1. Варвара Г.—3 мѣсяца, 16 дней. Принята въ больницу 9/IV, умерла 10/IV. 12 дней назадъ мать отняла ребенка отъ груди и перевела на коровье молоко, разбавляя его водой 1:2. Черезъ недѣлю послѣ этого появилась частая рвота и поносъ. Вѣсъ тѣла 3200 грм. Ребенокъ сильно ослабѣвшій, въ подавленномъ состояніи, съ дряблой сухой кожей; большой родничекъ въ треть игральной карты. Въ легкихъ чисто, тоны сердца очень глухіе, пульсъ слабый, до 180 въ 1', t°—36,1°, конечности холодныя, ціанотичныя. Языкъ обложенный, сухой; животъ плоскій, мягкій. До 9 час. вечера стулъ 5 разъ, жидко, со слабой зеленой окраской, съ небольшою примѣсью слизи. Къ утру ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 30 часовъ оказалось: малокровіе и отекъ мозга; мышца сердца дряблая, на разрѣзѣ тусклая, блѣдная. Въ желудкѣ много слизи и точечныя кровоизліянія въ слизистой оболочкѣ. Въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ подвздошной кишки слизистая мѣстами гиперемирована, немного набухшая. Слизистая толстой кишки представляется слегка розоватой. Червеобразный отростокъ 6,5 стм. длиною, въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 стм.; въ полости его находится свѣтло-желтый калъ и немного слизи. Слизистая оболочка блѣдна, немного складчатая. *Этикриз:* *Gastro-enteritis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печен. Умѣренная инъекція слизистой и подслизистой; равномерная, не рѣзкая инъфильтрація интерстиціальной ткани; въ muscularis mucosae и въ подслизистой видны одиночныя блуждающія клѣтки. Ворсины на всей высотѣ своей сохранили эпителиальный покровъ; клѣтки его въ состояніи довольно замѣтнаго набуханія, имѣютъ нѣсколько неясныя границы; ядра хорошо окрашиваются. Въ Либеркюновыхъ железахъ набуханіе клѣтокъ выражено меньше; въ просвѣтѣ ихъ скопленіе слизи и одиночныя блуждающія клѣтки.

Appendix. Въ начальной части отростка немного инъецированныхъ сосудовъ въ слизистой оболочкѣ. По направленію къ вершинѣ червеобразнаго отростка явленіе это совершенно исчезаетъ. Эпителій сохранился вполне; клѣтки его немного набухшія, имѣютъ отчетливыя границы и хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ небольшое увеличеніе числа бокаловидныхъ клѣтокъ. Въ устьяхъ железъ и на поверхности слизистой имѣются скопленія слизи. Фолликулы не измѣнены, мѣстами выступаютъ въ ткань слизистой.

Colon ascendens. Умѣренная инъекція слизистой оболочки съ одновременнымъ небольшимъ расширеніемъ сосудовъ въ подслизистой ткани. Инфильтрація интерстиціальной ткани выражена слабо. На нѣкоторыхъ участкахъ эпителій отсутствуетъ; въ немъ и въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ клѣтокъ. Тамъ, гдѣ эпителій сохранился, клѣтки его имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; окраска ядеръ хорошая. Фолликулы безъ измѣненій.

2. Алексѣй А.—15 дней. Принятъ въ больницу 28/III, умеръ 4/IV. Вскармливался разведеннымъ коровьимъ молокомъ, каждый разъ послѣ ѣды срыгиваніе. 5 дней назадъ появилась рвота, затѣмъ поносъ; за время болѣзни ребенокъ сильно ослабѣлъ.

Вѣсъ тѣла 3050 грм. Блѣдная, мало эластичная кожа; слабое развитіе подкожнаго жира. Дыханіе глубокое, частое, тоны сердца глуховаты, пульсъ легко сжимаемый, частый, t° —36,8°. Животъ немного вздутъ, отчасти напряженъ, конечности холодныя. Въ испражненіяхъ много воды, временами слизъ и зеленоватая окраска. На слѣдующій день t° 37,0°, стулъ 6 разъ такого же вида.

2/IV въ легкихъ внизу и сзади обнаружено притупленіе, на этомъ мѣстѣ выслушивались влажные хрипы. 3/IV t° 36,3°, дѣятельность сердца ослабѣла, пульсъ частый, слабый. Раннимъ утромъ 4/IV exitus.

На вскрытіи черезъ 28 часовъ оказалось: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ. Острое катарральное воспаленіе легкихъ; увеличеніе селезенки. Слизистая желудка набухшая, слегка гиперемирована. Въ тонкой кишкѣ мѣстами набуханіе и гиперемія слизистой; въ начальной части толстой

кишки явленія эти выражены слабѣе, а въ colon transversum совершенно отсутствуютъ. Червеобразный отростокъ длиною 4,5 стм., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 стм., содержитъ много жидкаго свѣтло-желтаго кала. Слизистая блѣдна.

Эпикризъ: Gastro-enteritis acuta. Bronchopneumonia.

Микроскопическое изслѣдованіе. Печен. Значительная гиперемія слизистой и отчасти подслизистой ткани; интерстиціальная ткань умѣренно инфильтрирована круглыми клѣтками. Въ подслизистой мѣстами возлѣ сосудовъ видны въ небольшомъ количествѣ лейкоциты. Большая часть ворсинъ покрыта по всей своей высотѣ эпителиемъ; среди его клѣтокъ имѣется увеличенное число бокаловидныхъ; границы клѣтокъ отчасти неясны, ядра окрашиваются хорошо. Либеркюновы железы немного расширены прозрачнымъ содержимымъ, въ которомъ видны одиночныя блуждающія клѣтки.

Appendix. Слизистая немного инъецирована въ начальной части червеобразнаго отростка. Въ сохранившемся на всемъ протяженіи эпителии наблюдается увеличенное число бокаловидныхъ клѣтокъ. Границы клѣтокъ выступаютъ отчетливо, ядра окрашиваются хорошо. Либеркюновы железы безъ измѣненій. Фолликулы въ подслизистой ткани нѣсколько увеличены, сохраняютъ свои границы и немного выступаютъ въ ткань слизистой. Въ подслизистой измѣненій нѣтъ.

Colon ascendens. Умѣренная инъекція и мелко-клѣточная инфильтрація слизистой оболочки. Въ подслизистой ткани немного инъецированныхъ сосудовъ. Цѣлость эпителия мѣстами нарушена; тамъ, гдѣ онъ сохранился, клѣтки его оказываются довольно набухшими, чередующимися съ частыми бокаловидными клѣтками; границы слегка сглажены, окраска ядеръ хорошая. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ суженъ набухшими клѣтками, въ устьяхъ ихъ слизь. Фолликулы слегка увеличены.

3. Зинаида С.—2 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 8/IV, умерла 13/IV. На грудномъ кормленіи. Съ недѣлю назадъ рвота, поносъ. Вѣсъ тѣла 3350 грм. Истощенный ребенокъ съ сухой, легко собирающейся въ складки кожей. Легкіе чисты, дыханіе учащено. Тоны сердца чистые, пульсъ 180 въ 1', средняго наполненія, правильный, t° тѣла 38,0°. Животъ напряженный, немного вздутый, тимпаничный. Въ частыхъ жидкихъ испражненіяхъ комочки неперевареннаго жира, немного слизи

и зеленая окраска. За время наблюдения появлялась рвота послѣ кормления; съ назначеніемъ голодной діеты рвота прекратилась. Стулъ 5—8 разъ въ сутки, съ большимъ содержаніемъ воды, а въ послѣдніе дни съ примѣсью слизи. Вѣсъ тѣла на 4-й день пребыванія упалъ до 3200 грм.; t° —въ предѣлахъ $36,3^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$. 12/IV къ ночи рѣзкое ослабленіе дѣятельности сердца и въ 5 ч. утра 13/IV ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 32 часа оказалось: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; гипостатическая пневмонія въ нижней долѣ лѣваго легкаго. Въ желудкѣ много вязкой слизи; слизистая его блѣдна. Тотчасъ за 12-ти перстной кишкой и въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной слизистая гиперемирована, тускла, въ складкахъ. Въ толстой кишкѣ измѣненій не оказалось. Червеобразный отростокъ длиною въ 4,5 стм., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 стм., содержитъ немного жидкаго кала и слизь. Слизистая оболочка макроскопически не измѣнена. *Эпикризъ: Gastro-enteritis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Плевм. Значительная инъекція слизистой съ кровоизліянiami въ верхнихъ слояхъ, подъ эпителиемъ. Въ интерстиціальной ткани замѣтно выраженная мелко-кѣлочковая инфильтрація. Вершины нѣкотораго числа ворсинъ лишены эпителія; ниже этихъ дефектовъ кѣлки называются сильно набухшими, съ нѣскольکو сглаженными границами; у небольшого числа кѣлокъ, и преимущественно у находящихся на границахъ съ дефектами въ эпителии, ядра окрашиваются слабо. Число наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ кѣлокъ замѣтно увеличено. Въ Либеркюновыхъ железахъ набуханіе кѣлокъ выражено слабѣе, границы отчетливы, окраска ядеръ хорошая. Небольшая часть железъ имѣтъ кистовидно расширенный просвѣтъ. Въ подслизистой ткани наблюдается инъекція болѣе крупныхъ сосудовъ.

Appendix. Небольшая инъекція нѣкотораго числа сосудовъ въ подслизистой ткани и мѣстами въ слизистой. Сохранившійся на всемъ протяженіи червеобразнаго отростка эпителий оказывается почти не измѣненнымъ. Либеркюновы железы имѣютъ обычную ширину просвѣта, въ которомъ содержится немного слизи. Фолликулы въ подслизистой ткани немного увеличены, границы ихъ очерчены ясно.

Colon ascendens. Инъекція слизистой отсутствуетъ; въ подслизистой немного инъецированныхъ сосудовъ. Покровный эпи-

тепій сохранился вполнѣ, клѣтки его не измѣнены. Фолликулы не представляютъ сколько-нибудь замѣтнаго увеличенія.

4. Александра В.—3 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ. Принята въ больницу 12/V, умерла 18/V. Грудное кормленіе, а со 2-го мѣсяца за недостаткомъ молока у матери стала получать разбавленное коровье молоко. Частыя неправильности въ отравленіяхъ кишечника, выразившіяся въ запорахъ, которые по временамъ смѣнялись жидкимъ, учащеннымъ стуломъ, происходили до послѣдняго времени. 4 дня назадъ появилась нѣсколько разъ рвота, къ ней присоединился поносъ; ребенокъ пересталъ принимать пищу.

Вѣсъ тѣла 3150 грм. Сильно истощенный ребенокъ, съ дряблой, сухой кожей. Въ легкихъ выслушиваются разсѣянные сухіе хрипы; тоны сердца глухіе, пульсъ частый, мягкій, t-ра 36,2°. Языкъ обложенный, сухой, губы запекшіяся; животъ нѣсколько вздутъ, немного напряженъ. Въ жидкихъ, водянистыхъ испражненіяхъ зеленоватая окраска. Общее состояніе подавленное. За время наблюденія стулъ былъ 6—8 разъ въ сутки, сохраняя описанныя свойства; иногда въ испражненіяхъ замѣчалось присутствіе слизи. Рвота появлялась въ первые 3 дня, затѣмъ прекратилась. Явленія въ легкихъ оставались въ одномъ положеніи. Т° держалась между 36,5°—37,2°. 17/V съ полудня ухудшеніе общаго состоянія и значительное ослабленіе сердечной дѣятельности. Утромъ 18/V наступила смерть.

На вскрытіи черезъ 26 часовъ оказалось: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; катаральный бронхитъ. Слизистая желудка блѣдная, безъ складокъ. На стѣнкахъ его слизь. Въ верхнемъ отдѣлѣ тонкой кишки слизистая не представляетъ измѣненій, въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ наблюдается мѣстами гиперемія и небольшое набуханіе; слизистая толстой кишки въ начальной части, приблизительно на 15 см., слегка гиперемирована, утолщена. Червеобразный отростокъ длиною въ 6,8 см., въ поперечномъ размѣрѣ 1,0 см., содержитъ много жидкаго блѣдно-желтаго кала. Слизистая оболочка безъ замѣтныхъ измѣненій. *Эмбрионъ: Gastro-enteritis acuta. Bronchitis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Цепи. Довольно рѣзко выраженная инъекція слизистой, мѣстами кровоизліянія въ подэпителиальномъ слое. Мелко-клѣточковая инфильтрація интерсти-

ціальной ткани выражена въ умѣренной степени. Эпителій сохранился на всѣхъ ворсинахъ; клѣтки его набухшія, съ неясными кое-гдѣ границами; среди нихъ увеличенное число бокаловидныхъ клѣтокъ; ядра окрашиваются хорошо. У небольшого числа Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ немного расширенъ прозрачнымъ содержимымъ; въ ихъ устьяхъ и въ просвѣтѣ кишки слизь.

Appendix. Слабая инъекція слизистой въ начальной части отростка и немного инъецированныхъ сосудовъ въ подслизистой ткани. Покровный эпителий кромѣ небольшого набуханія клѣтокъ измѣненій не представляетъ. Въ отчасти суженномъ просвѣтѣ Либеркюновыхъ железъ слизь. Фолликулы въ подслизистой ткани оказываются увеличенными, не переходятъ своихъ границъ.

Colon ascendens. Незначительная инъекція слизистой и нѣсколько большее наполненіе сосудовъ въ подслизистой ткани. Мѣстами въ нижнихъ слояхъ слизистой небольшая инфильтрація. Покровный эпителий въ состояніи нѣкотораго набуханія, съ отчетливыми границами у большинства клѣтокъ, что наблюдается и въ Либеркюновыхъ железахъ. Фолликулы немного увеличены.

5. Дмитрій З.—6 недѣль. Принятъ въ больницу 22/v, умеръ 25/v. Грудное вскармливаніе. Три дня назадъ заболѣлъ рвотой и поносомъ. Вѣсъ тѣла 2900 грм. Истощенный до крайней степени ребенокъ. Кожа сухая, дряблая, землистой окраски, глаза ввалившіеся. Дыханіе глубокое, стонущее. Тоны сердца глухіе, пульсъ слабого наполненія, частый, t° тѣла $36,8^{\circ}$. Животъ немного вздутъ, мягкій; испражненія частыя, жидкія, со слабой зеленой окраской. На слѣдующій день t° 37° , рвота даже послѣ охлажденнаго питья, стулъ 6 разъ, водянистый, пульсъ нитевидный. Послѣ вливанія физиологическаго раствора NaCl общее состояніе нѣсколько улучшилось. 24/v стулъ 5 разъ, водой. Состояніе подавленное, дѣятельность сердца слабая. Къ вечеру коллапсъ и въ 7 ч. утра 25/v ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 32 часа оказалось: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; гипостатическая пневмонія въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ. Въ желудкѣ немного вязкой слизи и точечныя кровоизліянія въ слизистой. Въ 12-ти перстной кишкѣ, въ верхнемъ и нижнемъ отдѣлахъ

тонкой слизистая немного гиперемирована, отчасти набухла. Слизистая восходящей части толстой кишки гиперемирована. Червеобразный отростокъ длиною 5,2 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного жидкаго гала и мутно-бѣлую слизь. Слизистая слегка набухла. *Энкризъ: Gastroenteriiis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. *Плут.* Рѣзкая инъекція слизистой съ многочисленными кровоизліяніями въ под-эпителиальномъ слоѣ. Въ подслизистой расширены и инъецированы болѣе крупныя сосуды. Въ интерстиціальной ткани замѣтно количество круглыхъ клѣтокъ, въ подслизистой видны вдоль сосудовъ лейкоциты. На вершинахъ отдѣльныхъ ворсинъ эпителий частью отсутствуетъ; клѣтки его на границахъ съ такими эрозіями имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается увеличеніе числа бокаловидныхъ клѣтокъ; въ устьяхъ ихъ имѣются скопленія слизи. Фолликулы почти безъ измѣненій.

Appendix. Незначительная инъекція слизистой въ начальной части отростка и тамъ же отсутствіе на небольшомъ протяженіи покровнаго эпителия; дальше, по направленію къ вершинѣ, эпителий сохранился; клѣтки его набухшія, имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; ядра окрашиваются хорошо. Въ Либеркюновыхъ железахъ умѣренное количество бокаловидныхъ клѣтокъ. Фолликулы немного гиперплазированы, съ увеличенными центрами размноженія; вступая въ ткань слизистой они теряютъ въ ней свои очертанія. Остальные слои стѣнки не измѣнены.

Colon ascendens. — Замѣтно выраженная инъекція слизистой съ одновременной инъекціей болѣе крупныхъ сосудовъ въ подслизистой ткани. Интерстиціальная ткань умѣренно инъфильтрирована въ болѣе глубокихъ слояхъ, въ подслизистой вблизи сосудовъ небольшія скопленія лейкоцитовъ.

На многихъ мѣстахъ эпителий отсутствуетъ; сохранившіяся клѣтки имѣютъ смытыя границы и сильно окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ клѣтки въ состояніи набуханія. Фолликулы немного увеличены и частью вступаютъ въ слизистую.

6. Евфросинья А.—4 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 21/у, умерла 30/у. Съ самого рожденія вскармливаніе разведеннымъ коровимъ молокомъ. Два дня больна рвотой и поносомъ.

Вѣсъ тѣла 3200 грм. Ребенокъ плохого питанія, съ блѣдными покровами, вялой кожей; вокругъ глазъ синева. Въ легкихъ выслушивается жесткое дыханіе и немного сухихъ хриповъ, большая изрѣдка кашляетъ. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ небольшого наполненія, 140 въ 1', t° 36° , 8° . Языкъ обложенный, сухой; животъ слегка вздутый, мягкій. Печень и селезенка не прощупываются. Испражненія частыя, жидкія, съ зеленой окраской. Въ ближайшіе дни рвота по 1—2 раза послѣ ѣды и стулъ 4—6 разъ въ сутки, водянистый, немного окрашенный въ зеленый цвѣтъ. T° — $36,8^{\circ}$ — $37,3^{\circ}$. На 5-й день t° — $38,2^{\circ}$, на уровнѣ правой лопатки обнаружено притупленіе легочнаго звука, дыханіе въ этомъ мѣстѣ ослаблено. На слѣдующій день въ указанномъ мѣстѣ выслушивались крепитирующие хрипы, t° — $38,0^{\circ}$. Испражненія носили водянистый характеръ и были 8 разъ въ сутки. Состояніе больной подавленное. 29/v къ вечеру сразу паденіе дѣятельности сердца, ціанозъ конечностей и затрудненное дыханіе. Къ утру 30/v ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 28 часовъ отмѣчено: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ. Въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ фокусы сѣро-краснаго цвѣта величиною съ лѣсной орѣхъ, мѣстами сливающиміся. Слизистая желудка немного набухла, блѣдна, на стѣнкахъ слизь. Въ тонкой кишкѣ мѣстами набуханіе и гиперемія слизистой; эти явленія выражены замѣтнѣе въ нижней трети подвздошной кишки и значительно слабѣе въ толстой. Червеобразный отростокъ длиною 6,0 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ молочно-мутную слизь. Слизистая оболочка слегка гиперемирована. *Эпикризъ: Gastro-enteritis acuta. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Значительная инъекція слизистой; интерстиціальная ткань довольно замѣтно инъфильтрирована круглыми клѣтками. Въ подслизистой коегдѣ инъецированные сосуды и небольшое число лейкоцитовъ вблизи нихъ. Вершины очень небольшого числа ворсинъ отчасти лишены эпителиальнаго покрова; его клѣтки на границахъ съ этими эрозіями имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра. Вполнѣ сохранившіяся на большинствѣ ворсинъ эпителиальныя клѣтки имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; ядра окрашиваются хорошо. Въ Либеркюновыхъ железахъ измѣненіе клѣтокъ выражено въ видѣ большаго или меньшаго набуханія

ихъ. Въ просвѣтѣ и устьяхъ железъ скопленіе слизи. Фолликулы измѣненій не обнаруживаютъ.

Appendix. Незначительная инъекція слизистой оболочки въ начальной части отростка. Эпителій сохранился вполнѣ и не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается немного слизи. Фолликулы почти не измѣнены и не выступаютъ изъ подъ *muscularis mucosae*.

Colon ascendes. Небольшая инъекція слизистой и наполненіе сосудовъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ подслизистой. Интерстиціальная ткань представляется немного инфильтрированной въ болѣе глубокихъ слояхъ. Эпителій, сохранившійся на значительномъ протяженіи, оказывается замѣтно набухшимъ, съ нѣсколькими сглаженными границами клѣтокъ; ядра послѣднихъ окрашиваются хорошо. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ немного суженъ влѣдствіе набуханія железистыхъ клѣтокъ. Фолликулы почти не измѣнены, остаются въ подслизистой ткани.

7. Анна С.—6 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 28/v, умерла 30/v. Грудное кормленіе. 8 дней назадъ заболѣла рвотой и поносомъ, сильно ослабѣла.

Вѣсъ тѣла 4600 грм. Истощенный ребенокъ съ подавленнымъ состояніемъ, ввалившимися глазами; конечности чуть теплыя.

Въ легкихъ чисто. Тоны сердца глухіе, пульсъ едва ощущимъ, t—тѣла 35,2°. Животъ плоскій, мягкій, въ частыхъ испраженіяхъ много воды и слабая зеленоватая окраска. Послѣ вливанія физиологическаго раствора Na Cl и горчичныхъ обертываній дѣятельность сердца нѣсколько поднялась. На слѣдующій день t—36,4°, стулъ 7 разъ водой, иногда съ небольшою примѣсью слизи, два раза рвота. Къ вечеру состояніе ребенка значительно ухудшилось; пульсъ частый, малый, появился ціанозъ конечностей. 30/v утромъ наступила смерть.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 26 часовъ, найдено: паренхиматозное перерожденіе сердца, печени и почекъ; въ желудкѣ много вязкой слизи и многочисленныя точечныя кровоизліянія въ слизистой. Слизистая тонкой кишки въ нижнемъ отдѣлѣ набухшая, мѣстами гиперемирована; въ толстой кишкѣ измѣненій не оказалось. Червеобразный отростокъ длиною въ 5,0 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 см., содержитъ немного жидкаго кала съ зеленоватой окраской. Слизистая блѣдна. *Энукризы: Gastro-enteritis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Плевт. Умѣренная инъекція и мелко-клеточковая инфильтрація слизистой; въ подслизистой немного инъецированныхъ сосудовъ. Эпителій сохранился на всѣхъ ворсинахъ; клетки его обнаруживаютъ довольно рѣзкое набуханіе; границы между клетками большею частью сохранены, ядра хорошо окрашиваются. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ сужень, выполненъ слизью.

Appendix. Небольшая инъекція подслизистой ткани въ начальной части отростка. Покровный эпителій сохранился на всемъ протяженіи, обнаруживая небольшое набуханіе.

Въ просвѣтъ и въ устьяхъ Либеркюновыхъ железъ слизь. Фолликулы почти не измѣнены, остаются подъ muscularis mucosae. Остальные слои стѣнки безъ измѣненій.

Colon ascendens. Кромѣ незначительной инъекціи слизистой и подслизистаго слоя наблюдается умѣренное увеличеніе фолликуловъ. Вполнѣ сохранившійся эпителій въ состояніи небольшого набуханія; Либеркюновы железы безъ измѣненій.

8. Карлъ Н.—2 мѣяцевъ. Принять въ больницу 4/vi, умеръ 8/vi. Грудное кормленіе. Около недѣли боленъ рвотой и поносомъ, груди не беретъ, значительно ослабѣлъ.

Вѣсъ 4300 грм. Упитанный, крупный ребенокъ съ блѣдными покровами; на шеѣ прощупываются отдѣльныя железки; голова и лицо покрыты экзематозными корками; небольшой насморкъ, дыханіе сопровождается рѣдкими сухими хрипами; тоны сердца ослаблены, пульсъ 146 въ 1', средняго наполненія, $t=37,1^{\circ}$. Языкъ слегка обложенъ, сухой; животъ немного вздутъ, стѣнки его при пальпаціи напрягаются. Печень и селезенка не прощупываются. Испражненія жидкія, съ большимъ содержаніемъ воды, отчасти окрашены въ зеленый цвѣтъ. Въ слѣдующіе дни t° была въ предѣлахъ $37,0-37,6^{\circ}$, хрипы почти исчезли. Состояніе ребенка было неопредѣленное, испражненія хотя и содержали меньше воды все таки были частыя—5—7 разъ въ сутки. Вѣсъ тѣла падалъ. 6/vi съ утра появилась рвота и участился стулъ съ одновременнымъ ослабленіемъ дѣятельности сердца; на слѣдующій день рвота 7 разъ, конечности похолодѣли, состояніе крайне подавленное, глаза ввалились; испражненія съ большимъ содержаніемъ воды, почти безъ окраски. 8/vi днемъ 2 раза рвота; $t^{\circ} 35,3^{\circ}$. Дыханіе глубокое, стонущее. Къ вечеру ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 32 часа, отмѣчено: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и начальная стадія жирового перерожденія печени. Катарральный бронхитъ и гипостатическая пневмонія нижней доли праваго легкаго. Гиперплазія перибронхіальныхъ железъ. Въ желудкѣ много слизи. Слизистая его блѣдна. Въ тонкой кишкѣ въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ небольшая гиперемія и легкое набуханіе слизистой, причѣмъ такіе участки чередуются съ совершенно блѣдными; небольшая набухлость слизистой въ восходящей части толстой кишки сопровождается умѣренной гипереміей. Червеобразный отростокъ въ 6,5 стм. длиною и 0,8 стм. въ поперечномъ размѣрѣ, содержитъ немного жидкаго кала и слизь. Слизистая на видѣ не измѣнена. *Эпикризъ: Gastro-enteritis acuta. Bronchitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Pleum. Умѣренная инъекція и инфильтрація слизистой; въ подслизистой инъецированы болѣе крупныя сосуды въ небольшомъ количествѣ. Покровный эпителий представляетъ замѣтную степень набуханія; у клѣтокъ его нѣсколько сглажены границы, ядра окрашиваются хорошо. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ немного сужень набухшими клѣтками и содержитъ слизь. Фолликулы замѣтныхъ измѣненій не представляютъ.

Appendix. Въ слизистой отсутствіе инъекціи, въ подслизистой одиночныя инъецированныя сосуды. Эпителий въ начальной части червеобразнаго отростка представляетъ небольшую степень набуханія, на остальномъ протяженіи не измѣненъ. Въ Либеркюновыхъ железахъ бокаловидныя клѣтки съ небольшимъ содержаніемъ слизи. Фолликулы въ подслизистомъ слоѣ не обнаруживаютъ измѣненій.

Colon ascendens. Незначительная инъекція и нѣсколько замѣтная инфильтрація болѣе глубокихъ слоевъ слизистой. Эпителий сохранился вездѣ, и на вершинахъ складокъ и въ углубленіяхъ между ними; клѣтки его обнаруживаютъ то большую, то меньшую степень набуханія, ядра окрашиваются хорошо. Въ Либеркюновыхъ железахъ набуханіе клѣтокъ слабѣе, въ просвѣтѣ и въ устьяхъ слизь. Фолликулы немного набухшіе.

9. Анна Р.—26 дней. Принята въ больницу 9/vii, умерла 11/vii. Грудное кормленіе. 4-й день больна рвотой и поносомъ.

Вѣсъ тѣла 2900 грм. Ребенокъ доставленъ въ тяжеломъ состояніи. Кожа сухая, легко собирается въ складки, конечности цианотичныя, холодныя; дыханіе глубокое, стонущее, со-

провождается обильными влажными хрипами подъ обѣими лопатками. Тоны сердца слабые, пульсъ частый, легко сжимаемый, t—тѣла 37,3°. Языкъ обложенный, сухой; животъ немного вздутый; въ испражненіяхъ почти исключительно вода. За время наблюденія въ теченіе 2¹/₂ дней стулъ происходилъ 10—12 разъ въ сутки, почти безъ окраски. Въ послѣдній день рвота два раза; съ полудня рѣзкое паденіе дѣятельности сердца и въ 4 ч. дня ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 20 часовъ обнаружилось: острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; катарральная пневмонія нижнихъ долей обоихъ легкихъ и средней доли правого. Незначительная гиперемія слизистой оболочки желудка. Въ тонкой кишкѣ гиперемія и набухлость слизистой выражена болѣе замѣтно въ нижней четверти. Восходящая часть толстой кишки гиперемирована слабѣе, набухлость ея слизистой меньше; остальная часть толстой кишки на видъ не измѣнена. Червеобразный отростокъ длиной въ 5,0 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного жидкаго свѣтло-желтаго кала и слизь. Слизистая его слегка розоваго цвѣта. *Эпикризъ: Gastro-enteritis acuta. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Значительная инъекція съ кровоизліянiями въ ткань слизистой, преимущественно въ верхнихъ слояхъ, подъ эпителиемъ; интерстиціальная ткань замѣтно инфильтрирована. Въ подслизистой мѣстами расширенныя и инъецированныя сосуды, вблизи нихъ видны въ небольшомъ числѣ лейкоциты. На вершинахъ небольшого числа ворсинъ эпителий частью отсутствуетъ; клѣтки его въ состояніи сильнаго набуханія, мѣстами со сглаженными границами, вблизи эрозій въ эпителиальномъ покровѣ имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра. У небольшой части Либеркюновыхъ железъ имѣется немного расширенный просвѣтъ, въ прозрачномъ содержимомъ котораго видны одиночныя блуждающія клѣтки.

Appendix. Умѣренная инъекція слизистой въ начальной части отростка по направленію къ вершинѣ его исчезаетъ. Въ хорошо сохранившемся эпителии и въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число бокаловидныхъ клѣтокъ. Въ подслизистой ткани кромѣ инъекціи небольшого числа сосудовъ имѣется замѣтное увеличеніе фолликуловъ, частью вступающихъ въ слизистую. Остальные слои стѣнки не измѣнены.

Colon ascendens. Слизистая оболочка мѣстами инъециро-

вана и въ небольшой степени инфильтрирована. Покровный эпителий на нѣкоторыхъ мѣстахъ отсутствуетъ; клѣтки его въ замѣтной степени набуханія имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; ядра окрашиваются хорошо.

Въ Либеркюновыхъ железахъ довольно много бокаловидныхъ клѣтокъ. Фолликулы немного увеличены, мѣстами вступаютъ въ слизистую. Въ подслизистой имѣется небольшое число инъецированныхъ болѣе крупныхъ сосудовъ.

10. Сергѣй А.—5 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 14/уи, умеръ 17/уи. Грудное кормленіе до 4-хъ мѣсяцевъ, съ этого времени прикармливался разведеннымъ коровимъ молокомъ и кашей. Боленъ 6 дней рвотой и поносомъ; 2 дня назадъ жаръ и безпокойство. Сегодня утромъ мать замѣтила истеченіе изъ праваго уха.

Вѣсъ тѣла 4100 грм. Слабый ребенокъ съ одутловатымъ блѣднымъ лицомъ. На шеѣ прощупываются железы величиною съ бобъ; изъ праваго уха отдѣляется гной. Дыханіе чистое. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ частый, небольшого наполненія, t —тѣла $37,4^{\circ}$. Языкъ сухой, обложенный бѣлымъ налетомъ, животъ вздутый, мягкій.

Въ жидкихъ испражненіяхъ съ зеленоватою окраской много слизи. На слѣдующій день рвота 4 раза послѣ холоднаго питья, стулъ 8 разъ, съ большимъ содержаніемъ воды и назначительной зеленой окраской; t° — $37,2^{\circ}$. При отоскопіи обнаружено прободеніе правой барабанной перепонки въ передне-верхнемъ квадрантѣ. 16/уи t° — $36,8^{\circ}$, два раза рвота послѣ ѣды, стулъ 6 разъ, жидкій, съ слабой окраской. Состояніе подавленное. Къ вечеру частый, слабый и неправильный пульсъ. Въ 4 часа ночи ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 9 часовъ, оказалось: венозная гиперемія и отекъ мозга. Правостороннее гнойное воспаленіе средняго уха. Гипостатическая пневмонія въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ; казеозное перерожденіе перибронхіальныхъ железъ. Паренхиматозное и начальная стадія жирового перерожденія сердца. Слизистая желудка блѣдна, гладка, покрыта тягучей слизью и отчасти окрашена въ желтушный цвѣтъ. Въ тонкой кишкѣ слабая гиперемія и набухлость слизистой съ среднимъ и нижнемъ отдѣлахъ. Слизистая начальной части толстой кишки набухшая. Червеобразный отростокъ 5,5 сант. въ длину, въ поперечномъ

размѣръ 1,0 сант.; въ полости его имѣется много жидкаго кала и слизи. Слизистая по внѣшнему виду не измѣнена. *Энкризъ. Gastro-enteritis acuta. Otitis media purulenta acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печм.—Значительная инъекція слизистой; инъльтрація интерстиціальной ткани обильная, равномерная; одновременно наблюдается инъекція небольшого числа сосудовъ въ подслизистой ткани и скопленіе лейкоцитовъ вблизи нихъ. Вершины нѣкоторыхъ ворсинъ лишены эпителия; кѣтки его сильно набухшія, частью со смытыми границами, имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается набуханіе кѣтокъ почти до уничтоженія просвѣта; въ устьяхъ ихъ скопленіе слизи.

Appendix. Въ начальной части отростка слизистая немного инъецирована. Эпителий, сохранившійся на всемъ протяженіи, представляетъ небольшую степень набуханія съ отчетливо обрисованными границами кѣтокъ; ядра окрашиваются хорошо. Въ Либеркюновыхъ железахъ измѣненій не наблюдается. Фолликулы немного увеличены. Остальные слои стѣнки безъ измѣненій.

Colon ascendens. Незначительная инъекція слизистой и коегдѣ инъецированные сосуды въ подслизистой. Покровный эпителий сохранился вполнѣ, обнаруживаетъ небольшое набуханіе; окраска кѣточныхъ ядеръ хорошая. Въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число бокаловидныхъ кѣтокъ. Фолликулы не увеличены.

11. Григорій Н.—6 недѣль. Принятъ въ больницу 15/IV, умеръ вечеромъ того-же дня. Грудное кормленіе. Съ самаго рожденія плохо бралъ грудь, поѣтому мать прикармливала разведеннымъ коровьимъ молокомъ. Съ недѣлю назадъ появилась рвота, затѣмъ поносъ, причеиъ въ испражненіяхъ показывалось много слизи.

Всѣ тѣла 3600 грм. Слаборожденный, значительно истощенный ребенокъ, съ дряблой кожей, окрашенной въ сѣроватый оттѣнокъ; на спинѣ слѣды бывшихъ и настоящіе фурункулы. Дыханіе жесткое, сопровождается влажными хрипами въ заднихъ отдѣлахъ легкихъ, пульсъ слабый, частый, едва прощупываемый, t—тѣла 36,4°. Животъ немного вздутый, мягкій, при пальпаціи слышно урчанье. Испражненія жидкія, съ зеленой окраской и большимъ содержаніемъ слизи. Въ 8 час. вечера ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 17 часовъ отмѣчено: мышца сердца дряблая, на разрѣзѣ тусклая и блѣдная; въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ инфильтрація темно-краснаго цвѣта; ткань легкихъ въ этихъ мѣстахъ безвоздушна, поверхность разрѣза гладкая. Желудокъ безъ особыхъ измѣненій. Слизистая тонкой кишки въ нижней трети гиперемирована, довольно набухшая; въ толстой кишкѣ гиперемія выражена слабѣе, на поверхности много слизи. Червеобразный отростокъ длиною 5,2 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 см., содержитъ немного жидкаго кала и слизи. Слизистая безъ замѣтныхъ измѣненій. *Эпикризъ: Entero colitis acuta.*

Ileum. Слизистая инъецирована, мѣстами въ верхнихъ слояхъ ея наблюдаются кровоизліянія; интерстиціальная ткань значительно инфильтрирована круглыми клѣтками. Эпителій, сохранившійся на большей части ворсинъ, обнаруживаетъ сильное набуханіе, мѣстами клѣточные границы слабо выступаютъ, у нѣкоторыхъ клѣтокъ на вершинахъ ворсинъ ядра сильно окрашиваются. Либеркюновы железы немного расширены прозрачнымъ содержимымъ, въ просвѣтѣ ихъ находятся одиночныя блуждающія клѣтки; такія-же клѣтки пронизываютъ стѣнки железъ и наблюдаются въ покровномъ эпителии. Фолликулы въ слизистой гиперплазированы, съ увеличенными центрами размноженія. Въ подслизистой расширеніе и инъекція многихъ сосудовъ и небольшія скопленія лейкоцитовъ въ окружности ихъ.

Appendix. Слизистая незначительно инъецирована. Покровный эпителий сохранилъ свою цѣлость; въ начальной части отростка на небольшомъ протяженіи клѣтки его обладаютъ нѣсколько интенсивно окрашивающимися ядрами. Просвѣтъ и клѣтки въ Либеркюновыхъ железахъ не измѣнены. Гиперплазированные фолликулы съ увеличенными центрами размноженія вступаютъ въ слизистую, сохраняя свои очертанія. Остальные слои стѣнки не обнаруживаютъ измѣненій.

Colon ascendens. Инъекція и инфильтрація слизистой выражены въ меньшей степени нежели въ ileum. Уцѣлѣвшій на значительныхъ участкахъ эпителий оказывается набухшимъ, съ увеличеннымъ числомъ наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ клѣтокъ. Фолликулы гиперплазированы, имѣютъ увеличенные центры размноженія. Въ подслизистой ткани умѣренное расширеніе и инъекція сосудовъ.

12. Николай Б.—5 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 22/iv, умеръ 2/v. Грудное кормленіе до 4-го мѣсяца, съ этого времени переведенъ на разбавленное коровье молоко. Девять дней назадъ заболѣлъ рвотой и поносомъ.

Вѣсъ тѣла 4350 грм. Ребенокъ правильнаго сложенія съ небольшимъ развитіемъ жировой клѣтчатки, кожа отчасти сохранила свою эластичность. На шеѣ прощупываются отдѣльныя железы.

Въ легкихъ чисто, тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ 124 въ 1', средняго наполненія, правильный, t —тѣла $36,9^{\circ}$. Языкъ чистый, влажный; животъ немного уплотненъ, мягкій; печень слегка выдается изъ за края реберъ, селезенка не прощупывается. Стулъ 5 разъ, жидко, съ зеленой окраской и слизью. На слѣдующій день 2 раза рвота послѣ ѣды, стулъ 3 раза, жидко, съ небольшою примѣсью слизи, t° — $37,4^{\circ}$. При дальнѣйшемъ наблюденіи рвота не повторялась, стулъ ежедневно 4—6 разъ, содержалъ слизь.

T —тѣла колебалась въ предѣлахъ $36,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$. Ребенокъ почти ничего не ѣлъ и неуклонно падалъ въ вѣсѣ. 28/iv пульсъ неправильный, аритмичный, тоны сердца очень глухіе. Въ такомъ состояніи ребенокъ находился до самой смерти, наступившей къ вечеру 2/v.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 19 часовъ, обнаружено: паренхиматозное перерожденіе сердца и жировое перерожденіе печени. Острая опухоль селезенки. Слизистая желудка безъ замѣтныхъ измѣненій; на стѣнкахъ много слизи.

Въ тонкой кишкѣ мѣстами набухлость и гиперемія слизистой; въ области Баугиніевой заслонки явленія эти выражены замѣтнѣе. Слизистая толстой кишки розоватаго цвѣта, на поверхности ея много слизи. Червеобразный отростокъ длиною 5,5 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного жидкаго кала съ зеленой окраской и слизь. Слизистая блѣдна. *Эпикризъ: Entero-colitis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Цеит. Инъекція слизистой и подслизистой; мелко-клѣтчаточная инфильтрація ограничивается только слизистой, въ подслизистой въ окружности инъецированныхъ сосудовъ одиночные лейкоциты. Покровный эпителий сохранился на всѣхъ ворсинахъ; клѣтки его въ состояніи замѣтнаго набуханія, отчасти съ неясными границами: ядра окрашиваются хорошо. Въ эпителии и въ Либержюно-

выхъ железахъ наблюдается увеличенное число бокаловидныхъ клѣтокъ. Небольшая часть железъ имѣеть расширенный прозрачнымъ содержимымъ просвѣтъ.

Appendix. Небольшая инъекція слизистой. Въ начальной части отростка на небольшомъ протяженіи эпителий отсутствуетъ, дальше отъ входного отверстия — сохранился вполнѣ. Сильно набухшія клѣтки имѣють хорошо окрашивающіяся ядра. Такое же набуханіе клѣтокъ наблюдается и въ Либеркюновыхъ железахъ; въ устьяхъ послѣднихъ и въ просвѣтѣ отростка — слизь. Фолликулы увеличены, значительно выступаютъ въ ткань слизистой. Въ подслизистой видны мѣстами инъецированные сосуды и вблизи ихъ въ небольшомъ числѣ лейкоциты. Остальные слои стѣнки не измѣнены.

Colon ascendens. — Замѣтно выраженная инъекція и инфильтрація слизистой съ одновременнымъ расширеніемъ и инъекціей болѣе крупныхъ сосудовъ въ подслизистой. Покровный эпителий почти на всемъ протяженіи отсутствуетъ; сохранившіяся на ограниченныхъ участкахъ клѣтки его имѣють слабо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ клѣтки въ состояніи сильнаго набуханія, съ неясно различимыми границами; ядра сохранили способность хорошо воспринимать окраску. Фолликулы немного увеличены. Лимфатическіе сосуды въ межмышечномъ слоѣ немного расширены, содержатъ нѣкоторое количество лимфоцитовъ.

13. Николай Н.—5 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 2/у, умеръ 11/у. Боленъ 10 дней, съ того именно времени, когда мать отняла его груди и стала кормить коровьимъ молокомъ. Въ началѣ заболѣванія была нѣсколько разъ рвота, затѣмъ появился поносъ, 6 — 8 разъ въ день, сначала съ примѣсью бѣловатыхъ комковъ, затѣмъ съ примѣсью слизи и зеленой окраской. Вѣсъ тѣла 4300 грм. Ребенокъ блѣдный, вялый. Кожа потеряла свою эластичность. На спинѣ и на внутренней поверхности бедеръ фурункулы въ разныхъ стадіяхъ развитія. Теменные и затылочные бугры сильно выступаютъ; cranio-tabes.

Подъ лопатками притупленіе легочнаго звука и крепитирующие хрипы. Тоны сердца ослаблены, пульсъ 144 въ 1', легко сжимаемый, t—тѣла 38,6°. Животъ вздутъ, тимпаниченъ; селезенка немного выступаетъ изъ за края реберъ. Въ слѣ-

дующіе дни стулъ былъ 5—8 разъ, съ замѣтными тенезмами; въ испражненіяхъ постоянно обнаруживалась въ увеличенномъ количествѣ слизь. Т°—держалась между 37,0—38,8°, кашель и явленія въ легкихъ оставались безъ улучшенія. За первую недѣлю наблюденія вѣсъ тѣла упалъ на 150 грм. При явленіяхъ прогрессирующаго ослабленія дѣятельности сердца 11/у ребенка умеръ.

На вскрытіи черезъ 17 часовъ оказалось: острое паренхиматозное и начинающееся жировое перерожденіе сердца. Острое катарральное воспаленіе нижней и средней доли праваго легкаго; острая опухоль селезенки; начинающееся жировое перерожденіе печени; паренхиматозное перерожденіе почекъ. Расширеніе большихъ лоханокъ обѣихъ почекъ. Слизистая желудка безъ видимыхъ измѣненій. Слизистая подвздошной кишки въ нижнемъ отдѣлѣ послѣдней гиперемирована, въ складкахъ. Въ толстой кишкѣ инъекція слизистой выражена замѣтнѣе, набуханіе больше. Фолликулы съ булавочную головку. Червеобразный отростокъ 4,5 см. длиною и 0,8 см. въ поперечномъ размѣрѣ, содержитъ немного жидкаго кала и слизи. Слизистая оболочка немного гиперемирована; фолликулы съ просяное зерно. *Энкризъ: Entero-colitis acuta. Bronchopneumonia. Rachitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Слизистая инъецирована. Въ подслизистой инъекція болѣе крупныхъ сосудовъ. Эпителій сохранился вполнѣ; въ немъ и въ клѣткахъ Либеркюновыхъ железъ часто встрѣчаются блуждающіе элементы. Клѣтки эпителия замѣтно набухшія, мѣстами, и главнымъ образомъ на вершинахъ ворсинъ, имѣютъ сильно окрашивающіяся ядра. Просвѣтъ у небольшого числа Либеркюновыхъ железъ кистовидно расширенъ. Фолликулы гиперплазированы, диффузно расплываются въ интерстиціальной ткани слизистой; послѣдняя представляется умѣренно инфильтрированной.

Appendix. Небольшая инъекція слизистой и скопленія круглыхъ клѣтокъ въ глубокихъ слояхъ интерстиціальной ткани. Набухшія клѣтки покровнаго эпителия пронизаны блуждающими элементами въ замѣтномъ числѣ. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается набуханіе клѣтокъ до уничтоженія просвѣта. Небольшая часть железъ кистовидно расширена. Въ расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ въ межмышечной ткани находятся въ замѣтномъ числѣ лимфоциты. Въ сое-

динительно-тканыхъ щеляхъ той-же ткани встрѣчаются плазматическія клѣтки. Фолликулы замѣтно гиперплазированы.

Colon ascendens. Замѣтная инъекція слизистой оболочки; въ подслизистой встрѣчается много расширенныхъ, инъецированныхъ сосудовъ; интерстиціальная ткань обильно инфильтрирована лимфатическими тѣльцами, среди которыхъ встрѣчаются отдѣльные многоядерные лейкоциты. Въ подслизистой, вблизи сосудовъ и въ самыхъ верхнихъ слояхъ, граничащихъ съ muscularis mucosae, наблюдаются скопленія лейкоцитовъ. Цѣлость покровнаго эпителия во многихъ мѣстахъ нарушена; клѣтки его въ состояніи набуханія, со сглаженными границами и мѣстами со слабо окрашивающимися ядрами. У извѣстной части Либеркюновыхъ железъ наблюдается кистовидное расширение просвѣта. Фолликулы гиперплазированы, вступаютъ въ ткань слизистой и диффузно расплываются въ ней.

14. Сергѣй—Д. 6 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 18/VI, умеръ 24/VI. Грудное кормленіе до 5-го мѣсяца, съ этого времени получалъ коровье молоко, булку. Боленъ 6 дней. Заболѣваніе началось рвотой, затѣмъ появился поносъ, разъ 5—7 въ день, съ зеленой окраской и временами со слизью. Въ послѣдніе два дня примѣсь слизи значительно увеличилась.

Вѣсъ тѣла 4500 грм. Ребенокъ съ ослабленнымъ питаніемъ, блѣдной, вялой кожей. Теменные и затылочные бугры сильно выражены, имѣется значительное размягченіе затылка (*craniotabes*). Въ легкихъ чисто; тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ 140 въ 1', мягкій, t° тѣла $37,2^{\circ}$. Животъ вздутъ, напряжень. Испражненія съ гнилостнымъ запахомъ, жидкія, темно-коричневой окраски, съ большимъ содержаніемъ слизи. Общее состояніе неудовлетворительное. Въ ближайшіе дни стулъ былъ 7—9 разъ въ сутки, испражненія носили описанный характеръ, наблюдались тенезмы. Аппетитъ у больного былъ сильно нарушень, ребенокъ съ охотой принималъ только питье. T° тѣла колебалась въ предѣлахъ $36,6^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$. На 4-й день наблюденія отмѣчена аритмичность пульса и ослабленіе сердечныхъ тоновъ. Сзади, подъ правой лопаткой притупленіе легочнаго звука и ослабленіе дыхательнаго шума. На слѣдующій день тамъ-же выслушивались мелко-пузырчатые хрипы. 24/VI въ 2 ч. дня ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 22 часа, обнаружено:

начинающееся жировое перерождение сердца и печени; паренхиматозное перерождение почек; острая опухоль селезенки. Гипостатическая пневмония в нижних долях обеих легких. Слизистая желудка без видимых изменений, на стенках его немного прозрачной слизи. В нижнем отделе подвздошной кишки гиперемия, набухание и разрыхленный вид слизистой. В слизистой восходящей части толстой кишки гиперемия, набухание с точечными кровоизлияниями на вершинах складок. Червеобразный отросток длиной 6,5 см., в поперечном размере 0,6 см., содержит много жидкого кала. Слизистая оболочка гиперемирована, набухла.

Эпикриз: Entero-colitis acuta. Rachitis.

Микроскопическое исследование. Ил-т. Инъекция слизистой с одновременным расширением и наполнением более крупных сосудов в подслизистой ткани. В поверхностных слоях слизистой местами наблюдаются кровоизлияния. Интерстициальная ткань представляется заметно инфильтрированной. В окружности расширенных сосудов в подслизистой видны в небольшом числе лейкоциты. Покровный эпителий сохранился на всех ворсинах; клетки его в состоянии заметного набухания, со сглаженными в некоторых местах границами; ядра окрашиваются хорошо. В покровном эпителии и в Либеркюновых железах имеется увеличенное число бокаловидных клеток. Просвет у многих желез немного расширен прозрачным содержимым. Фолликулы слегка увеличены.

Appendix. Наблюдается инъекция слизистой с кровоизлияниями в под-эпителиальном слое. Гиперплазированные фолликулы частью вступают в ткань слизистой, которая представляется неравномерно инфильтрированной. Эпителий сохранился вполне, ядра его окрашиваются хорошо. В Либеркюновых железах просвет слегка расширен прозрачным содержимым. В подслизистой, вблизи расширенных сосудов и в участках ткани, отделяющих фолликулы, видны скопления круглых клеток и между ними отдельные многоядерные лейкоциты. Остальные слои стенки изменений не представляют.

Colon ascendens. Слизистая оболочка инъецирована; во многих местах наблюдаются поверхностные кровоизлияния; мелко-клеточковая инфильтрация интерстициальной ткани выражена в заметной степени. На значительных участках

поверхности слизистый эпителий отсутствует; уплывшія мѣстами клѣтки его оказываются набухшими, со смытыми границами и слабо окрашивающимися ядрами. У части Либериюновыхъ железъ просвѣтъ немного расширенъ. Фолликулы слегка увеличены. Въ подслизистой тѣани расширение и инъекція болѣе крупныхъ сосудовъ, вблизи которыхъ видны въ большемъ или меньшемъ числѣ лейкоциты.

15. Александръ В.—7 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 24/V умеръ 26/V. До 5 мѣсяцевъ вскармливался грудью, затѣмъ переведенъ на коровье молоко; получалъ иногда кашу, бульонъ и булку. Часто болѣлъ разстройствомъ кишечника, бывала рвота. Въ послѣдній разъ заболѣлъ около 10 дней назадъ рвотой и поносомъ, не прекращающимся до сихъ поръ. Сильно ослабѣлъ. Вѣсъ тѣла 4600 грм. Истощенный ребенокъ съ блѣдной, дряблой кожей. Конечности холодныя, глаза ввалившіеся, обведены синими кругами; голосъ сильный, слабый. На слизистой оболочкѣ щекъ афты. Языкъ обложенъ. Тоны сердца глухіе, пульсъ частый, слабый съ перебоями. Животъ умѣренно вздутъ, мягкій. До вечера стулъ 4 раза, жидко, съ большимъ содержаніемъ слизи и гнилостнымъ запахомъ. Т° 37,8°. На слѣдующій день стулъ 6 разъ такого-же вида; т° 37,5°. Подъ правой лопаткой притупленіе легочнаго звука и дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Съ 6 ч. вечера дѣятельность сердца стала замѣтно падать, т° 36,0°. Въ 6¹/₂ ч. утра ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 31 часъ оказалось: мышца сердца дряблая, блѣдная, съ желтоватымъ оттѣнкомъ; острое паренхиматозное перерожденіе почекъ. Въ правомъ легкомъ въ нижней долѣ гипостатическая пневмонія; катарральный бронхитъ.

Слизистая желудка блѣдна. Начальная часть тощей, середина и нижній отдѣлъ подвздошной кишки гиперемированы, слизистая оболочка набухшая, на вершинахъ складокъ точечныя кровоизліянія. Въ толстой кишкѣ гиперемія и набухлость слизистой выражены въ меньшей степени. Червеобразный отростокъ въ 4,5 сант. длиною, въ поперечномъ размѣрѣ 0,6, содержитъ мало жидкаго съ желтой окраской кала и много мутно-бѣлой слизи. Слизистая особыхъ измѣненій не представляетъ. *Эпикризъ*—*Enterocolitis acuta. Bronchitis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Леит. Инъекція слизистой

и отчасти подслизистой и замѣтная инфильтрація интерстиціальной ткани слизистой оболочки. Въ подслизистой вблизи сосудовъ мѣстами скопленія лейкоциты. Эпителій на ворсинахъ сохранился за исключеніемъ вершинъ ихъ. У нѣкоторыхъ ворсинъ вершины совершенно лишены эпителиального покрова и клѣтки на границахъ съ такими дефектами оказываются безъ ядеръ, или со слабыми контурами ихъ, тогда какъ ближе къ основанію ворсинъ клѣтки постепенно обнаруживаютъ свои ядра. Встрѣчаются ворсины, сохранившія вполне свой эпителиальный покровъ, клѣтки котораго на самыхъ вершинахъ имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра, наконецъ имѣются ворсины, у которыхъ ядра клѣтокъ и на вершинахъ сохранили способность болѣе или менѣе хорошо окрашиваться. Въ эпителии и въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число бокаловидныхъ клѣтокъ. Небольшая часть Либеркюновыхъ железъ имѣетъ немного расширенный прозрачнымъ содержимымъ просвѣтъ, въ которомъ иногда встрѣчаются блуждающія клѣтки; на днѣ железъ видны элективно окрашенныя клѣтки Paneth'a. Солитарные фолликулы увеличены и слегка выступаютъ въ просвѣтъ кишки; эпителий надъ ними сохранился.

Appendix. Въ начальной части червеобразнаго отростка имѣется небольшая инъекція и инфильтрація слизистой, исчезающая дальше по направленію къ дистальному концу. Эпителій сохранился вполне; клѣтки его въ состояніи небольшого набуханія съ хорошо окрашивающимися ядрами. Либеркюновы железы безъ особыхъ измѣненій. Фолликулы въ подслизистой ткани увеличены, мѣстами вступаютъ вершинами въ слизистую. Въ подслизистой немного инъецированныхъ сосудовъ и разсѣяныя въ обычномъ количествѣ блуждающія клѣтки.

Colon ascendens. Слизистая толстой кишки представляетъ незначительную степень инъекціи. Эпителій нѣсколько набухшій имѣетъ хорошо окрашивающіяся ядра; въ немъ достаточное количество наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ клѣтокъ. Въ Либеркюновыхъ железахъ клѣтки почти безъ измѣненій; на днѣ железъ видны одиночныя клѣтки Paneth'a. Нѣсколько увеличенныя фолликулы не достигаютъ слизистой и muscularis mucosae ограничиваетъ ихъ сверху.

умеръ 10/VI. Грудное кормленіе. Боленъ около 3 недѣль поносомъ. Въ началѣ заболѣванія была рвота.

Вѣсъ тѣла 4300 грм. Ребенокъ очень истощенный, вялый. Кожа легко собирается въ складки, подкожный жировой слой развитъ очень слабо. Въ обоихъ легкихъ сзади притупленіе, справа больше, тамъ же выслушивается много влажныхъ хриповъ. Тоны сердца глухіе, пульсъ слабый, едва ощутимъ, t° 35,4 $^{\circ}$. Животъ вздутый, слегка напряженный. Стулъ частый, жидкій, съ зеленой окраской и примѣсью слизи. На слѣдующій день t° 36,0 $^{\circ}$, стулъ 7 разъ съ большимъ содержаніемъ слизи. Дѣятельность сердца очень слабая. Въ такомъ состояніи 10/VI въ 1 ч. 30' дня ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 24 часа оказалось: Соог пищевода до входа въ желудокъ. Паренхиматозное и жировое перерожденіе сердца и печени, паренхиматозное — почекъ. Казеозное перерожденіе перибронхіальныхъ железъ. Гипостатическая пневмонія въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ. Увеличеніе селезенки. Слизистая желудка гладка, блѣдна. На слегка набухшей и инъецированной слизистой оболочкѣ подвздошной кишки выступаютъ гиперемированныя Реуге'овы бляшки съ мелкими поверхностными изъязвленіями, съ ровными краями. Слизистая толстой кишки блѣдна, фолликулы едва замѣтны. Червеобразный отростокъ въ 5,3 стм. длины и въ 0,8 стм. въ поперечномъ размѣрѣ, содержитъ жидкій свѣтло-желтый каль. Слизистая блѣдна, фолликулы съ булавочную головку.

16. *Энтеритъ: Enteritis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Слизистая оболочка представляетъ значительную степень инъекціи съ кровоизліяніями въ поверхностныхъ частяхъ, подъ эпителиемъ. Интерстиціальная ткань замѣтно инфильтрирована. Эпителій на вершинахъ нѣкоторой части ворсинъ отсутствуетъ; клѣтки его въ состояніи набуханія съ нѣсколькими сглаженными границами и съ хорошо окрашивающимися ядрами. Во многихъ мѣстахъ эпителій пронизанъ блуждающими клѣтками. Либержюновы железы слегка расширены, въ просвѣтѣ ихъ прозрачное содержимое и слизи. Въ подслизистой ткани расширеніе и инъекція сосудовъ, въ окружности которыхъ видны въ замѣтномъ числѣ лейкоциты.

Appendix. Слизистая оболочка и подслизистая ткань не представляютъ какихъ либо измѣненій. Эпителій сохранился

на всемъ протяженіи отростка, не исключая мѣстъ надъ гиперплазированными фолликулами, которые почти доходятъ до просвѣта червеобразнаго отростка и диффузно расплываются въ слизистой. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ въ начальной части отростка сужень набухшими клѣтками, среди которыхъ много бокаловидныхъ. На днѣ железъ имѣются клѣтки Paneth'a, по 1—3 въ каждой железѣ.

Colon ascendens. Отсутствие инъекціи слизистой оболочки; въ подслизистой ткани кое-гдѣ отдѣльные инъецированные сосуды. Покровный эпителий сохранился вполнѣ; слегка набухшія клѣтки его отчетливо обнаруживаютъ свои границы и имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ набуханіе клѣтокъ меньше; на днѣ железъ встрѣчаются одиночныя клѣтки Paneth'a. Фолликулы частью вступаютъ въ слизистую, теряя въ ней свои очертанія.

17. Андрей Б. — 10 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 22/vi, умеръ 29/vi, Грудное кормленіе. Около 2 недѣль назадъ появилась рвота и открылся поносъ. Груды теперь не беретъ, пьетъ только воду. Вѣсъ тѣла 4750 грм. Ребенокъ сильно истощенъ, эластичность кожи утеряна, глаза ввалившіеся, конечности холодныя. Тоны сердца глуховаты, пульсъ слабый, 160 въ 1; t° тѣла $36,0^{\circ}$. Дыханіе чистое. Животъ вздутъ. Общее состояніе тяжелое. На слѣдующій день послѣ повторнаго вливанія подъ кожу физиологическаго раствора поваренной соли дѣятельность сердца нѣсколько улучшилась. Стулъ 8 разъ, жидко, съ примѣсью слизи, иногда съ зеленой окраской. 26/vi. Въ нижнихъ отдѣлахъ легкихъ дыханіе съ бронхіальнымъ отдѣнкомъ и мелко-пузырчатые хрипы, t° $37,7^{\circ}$. Въ послѣдующіе дни стулъ 4—6 разъ въ сутки, жидко, со слизью. T° держалась между $37,6^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ и только за день до смерти поднялась до $39,7^{\circ}$ при одновременномъ обнаруженіи притупленія подъ правой лопаткой и обильныхъ влажныхъ хриповъ въ соответствующемъ мѣстѣ слѣва. 29/vi въ 4 часа 30' дня наступила смерть.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 32 часа, оказалось:

Острое паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ. Правое легкое сплошь поражено воспалительнымъ фокусомъ, въ лѣвомъ — разсѣянныя фокусы сѣро-краснаго цвѣта. Мускатная и жировая печень. Слизистая желудка безъ измѣненій.

Слизистая тонкой кишки мѣстами слегка набухла, немного гиперемирована. Въ толстой кишкѣ слизистая утолщена, на складкахъ гиперемирована. Червеобразный отростокъ длиною 4,5 стм., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 стм.; въ полости его содержится немного мутно-бѣлой слизи. Слизистая оболочка розоватаго цвѣта.

Эпикризъ: Entero-colitis acuta Bronchopneumonia.

Микроскопическое изслѣдованіе. Печѣнь. Слабо выраженная инъекція слизистой; въ подслизистой довольно много инъецированныхъ сосудовъ. Въ интерстиціальной ткани мѣстами скопленія круглыхъ клѣтокъ вблизи увеличенныхъ фолликуловъ. Эпителій сохранился на всѣхъ ворсинкахъ, клѣтки его въ состояніи замѣтнаго набуханія, частью съ неясными границами между отдѣльными клѣтками, и съ хорошо окрашивающимися ядрами. Въ эпителии наблюдается увеличеніе числа бокаловидныхъ клѣтокъ. Въ устьяхъ Либеркюновыхъ железъ имѣется скопленіе слизи; просвѣтъ у небольшого числа железъ слегка расширенъ. Въ щеляхъ подслизистой и межмышечной ткани встрѣчаются плазматическія клѣтки.

Appendix. Инъекція слизистой оболочки съ многочисленными кровоизліяніями въ поверхностныхъ частяхъ, подъ эпителиемъ; интерстиціальная ткань обильно инфильтрирована; въ muscularis mucosae и въ верхнихъ слояхъ подслизистой ткани встрѣчаются въ замѣтномъ числѣ круглыя клѣтки и среди нихъ многоядерные лейкоциты, преимущественно вдоль инъецированныхъ сосудовъ. Эпителій сохранился вполнѣ; клѣтки его набухшія, мѣстами со сглаженными границами; ядра окрашиваются хорошо. Просвѣтъ у небольшой части Либеркюновыхъ железъ кистовидно расширенъ, въ прозрачномъ содержимомъ его видны одиночныя блуждающія клѣтки. Фолликулы гиперплазированы, центры размноженія увеличены. Въ щеляхъ подслизистой и межмышечной ткани мѣстами находятся плазматическія клѣтки. Сосуды серозной оболочки инъецированы.

Colon ascendens. Наблюдается инъекція и умѣренная инфильтрація слизистой и верхняго отдѣла подслизистой; въ послѣдней много расширенныхъ и инъецированныхъ сосудовъ. Эпителій мѣстами отсутствуетъ; на мѣстахъ, гдѣ онъ сохранился, клѣтки его имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра; встрѣчаются клѣтки совершенно лишеныя ядеръ. Въ Либеркюно-

выхъ железахъ просвѣтъ частью кистовидно расширенъ. Остальные слои стѣнки измѣненій не представляютъ.

18. Валеріанъ Г. — 1 года. Принятъ въ больницу 17/VI, умеръ 10/VII. На 9-мъ мѣсяцѣ былъ отнятъ на груди, съ этого времени получалъ цѣльное коровье молоко, хлѣбъ, кашу. 5 дней болелъ поносомъ, въ испражненіяхъ замѣчается кровь. Двѣ недѣли страдаетъ коклюшемъ.

Вѣсъ тѣла 4800 грм. Ребенокъ съ ослабленнымъ питаніемъ; кожа блѣдная, сухая. На шеѣ прощупываются отдѣльные железки. Въ легкихъ выслушиваются разлитые сухіе хрипы. Тоны сердца чистые, пульсъ 112 въ 1', правильный, т° тѣла 36,5°. Языкъ обложенъ, животъ слегка вздутъ, мало напряженъ. На слѣдующій день т° 37,2°. Стулъ 6 разъ, темной окраски, съ примѣсью слизи и небольшимъ содержаніемъ крови, съ гнилостнымъ запахомъ. За время наблюденія т° колебалась въ предѣлахъ 36,5° — 37,8°, стулъ происходилъ 4—8 разъ въ сутки, содержалъ постоянно замѣтное количество слизи и временами примѣсь крови, оставаясь по прежнему съ гнилостнымъ запахомъ. Ребенокъ сильно падалъ въ вѣсѣ, очень мало ѣлъ. Явленія со стороны легкихъ были почти безъ измѣненій, приступы конвульсивнаго кашля появлялись очень часто. 10/VII ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 30 часовъ оказалось: паренхиматозное перерожденіе сердца; катарральный бронхитъ; края легкихъ сильно вздуты, ткань ихъ на разрѣзѣ суха, блѣдна; мускатная печень. Венозная гиперемія и паренхиматозное перерожденіе почекъ. Слизистая нижняго отдѣла тощей кишки, подвздошной и толстой набухшая, гиперемирована; фолликулы въ толстой кишкѣ съ булавочную головку. Острая гиперплазія брыжеечныхъ железъ. Червеобразный отростокъ длиною въ 4,6 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см. Въ полости его содержится немного свѣтло-желтаго кала и слизи. Слизистая оболочка немного гиперемирована, слегка набухла.

Эпикризъ. Entero colitis acuta. Pertussis.

Микроскопическое изслѣдованіе. Pleum. Небольшая инъекція слизистой; въ подслизистой она болѣе замѣтна. Инъфилтрація слизистой оболочки выражена въ умѣренной степени. Эпителій сохранился на всѣхъ ворсинахъ, клѣтки его набухшія. На вершинахъ ворсинъ мѣстами границы между

клетками нѣсколько сглажены. Имѣется замѣтное пронизыва-
ніе эпителиального покрова блуждающими клетками. Просвѣтъ
Либеркюновыхъ железъ суженъ набухшими клетками, ядра
послѣднихъ окрашиваются хорошо. На днѣ железъ видны ин-
тенсивно окрашенныя клетки Paneth'a.

Appendix. Замѣтно выраженная инъекція и довольно обиль-
ная инфильтрація слизистой, отчасти muscularis mucosae и
верхнихъ слоевъ подслизистой ткани. Эпителий сохранился
вполнѣ; клетки его представляются низкими, границы ихъ
неясны, ядра мѣстами окрашены сильно. Въ Либеркюновыхъ
железахъ частью набуханіе клетокъ и суженіе просвѣта,
частью расширение послѣдняго прозрачнымъ содержимымъ.
Фолликулы немного увеличены, высоко выступаютъ въ ткань
слизистой, эпителий надъ ними сохраненъ. Остальные сло-
исты безъ измѣненій.

Colon ascendens. Сильная инфильтрація и инъекція слизи-
стой съ одновременной инъекціей многихъ сосудовъ въ под-
слизистой ткани; въ окружности послѣднихъ имѣются скопленія
лейкоцитовъ. Покровный эпителий мѣстами отсутствуетъ; тамъ,
гдѣ онъ сохранился, клетки его имѣютъ слабо окрашивающіяся
ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ клетки въ состояніи
сильнаго набуханія, ядра ихъ окрашиваются хорошо. Фол-
ликулы немного увеличены, въ слизистую почти не высту-
паютъ.

19. Сергѣй Ф. — 2 мѣсяцевъ 19 дней отъ роду. Принятъ въ
больницу 7/вн, умеръ 9/вн. Грудное вскармливаніе около
мѣсяца, затѣмъ послѣ смерти матери сталъ получать разве-
денное коровье молоко. Около двухъ недѣль съ лишнимъ бо-
лень поносомъ.

Вѣсъ тѣла 3.000 грм. Истощенный ребенокъ, съ дряблой
кожей и ничтожнымъ развитіемъ подкожной жирной клетчатки.
Теменные и затылочные бугры сильно выступаютъ, имѣется
размягченіе затылка. Дыханіе чистое. Тоны сердца глухіе,
пульсъ слабago наполненія, частый, t° тѣла $36,3^{\circ}$. Селезенка
прощупывается. Животъ вздутъ, слегка напряженъ. Общее
состояніе тяжелое. На слѣдующій день стулъ 8 разъ, жидко,
съ зеленой окраской и примѣсью слизи. Слабость уве-
личилась, t° — $35,4^{\circ}$, конечности холодныя, цианотичныя.
На 2-й день пребыванія стулъ 5 разъ, жидко, съ боль-

шимъ содержаніемъ слизи; дыханіе поверхностное, учащенное, пульсъ аритмичный, едва прощупывается. Къ вечеру ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 18 часовъ, оказалось: острое паренхиматозное и начинающееся жировое перерожденіе сердца и печени; острая опухоль селезенки. Въ правомъ легкомъ на поверхности разрывовъ немногочисленные бугорки сѣраго цвѣта. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго инфильтратъ темно-краснаго цвѣта; казеозное перерожденіе перибронхіальныхъ железъ. Слизистая оболочка желудка гладкая, блестящая, на стѣнкахъ немного слизи. Въ тонкой кишкѣ набухлость и рѣзкая гиперемія слизистой въ нижнемъ отдѣлѣ тощей и почти на всемъ протяженіи подвздошной. Слизистая въ восходящей части толстой кишки тоже замѣтно гиперемирована и набухла, покрыта слизью. Червеобразный отростокъ длиною въ 6,5 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ много жидкаго кала съ желто-зеленой окраской и слизь. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, набухшая.

Энкриузъ. — *Enterocolitus acuta. Tuberculosis pulmon. Rachitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печен. Сильная инъекція слизистой и отчасти подслизистой ткани. Въ верхнихъ слояхъ слизистой имѣются кровоизліянія, надъ которыми эпителий частью отсутствуетъ. Довольно обильная мелко клѣточная инфильтрація интерстиціальной ткани равномерно распредѣляется по всей высотѣ слизистой. На вершинахъ многихъ ворсинъ эпителий отсутствуетъ; на границахъ съ такими дефектами клѣтки имѣютъ неясныя границы и сильно окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается кистовидное расширеніе просвѣта; клѣтки железъ имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Фолликулы увеличены, эпителий надъ ними сохранился. Въ окружности инъецированныхъ сосудовъ въ подслизистой ткани видны отдѣльные лейкоциты.

Appendix. Наблюдается инъекція и инфильтрація слизистой; въ подслизистой инъецированы болѣе крупные сосуды. Эпителий сохранился вполне; клѣтки его довольно набухшія, ясно обнаруживаютъ свои границы; ядра ихъ хорошо окрашиваются. Такое же набуханіе клѣтокъ наблюдается въ Либеркюновыхъ железахъ. Гиперплазированные фолликулы, сливаясь другъ съ другомъ, вступаютъ на большую высоту слизистой.

Лимфатическіе сосуды въ межмышечной ткани расширены и содержатъ нѣкоторое количество лимфоцитовъ.

Colon ascendens. Значительная инъекція и инфильтрація слизистой оболочки; въ подслизистой ткани вокругъ расширенныхъ и инъецированныхъ сосудовъ небольшія скопленія лейкоцитовъ. Многіе участки слизистой лишены эпителия; тамъ, гдѣ онъ сохранился, клѣтки оказываются сильно набухшими, со сглаженными границами и мѣстами со слабо окрашивающимися ядрами. У многихъ Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ представляетъ кистовидное расширение, въ прозрачномъ содержимомъ котораго находятся одиночныя блуждающія клѣтки. Такія же клѣтки часто встрѣчаются въ стѣнкахъ железъ и въ покровномъ эпителии. Фолликулы гиперплазированы, вступаютъ въ ткань слизистой и диффузно расплываются въ ней.

20. Клавдія К.—1 года. Принята въ больницу 9/vii, умерла 18/vii. Съ самаго рожденія вскармливалась разведеннымъ коровьимъ молокомъ. На 6-мъ мѣсяцѣ получала цѣльное молоко, овсянку и кашу. Больна около 1½ недѣли поносомъ; стулъ 5—6 разъ въ день, слизью.

Вѣсъ тѣла 5.200 грм. Ребенокъ съ небольшимъ развитіемъ подкожнаго жира; кожа блѣдная, прозрачная. На шеѣ и на затылкѣ прощупываются отдѣльныя железки. Дыханіе чистое. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ 120 въ 1', небольшого наполненія, t° тѣла 36,3°. Языкъ слегка обложенъ, животъ вздутъ, немного напряженъ. Въ испражненіяхъ темной окраски слизь, гниlostнаго запаха нѣтъ. За время дальнѣйшаго наблюденія стулъ происходилъ по 4—6 разъ въ сутки, сохраняя описанныя свойства и иногда обнаруживая гниlostный запахъ. Ребенокъ страдалъ отсутствіемъ аппетита. 17/vii стулъ участился до 10 разъ въ день, въ испражненіяхъ, очень скудныхъ и носившихъ каловый характеръ, появилось большое количество слизи. На слѣдующій день въ испражненіяхъ показалось немного крови. Въ 7 час. вечера при явленіяхъ быстро нарастающей слабости и неправильной дѣятельности сердца ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 18 часовъ оказалось: анэмія и отекъ мозга. Жировое перерожденіе сердца и печени, паренхиматозное перерожденіе почекъ. Въ нижнихъ доляхъ обоихъ лег-

кихъ гипостатическая пневмонія; перибронхіальныя железы гиперплазированы. Слизистая желудка блѣдна, гладка. Въ среднемъ отдѣлѣ тонкой кишки набуханіе слизистой; въ толстой кишкѣ слизистая гиперемирована и набухла. Солитарныя фолликулы едва выступаютъ. Червеобразный отростокъ длиной 6,3 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 см. содержитъ мутную слизь; слизистая оболочка блѣдна, въ складкахъ.

Эпикризъ:— Enterocolitis acuta.

Микроскопическое изслѣдованіе. Печен. Умѣренная инъекція слизистой; въ подслизистой ткани мѣстами инъецированы крупныя сосуды. Интерстиціальная ткань слизистой и отчасти верхній слой подслизистой представляютъ слабую степень инъфильтраціи. Эпителий на вершинахъ небольшого числа ворсинокъ отсутствуетъ. Въ сохранившихся эпителиальныхъ клѣткахъ границы нѣсколько неясны, окраска ядеръ сильная. У небольшой части Либеркюновыхъ железъ имѣется кистовидное расширение просвѣта прозрачнымъ содержимымъ, въ немъ находятся въ небольшомъ числѣ блуждающія клѣтки; въ большемъ числѣ послѣднія наблюдаются въ эпителии и въ клѣткахъ Либеркюновыхъ железъ. Фолликулы немного увеличены, слегка выступаютъ надъ поверхностью; эпителий надъ ними сохранился.

Appendix. Небольшая инъекція слизистой оболочки въ начальной части отростка становится мало замѣтной въ дистальномъ его концѣ. Эпителий обнаруживаетъ небольшое набуханіе; такое же набуханіе наблюдается и въ клѣткахъ Либеркюновыхъ железъ. Фолликулы гиперплазированы, съ увеличенными центрами размноженія. Въ подслизистой ткани немного инъецированныхъ сосудовъ. Мышечный слой и серозная оболочка измѣненій не представляютъ.

Colon ascendens. Слизистая оболочка инъецирована, мѣстами наблюдаются кровоизліянія въ подъ-эпителиальномъ слое. Инъфильтрація интерстиціальной ткани выражена въ замѣтной степени. На нѣкоторыхъ участкахъ эпителий отсутствуетъ; сохранившіяся клѣтки его оказываются набухшими, съ неясными границами и мѣстами со слабо окрашивающимися ядрами. Въ Либеркюновыхъ железахъ много наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ клѣтокъ; просвѣтъ у большинства железъ сужень, и только нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ слегка

расширенный прозрачнымъ содержимымъ просвѣтъ. Въ устьяхъ железь и въ просвѣтѣ кишки много слизи. Въ подслизистой ткани имѣются инъецированные сосуды съ одиночными лейкоцитами въ окружности. Фолликулы въ замѣтной степени гиперплазированы, вступаютъ въ слизистую и, достигая почти половины высоты ея, диффузно расплываются.

21. Вѣра Н.—8 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 15/VII, умерла 21/VII. До полугода грудное кормленіе, съ этого времени переведена на коровье молоко, разбавленное 1 : 1 водою, а скоро и на цѣльное. Съ недѣлю назадъ у ребенка появилась рвота, затѣмъ поносъ. Со вчерашняго дня жаръ, насморкъ и кашель.

Вѣсъ тѣла 4600 грм. Ребенокъ со слабымъ развитіемъ подкожнаго жирнаго слоя. Эпифизы длинныхъ костей утолщены, затылокъ размягченъ, большой родничекъ въ $\frac{1}{4}$ игральной карты. Въ легкихъ чисто. Тоны сердца чистые, пульсъ 136 въ 1', средняго наполненія, t° тѣла $38,6^{\circ}$. Языкъ сухой, обложенный; животъ немного вздутъ, мягкій; селезенка и печень не прощупываются. Въ жидкихъ испражненіяхъ темно-бурой окраски примѣсь слизи. На слѣдующій день t° $38,9^{\circ}$, дыханіе учащенное, пульсъ 160 въ 1'. Подъ лѣвой лопаткой притупленіе и ослабленное дыханіе съ бронхіальнымъ огѣнкомъ; ребенокъ часто кашляетъ. Стулъ 6 разъ, жидко, съ гниlostнымъ запахомъ. Въ дальнѣйшемъ стулъ, сохраняя такія свойства, происходилъ по 5—7 разъ въ сутки, содержаніе слизи колебалось; воспалительный процессъ въ легкихъ распространился на правую сторону, гдѣ выслушивались обильные влажные хрипы; t° —держалась на высокихъ цифрахъ, не превышая однако $39,3^{\circ}$. 20/VII одышка и частый, слабый пульсъ. Къ утру 21/VII ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 32 часа оказалось: венозная гиперемія мягкой мозговой оболочки; отекъ мозга. Начинающееся жировое перерожденіе сердца; острое паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ. Въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ и въ средней праваго воспалительные фокусы сѣро-краснаго цвѣта. Слизистая желудка слегка набухшая; въ тонкой кишкѣ гиперемія и набуханіе выражены мѣстами; Реуер'овы бляшки и солитарные фолликулы немного набухли. Въ толстой кишкѣ слизь и набуханіе слизистой оболочки; гиперемія

выражена слабѣе. Червеобразный отростокъ длиною въ 6,0 сант., въ поперечномъ размѣрѣ 1,0 сант., содержитъ немного жидкаго кала и слизи. Слизистая оболочка слегка набухшая. *Этикризъ: Entero-colitis acuta Gripp. Bronchopneumonia. Rachitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Леит. Сильная инъекція съ кровоизліяніями въ ткань слизистой и инфильтрація, выраженная въ болѣе замѣтной степени въ глубокихъ слояхъ; въ подслизистой много инъецированныхъ сосудовъ.

Эпителій въ состояніи сильнаго набуханія; на вершинахъ нѣкотораго числа ворсинъ клѣтки имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число бокаловидныхъ клѣтокъ; у небольшого числа железъ просвѣтъ представляетъ кистовидное расширеніе. Фолликулы немного увеличены.

Appendix. Инъекція слизистой выражена въ умѣренной степени; въ подслизистой кое-гдѣ расширенные сосуды. Интерстиціальная ткань инфильтрирована и преимущественно въ глубокихъ слояхъ. Эпителій немного набухшій, ядра окрашиваются хорошо, Въ Либеркюновыхъ железахъ увеличено число бокаловидныхъ клѣтокъ. Фолликулы въ состояніи гиперплазіи, немного инъецированы, частью вступаютъ въ ткань слизистой. Мышечный слой и серозная оболочка не измѣнены.

Colon ascendens. Неравномѣрная инъекція слизистой и умѣренная инфильтрація болѣе глубокихъ слоевъ интерстиціальной ткани. Эпителій обнаруживаетъ большую степень набуханія; на меньшихъ участкахъ наблюдается отсутствіе эпителиального покрова; дно такихъ эрозій состоитъ изъ круглыхъ клѣтокъ. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается кистовидное расширеніе просвѣта прозрачнымъ содержимымъ, въ которомъ находятся отдѣльныя блуждающія клѣтки. Фолликулы немного увеличены.

22. Семень Т.—1 года, 3 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 18/VII, умеръ 25/VII. До года грудное кормленіе, съ этого времени кромѣ груди получалъ цѣльное коровье молоко и хлѣбъ. На 8-мъ мѣсяцѣ перенесъ корь, сильно кашлялъ. Боленъ около 3-хъ недѣль поносомъ; испражненія по 5—7 разъ въ день, жидкія, со слизью.

Вѣсъ тѣла 5,300 грм. Истощенный, сильно ослабѣвшій ребенокъ, съ блѣдными покровами и мало эластичной кожей.

Большой родничекъ въ полтора поперечныхъ пальца; наблюдается облысеніе и размягченіе затылка. Грудная клѣтка обезображена рахитомъ. Дыханіе сопровождается сухими хрипами; тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ 126, легко сжимаемый, t^0 - 37,3°. Языкъ обложенъ, животъ отвислый, вздутый; селезенка немного выступаетъ изъ-за края реберъ. Стулъ 5 разъ, жидко, темной окраски, съ замѣтнымъ содержаніемъ слизи. При дальнѣйшемъ наблюденіи состояніе больного съ каждымъ днемъ замѣтно ухудшалось. Стулъ происходилъ 5—7 разъ въ сутки, содержалъ много слизи, временами въ испражненіяхъ показывалась зеленая окраска; хрипы въ легкихъ становились распространеннѣе, t^0 - колебалась между 37,0—38,7°, дѣятельность сердца слабѣла и 25/VII ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 27 часовъ оказалось: начинающееся жировое перерожденіе сердца; острая опухоль селезенки. Слизистая желудка немного гиперемирована, на стѣнкахъ слизь. Въ тонкой кишкѣ мѣстами набуханіе и гиперемія на вершинахъ складокъ; въ толстой явленія эти выступаютъ рѣзче, фолликулы—съ булавочную головку. Червеобразный отростокъ длиною 6.0 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного мутной слизи; слизистая оболочка нѣсколько окрашена въ розовый цвѣтъ. *Эпикризъ: Enterocolitis acuta. Bronchitis acuta. Rachitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Лейт. Инъекція и инфильтрація слизистой выражены въ умѣренной степени, въ подслизистой немного инъецированныхъ болѣе крупныхъ сосудовъ. Покровный эпителий сохранился на всѣхъ ворсинахъ, представляется немного набухшимъ, границы клѣтокъ выступаютъ отчетливо. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ отчасти расширенъ.

Appendix. Болѣе замѣтная инъекція слизистой оболочки; интерстиціальная ткань представляется инфильтрированной въ болѣе глубокихъ слояхъ. Покровный эпителий сохранился, клѣтки его пронизаны блуждающими элементами; Либеркюновы железы немного расширены прозрачнымъ содержимымъ. Увеличенные фолликулы выступаютъ въ ткань слизистой на большую высоту и теряютъ въ ней свои очертанія. Въ лимфатическихъ сосудахъ—круглыя клѣтки и многоядерныя лейкоциты. Серозная оболочка безъ измѣненій.

Colon ascendens. Довольно значительная инъекція и умѣ-

ренно выраженная инфильтрація слизистой оболочки съ одновременнымъ расширеніемъ и инъекціей болѣе крупныхъ сосудовъ въ подслизистой; вблизи послѣднихъ наблюдаются скопленія круглыхъ клѣтокъ и между ними многоядерные лейкоциты. На высотѣ складокъ слизистой эпителий отсутствуетъ; сильно набухшія клѣтки его имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; ядра клѣтокъ окрашиваются хорошо. Нѣкоторая часть Либеркюновыхъ железъ оказывается съ расширеннымъ просвѣтомъ. Фолликулы въ состояніи гиперплазіи. Въ лимфатическихъ сосудахъ видны въ небольшомъ количествѣ круглыя клѣтки.

23. Александра Ф.—11 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 6/VII, умерла 17/VII. Около 2¹/₂ недѣль больна поносомъ; въ началѣ заболѣванія была рвота, жаръ. 4 дня назадъ появился кашель. До 3-хъ мѣсяцевъ грудное кормленіе, затѣмъ переведена на разбавленное молоко; кромѣ молока до сихъ поръ ничего больше не получала. Вѣсъ тѣла 7300 грм. Довольно упитанный ребенокъ, съ блѣдными общими покровами; на шеѣ прощупываются отдѣльныя железы, на кожѣ головы мокнущая экзема. Дыханіе съ жесткимъ отдѣнкомъ, сопровождается одиночными сухими хрипами; тоны сердца чистые, пульсъ 120 въ 1', средняго наполненія, t° тѣла—37,3°. Печень и селезенка не прощупываются. Языкъ сильно обложенъ, животъ вздутый, вялый. Въ жидкихъ темно-желтаго цвѣта испражненіяхъ слизь. На 4-й день въ испражненіяхъ, которыя происходили по 6—9 разъ въ сутки, замѣчено присутствіе крови и гноя. Въ заднихъ нижнихъ отдѣлахъ легкихъ притупленіе звука и мелко-пузырчатые хрипы; t° 38,8°. Въ ближайшіе за этимъ дни стулъ былъ по 6—8—10 разъ въ сутки, въ испражненіяхъ время отъ времени показывались кровь и гной, запахъ испражненія гнилостный. 16/VII угрожающее ослабленіе сердечной дѣятельности и на слѣдующій день въ 11 ч. утра наступила смерть.

На вскрытіи черезъ 25 часовъ оказалось: паренхиматозное перерожденіе сердца и начинающееся жировое перерожденіе печени. Въ обоихъ легкихъ многочисленныя мелкіе, мѣстами сливающиеся, фокусы сѣро-краснаго цвѣта, острая гиперплазія перибронхіальныхъ железъ; острая опухоль селезенки. Слизистая желудка безъ измѣненій. Въ подвздошной кишкѣ,

въ самомъ нижнемъ ея отдѣлѣ, въ восходящей и ободочной частяхъ толстой слизистая гиперемирована, особенно на вершинахъ складокъ, набухшая. Реуер'овы бляшки и солитарные фолликулы выступаютъ надъ поверхностью слизистой, значительно инъецированы; въ толстой кишкѣ слизистая во многихъ мѣстахъ поверхностно изъязвлена. Червеобразный отростокъ длиною въ 5,2 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного кала и слизь. Слизистая оболочка въ складкахъ, гиперемирована. *Эмикрпизъ: Enteritis follicularis acuta. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдование: Pleum. Рѣзкая инъекція слизистой; въ подслизистой довольно много инъецированныхъ сосудовъ. Мелко клѣточная инфильтрація слизистой очень обильная, мѣстами просвѣтъ железь скрывается скопленіями мелко-клѣточныхъ элементовъ. На вершинахъ небольшого числа ворсинъ эпителий отсутствуетъ; клѣтки его набухшія, съ нѣсколькими сглаженными границами; ядра окрашиваются хорошо.

Извѣстная часть Либеркюновыхъ железь кистовидно расширена прозрачнымъ содержимымъ. Гиперплазированные и инъецированные фолликулы выступаютъ надъ поверхностью слизистой, эпителий надъ нѣкоторыми изъ нихъ отсутствуетъ. На поверхности слизистой, въ складкахъ ея наблюдается скопленіе гнойныхъ тѣлецъ.

Appendix. Инъекція слизистой оболочки выражена въ замѣтной степени; интерстиціальная ткань представляется инфильтрированной круглыми клѣтками. Въ подслизистой видны инъецированные болѣе крупные сосуды и вблизи ихъ замѣтное число лейкоцитовъ. Эпителий пронизанъ блуждающими клѣтками; цѣлость его нигдѣ не нарушена; эпителиальные клѣтки въ значительной степени набухания, мѣстами границы ихъ сглажены, ядра хорошо окрашиваются. У небольшой части Либеркюновыхъ железь просвѣтъ кистовидно расширенъ; въ клѣткахъ видны блуждающіе элементы.

Инъецированные фолликулы съ увеличенными центрами размноженія выступаютъ изъ подслизистаго слоя и, проникая въ ткань слизистой, расплываются въ ней. Мышечный слой и серозная оболочка не измѣнены.

Colon ascendens. Довольно значительная инъекція съ кровоизліяніями въ ткань слизистой; интерстиціальная ткань представляется обильно инфильтрированной. На вершинахъ скла-

догъ эпителий отсутствуетъ, равно какъ и надъ доходящими почти до поверхности слизистой сильно гиперплазированными фолликулами. Сохранившіяся эпителиальные клѣтки сильно набухшія, мѣстами со слабо окрашивающимися ядрами. Часть Либеркюновыхъ железъ имѣетъ расширенный прозрачнымъ содержимымъ просвѣтъ, у большей части просвѣтъ суженъ вслѣдствіе набуханія клѣтокъ; послѣднія не представляютъ особыхъ измѣненій. Въ устьяхъ железъ и въ просвѣтѣ кишки находится слизь, въ складкахъ слизистой оболочки видны скопленія гнойныхъ тѣлецъ. Фолликулы деструктивныхъ измѣненій не представляютъ. Въ щеляхъ подслизистой ткани находятся въ умѣренномъ количествѣ многоядерные лейкоциты.

24. Егоръ Ж. — 8½, мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 19/вп, умеръ 24/вп. Грудное кормленіе до 4-хъ мѣсяцевъ, съ этого времени переведенъ на цѣльное коровье молоко. Часто страдалъ поносами и рвотой. Въ послѣдній разъ заболѣлъ около 2 недѣль рвотой, жаромъ, затѣмъ открылся поносъ, не прекращающійся до настоящаго времени; испражненія имѣютъ гнилостный запахъ.

Вѣсъ тѣла 4,600 грм. Крайне истощенный ребенокъ.

Кожа собирается въ высокія складки, на внутренней поверхности бедеръ свисаетъ. Дыханіе поверхностное, учащенное. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не обнаружено. Тоны сердца глуховаты, пульсъ 180 въ 1', слабого наполненія, t° тѣла $38,4^{\circ}$. Языкъ обложенный, сухой; животъ вздутъ, мягкій. Въ испражненіяхъ, темножелтой окраски, много слизи и гнилостный запахъ.

За время наблюденія стулъ по 8—10 разъ въ сутки, иногда даже до 12 разъ, скудно, съ обильнымъ содержаніемъ слизи и тенезмами.

T° тѣла держалась не ниже $38,2^{\circ}$, доходя до $39,3^{\circ}$. Безъ тенденціи къ ослабленію симптомы болѣзни оставались въ описанномъ видѣ до наступленія смерти.

На вскрытіи черезъ 27 часовъ оказалось: паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; жировое перерожденіе печени. Въ нижнихъ доляхъ обоехъ легкихъ инфилтрація темно-краснаго цвѣта; ткань на разрѣзѣ гладкая, безвоздушная. Слизистая оболочка желудка безъ складокъ, блестящая. Въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ тонкой кишки мѣстами набуханіе и гипе-

ремья слизистой съ многочисленными точечными кровоизлияніями на вершинахъ складокъ; слизистая толстой кишки инъецирована, сильно набухла, покрыта толстымъ слоемъ слизи; фолликулы съ красными ободками, величиною съ булавочную головку; на поверхности слизистой многочисленныя поверхностныя изъязвленія. Червеобразный отростокъ длиною въ 5,4 сант., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 сант., содержитъ много жидкаго кала. Слизистая оболочка немного набухшая. *Этикризъ: Enteritis follicularis acuta.*

Микроскопическое изслѣдованіе: Pleum. Значительная инъекція съ кровоизліяніями въ верхнихъ слояхъ слизистой и обильная инфильтрація интерстиціальной ткани. На вершинахъ нѣкоторой части ворсинъ эпителий отсутствуетъ; клѣтки его, въ значительной степени набуханія, имѣютъ нѣсколько сглаженные границы; у большинства клѣтокъ ядра окрашиваются хорошо. Въ сосѣднихъ съ дефектами въ эпителии клѣткахъ окраска ядеръ слабая. Часть Либеркюновыхъ железъ имѣетъ кистовидно расширенный просвѣтъ, въ прозрачномъ содержимомъ котораго видны въ небольшомъ числѣ блуждающія клѣтки.

Такія же клѣтки пронизываютъ стѣнки железъ и покровный эпителий. Фолликулы въ состояніе гиперплазіи, немного инъецированы; они выступаютъ надъ поверхностью слизистой, которая въ такихъ мѣстахъ лишена эпителия; въ просвѣтѣ кишки и въ складкахъ слизистой видны скопленія гнойныхъ тѣлецъ. Въ щеляхъ подслизистой и межмышечной ткани находятся въ небольшомъ числѣ многоядерные лейкоциты.

Appendix. Слизистая оболочка представляется умѣренно инъецированной. Въ начальной части на небольшомъ протяженіи наблюдается утрата эпителия, дальше по направленію къ вершинѣ отростка эпителий сохранился вполнѣ; клѣтки его, довольно набухшія, съ нѣсколько сглаженными границами, имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ просвѣтъ суженъ набухшими клѣтками, часто пронизанными блуждающими элементами. Фолликулы гиперплазированы, центры размноженія увеличены, сосуды ихъ инъецированы; они на большую высоту вступаютъ въ ткань слизистой. Остальные слои стѣнки не представляютъ измѣненій.

Colon ascendens. Инъекція и инфильтрація слизистой выражены въ замѣтной степени. Въ подслизистой много инъеци-

рованныхъ сосудовъ и скопленія круглыхъ клѣтокъ, между которыми встрѣчаются одиночные многоядерные лейкоциты. На многихъ участкахъ слизистой эпителий отсутствуетъ; сохранившіяся клѣтки имѣютъ мѣстами слабо окрашивающіяся ядра. У части Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ расширенъ. Фолликулы съ увеличенными центрами размноженія инъецированы, доходятъ до свободной поверхности слизистой, обнаженной здѣсь отъ эпителия. Въ складкахъ слизистой видны скопленія гнойныхъ тѣлецъ.

25. Захаръ И. — 1 года, 5 мѣсяцевъ. Принять 9/VIII, умеръ 11/VIII. На грудномъ кормленіи былъ до 1 года и 2 мѣсяцевъ, съ этого времени получалъ коровье молоко, кашу, булку. Часто страдалъ разстройствомъ кишечника. Около 1^{1/2} недѣли назадъ заболѣлъ рвотой, поносомъ, затѣмъ появился жаръ; за это время сильно ослабѣлъ, въ послѣдніе дни совсемъ не принимаетъ пищи. Вѣсъ тѣла 6,200 грм. Ребенокъ значительно истощенный, съ дряблою кожей, апатичный, лежитъ съ полузакрытыми глазами, стонетъ. Въ заднихъ нижнихъ отдѣлахъ легкихъ выслушиваются влажные хрипы; тоны сердца глухіе, пульсъ частый, слабый, неправильный; t° тѣла 37,6°. Животъ немного вздутъ, мягкій. Въ испражненіяхъ темно-бураго цвѣта, съ гнилостнымъ запахомъ, слизь и примѣсь гноя. На слѣдующій день t° 37,1°, въ жидкихъ испражненіяхъ, которыя сопровождаются тenezмами, кромѣ слизи и гноя оказалось немного крови; стулъ 8 разъ. Больной въ подавленномъ состояніи; дѣятельность сердца слабая. Раннимъ утромъ 11/VIII ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 33 часа, отмѣчено: жировое перерожденіе сердца и печени; острая опухоль селезенки; гипостатическая пневмонія въ заднихъ отдѣлахъ нижнихъ долей обоихъ легкихъ. Слизистая желудка блѣдная, на стѣнкахъ немного слизи. Въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки слизистая гиперемирована, набухшая, съ точечными кровоизліяніями на вершинахъ складокъ; Реуер'овы бляшки и солитарные фолликулы увеличены. Въ толстой кишкѣ набухлость и гиперемія выражены рѣзче; на поверхности слизистой многочисленныя изъязвленія, величиною до горошины, съ округлыми краями. Червеобразный отростокъ длиною въ 5,5 cm., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 cm., содер-

жить немного жидкого кала и кровянистую слизь; слизистая оболочка набухла, гиперемирована, поверхностно изъязвлена.

Эпикриз: Enteritis follicularis acuta.

Микроскопическое изслѣдование. Целит. Значительная инъекція съ кровоизліяніями въ под-эпителиальномъ слоѣ и обильная мелко-кѣлочковая инфильтрація слизистой оболочки. Эпителій сохранился на большинствѣ ворсинокъ, мѣстами оставляя вершины ихъ обнаженными; кѣлки его въ значительной степени набуханія; ядра окрашиваются хорошо. У части Либержюновыхъ железъ просвѣтъ расширенъ прозрачнымъ содержимымъ, въ которомъ находятся одиночныя блуждающія кѣлки. Инъецированныя фолликулы въ состояніи гиперплазіи, съ увеличенными центрами размноженія, мѣстами сливаются другъ съ другомъ и выдаются надъ поверхностью слизистой, которая здѣсь лишена эпителия. Замѣтныхъ деструктивныхъ измѣненій въ фолликулахъ не наблюдается. Въ подслизистой ткани имѣются расширенныя и инъецированныя сосуды, вблизи которыхъ видны круглыя кѣлки и между ними многоядерныя лейкоциты. Верхній слой подслизистой представляется умѣренно инфильтрованнымъ. Лимфатическія сосуды въ межмышечной соединительной ткани расширены и содержатъ много лимфоцитовъ.

Appendix. Инъекція слизистой и подслизистой особенно сильно выражена въ окружности вступающихъ въ слизистую фолликуловъ. Послѣдніе оказываются гиперплазированными, съ увеличенными центрами размноженія; достигая свободной поверхности слизистой они немного выдаются надъ ней и обнаруживаютъ деструктивныя измѣненія въ видѣ большаго или меньшаго распадения; причемъ въ центрѣ фолликуловъ находятся некротизированныя эпителиевидныя кѣлки; слизистая надъ ними представляется изъязвленной, сильно инфильтрованной. Эпителій сохранился на всемъ протяженіи поверхности за исключеніемъ вышеописанныхъ изъязвленій; кѣлки его имѣютъ нѣсколько сглаженныя границы и хорошо окрашивающіяся ядра. Интерстиціальная ткань слизистой оболочки обильно инфильтрована. На свободной поверхности слизистой, особенно вблизи выступающихъ фолликуловъ и въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка имѣются скопленія гнойныхъ тѣлецъ, остатки распавшейся ткани слизистой и измѣненныя красныя кровяныя тѣльца. У значительной части Либержюновыхъ железъ просвѣтъ кисто-

видно расширенъ и въ его прозрачномъ находятся въ небольшомъ числѣ блуждающія клѣтки. Въ подслизистой, вблизи сосудовъ видны скопленія круглыхъ клѣтокъ и среди нихъ полинуклеары. Мышечный слой и серозная оболочка представляетъ извѣстную степень инъекціи. Расширенные лимфатическіе сосуды въ межмышечной ткани наполнены лимфоцитами.

Colon ascendens. Значительная инъекція съ кровоизліянiями въ под-эпителиальномъ слоѣ и инфильтрація слизистой. На поверхности ея имѣются кратероподобныя глубоко простирающіяся потери ткани, дно которыхъ образовано остатками подвергшихся разрушенію фолликуловъ; въ окружности послѣднихъ и въ нихъ самихъ видно много инъецированныхъ сосудовъ.

Эпителий, сохранившійся вполне за исключеніемъ участковъ съ описанными изъявленіями, имѣетъ нѣсколько сглаженныя границы и хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ имѣется расширение просвѣта; клѣтки ихъ почти не измѣнены. Въ многочисленныхъ глубокихъ складкахъ слизистой видны скопленія гнойныхъ тѣлецъ. Въ подслизистой ткани много инъецированныхъ сосудовъ; верхній слой ея пронизанъ круглыми клѣтками. Мышечный слой и серозная оболочка инъецированы.

26. Любовь Г.—6 лѣтъ. Принята въ больницу въ 4 часа утра 25/у, умерла въ тотъ-же день. Заболѣла наканунѣ около полудня рвотой и поносомъ. Никакихъ анамнестическихъ данныхъ о предшествовавшемъ состояніи больной не могло быть собрано, такъ какъ она была доставлена въ санитарной каретѣ безъ сопровожденія къмъ либо изъ родныхъ. При осмотрѣ обнаружена разлитая болѣзненность живота. Тоны сердца ослаблены, пульсъ мягкій, 180 въ 1'. При изслѣдованіи кровянистыхъ съ примѣсью слизи испражненій холерныхъ вибрионовъ не оказалось. Рвота 3 раза слизью, окрашенной желчью. Въ 11 час. 20' того-же дня exitus.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 25 часовъ, оказалось: мышца сердца на разрѣзѣ блѣдная, тусклая. Легкія въ заднихъ отдѣлахъ содержатъ довольно много крови, ткань ихъ повсюду проходима для воздуха. Печень немного увеличена, передній край ея закругленъ; на разрѣзѣ рисунокъ выступаетъ неясно. Селезенка значительно увеличена, капсула ея напряжена,

пульпа темно-краснаго цвѣта, легко соскабливается, фолликулы мало различимы. Серозная оболочка толстой кишки розоватаго цвѣта. Въ желудкѣ немного вязкой слизи, окрашенной въ свѣтло-желтый цвѣтъ. Слизистая всей тонкой кишки потускнѣла, разрыхлена, отечна, гиперемирована. Въ нижнемъ отдѣлѣ ilei на протяженіи около 15 cm. отъ Баугиніевой заслонки гиперемія слизистой выражена рѣзче, на вершинахъ складокъ кровоизліянія. Лимфатическіе солитарные фолликулы и Peyer'-овы бляшки немного выступаютъ надъ поверхностью слизистой. На всемъ протяженіи толстой кишки до перехода S— romanum въ rectum слизистая значительно припухла, собрана въ многочисленныя складки, утолщена, интенсивно окрашена въ темно-красный цвѣтъ; на вершинахъ складокъ многочисленныя кровоизліянія и эрозіи. Подслизистая ткань утолщена, съ поверхности разрывовъ выдѣляетъ кровянистую жидкость. Лимфатическіе солитарные фолликулы слабо различимы.

На поверхности слизистой много слизи, окрашенной въ кровянистый цвѣтъ. Брыжеечныя железы увеличены, розоваго цвѣта.

Червеобразный отростокъ длиною 6,5 cm., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 cm., содержитъ кровянистую слизь. Слизистая сильно набухла, темно-краснаго цвѣта, съ кровоизліяніями и мелкими эрозіями. Серозный покровъ съ налитыми сосудами окрашенъ въ розовый цвѣтъ. *Эпикризь: Enteritis phlegmonosa.*

Микроскопическое изслѣдованіе.

Цент. Слизистая оболочка инъецирована, мѣстами встрѣчаются поверхностныя кровоизліянія. Интерстиціальная ткань ея обильно пронизана лимфатическими тѣльцами, среди которыхъ встрѣчаются многоядерные лейкоциты. Эпителій совершенно отсутствуетъ, обнажая поверхность слизистой, которая покрыта слизью, обломками эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитами и измѣненными красными кровяными тѣльцами. Въ Либержюновыя железы клѣтки сохранились вполнѣ, обнаруживая сильно окрашивающіяся ядра. Лимфатическіе солитарные фолликулы съ увеличенными зародышевыми центрами богаты лимфоцитами. Въ подслизистой ткани много расширенныхъ и инъецированныхъ сосудовъ, въ ихъ окружности наблюдаются скопленія лейкоцитовъ. Тканевыя щели подслизистой и мышечной ткани расширены, выполнены прозрачнымъ содер-

жимымъ, въ которомъ встрѣчаются въ небольшомъ числѣ полинуклеары. Лимфатическіе сосуды въ межмышечномъ слоѣ расширены, наполнены лимфоцитами. Въ мышечномъ слоѣ и въ серозной оболочкѣ наблюдается инъекція сосудовъ.

Appendix. Слизистая рѣзко инъецирована, въ поверхностныхъ слояхъ ея многочисленныя кровоизліянія. Эпителій уничтоженъ на всемъ протяженіи поверхности слизистой, которая пропитана красными кровяными тѣльцами и представляетъ замѣтную воспалительную инфильтрацію. Въ Либеркюновыхъ железахъ клѣтки сохранились вполнѣ, ядра ихъ окрашиваются сильно. Фолликулы съ увеличенными и какъ бы разрѣженными зародышевыми центрами почти достигаютъ свободной поверхности слизистой, которая надъ ними некротизирована и изъязвлена. Тканевыя щели въ значительно утолщенной подслизистой расширены прозрачными массами, въ которыхъ встрѣчаютъ одно и многоядерные лейкоциты; лимфатическіе сосуды въ межмышечной ткани также замѣтно расширены и наполнены лимфоцитами. Въ подслизистой много инъецированныхъ сосудовъ, въ окружности которыхъ видны скопленія лейкоцитовъ. Мышечный слой и серозная оболочка инъецированы, въ послѣдней, кромѣ того имѣется небольшое пропитываніе лейкоцитами.

Colon ascendens. Микроскопическая картина здѣсь вполнѣ сходна съ таковою въ червеобразномъ отросткѣ, причемъ некрозъ и разрушеніе слизистой выражены въ большемъ масштабѣ и кромѣ того въ зародышевыхъ центрахъ нѣкоторыхъ фолликуловъ видны лишеныя ядеръ эпителиевидныя клѣтки.

27. Cholera asiatica. Иванъ Ч.—1 года 6 мѣсяцевъ. Принять въ больницу 30/VII, умеръ 31/VII. Нѣсколько дней было небольшое разстройство кишечника, со вчерашняго дня появилась рвота, стулъ участился; больной значительно ослабѣлъ.

Вѣсъ тѣла 8100 грм. Ребенокъ достаточно упитанъ, съ блѣднымъ осунувшимся лицомъ, сухой кожей; глаза ввалившіеся, закатываются. Тоны сердца ослаблены, пульсъ 160 въ 1', слабый, t^0 тѣла 38,4°. Языкъ слегка обложенъ; животъ плоскій, мягкій, при пальпаціи слышно урчанье; испражненія жидкія, слабо окрашенныя въ желтый цвѣтъ. При изслѣдованіи въ испражненіяхъ обнаружены холерныя вибрионы. 31/VII 3 раза

рвота водянистыми массами; стулъ 5 разъ, жидко, со слабой окраской. Состояніе крайне тяжелое, пульсъ почти неощутимъ. На уровнѣ лопатокъ обнаружено притупленіе легочнаго звука и выслушивается дыханіе съ бронхіальнымъ отдѣнкомъ; отдѣленіе мочи ничтожное. Въ 4 часа дня ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 20 часовъ отмѣчено: паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; гиперемія и отекъ легкихъ; катарральная пневмонія нижней доли лѣваго легкаго. Селезенка немного увеличена, темно-коричневаго цвѣта. Печень мягкая, слегка увеличена, передній край ея закругленъ. Ткань ея на разрѣзѣ глинистаго цвѣта, плотна; дольки хорошо замѣтны; центральныя вены наполнены кровью. Въ желчномъ пузырьѣ много густой, темной желчи. Въ желудкѣ содержится небольшое количество мутной, безцвѣтной жидкости. Слизистая желудка разрыхлена, блѣдно-сѣраго цвѣта, съ точечными кровоизліяніями на днѣ его. Серозный покровъ кишекъ покрытъ клейкимъ налетомъ. Но всею протяженіи тонкой кишки слизистая набухла, съ рѣзко выраженными складками, слегка окрашена въ розовый цвѣтъ. Между утолщенными и отечными складками видны увеличенные солитарные фолликулы; Peyer'овы бляшки выдаются надъ поверхностью слизистой въ видѣ красноватыхъ, плоскихъ, овальной формы островковъ; мѣстами въ нихъ видны кровоизліянія. Въ толстой кишкѣ тѣ-же явленія, выражены слабѣе. Брыжеечныя железы умѣренно увеличены, блѣдны и плотны. Червеобразный отростокъ длиною въ 7,0 см., въ поперечномъ размѣрѣ 1,0 см., содержитъ немного жидкаго кала слабо-желтой окраски. Слизистая немного набухшая, въ мелкихъ складкахъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Инъекція слизистой оболочки съ кровоизліяніями въ верхнихъ слояхъ; аденоидная ткань слизистой пронизана круглыми клѣтками, среди которыхъ часто встрѣчаются полинуклеары. Въ подслизистой немного инъецированныхъ сосудовъ и скопленія многоядерныхъ лейкоцитовъ въ ихъ окружности. Покровный эпителий мѣстами совершенно отсутствуетъ и въ просвѣтѣ кишки въ толстомъ пластѣ слизи видны многочисленные обломки эпителиальныхъ клѣтокъ, почти лишенныхъ ядеръ. На тѣхъ-же препаратахъ наблюдаются ворсины, вполне сохранившія свой эпителиальный покровъ; здѣсь клѣтки оказываются со сглаженными границами и съ сильно окрашивающимися ядрами. Та-

кія же измѣненія наблюдаются въ клѣткахъ Либеркюновыхъ железъ. У нѣкотораго числа послѣднихъ просвѣтъ расширенъ прозрачнымъ содержимымъ. Фолликулы сильно гиперплазированы, центры размноженія рѣзко увеличены. Надъ выступающими въ просвѣтъ фолликулами эпителий или совершенно отсутствуетъ, или имѣется въ видѣ тяжей, въ которыхъ съ трудомъ можно различить слабые контуры ядеръ. Тканевыя щели подслизистой и межмышечной ткани равно какъ и расположенные въ послѣдней лимфатическіе сосуды расширены. Серозная оболочка представляетъ умѣренную степень инъекціи.

Appendix. Небольшая инъекція слизистой оболочки; въ подслизистой кое-гдѣ инъецированы болѣе крупныя сосуды. Эпителий сохранился на всемъ протяженіи поверхности слизистой; клѣтки его въ состояніи сильнаго набуханія, со сглаженными границами и хорошо окрашивающимися ядрами. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ суженъ набухшими железистыми клѣтками; ядра послѣднихъ хорошо окрашиваются. Фолликулы, въ состояніи значительной гиперплазіи, съ сильно увеличенными центрами размноженія, почти достигаютъ свободной поверхности слизистой. Мышечный слой и серозная оболочка измѣненій не представляютъ.

Colon ascendens. Сравнительно небольшая инъекція слизистой и мало инъецированныхъ сосудовъ въ подслизистой. Интерстиціальная ткань слизистой богата круглыми клѣтками, среди которыхъ встрѣчаются многоядерные лейкоциты. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается набуханіе клѣтокъ и суженіе просвѣта. У небольшого числа железъ просвѣтъ кистовидно расширенъ. Покровный эпителий отсутствуетъ на значительномъ протяженіи; сохранившіяся на небольшихъ участкахъ клѣтки его имѣютъ слабо окрашивающіяся ядра; въ железистыхъ клѣткахъ ядра окрашиваются сильно. Гиперплазированные съ сильно увеличенными центрами размноженія фолликулы высоко вдаются въ ткань слизистой. Лимфатическіе сосуды въ межмышечномъ слое замѣтно расширены и содержатъ много лимфоцитовъ. Попавшая въ срѣзъ брыжеечная железа чрезвычайно богата лимфоцитами и замѣтно инъецирована.

28. Cholera asiatica. Адрианъ Г. — 5 лѣтъ. Принятъ въ больницу 2/уш. умеръ 4/уш. Заболѣлъ наканунѣ рвотой и поносомъ.

Ребенокъ съ достаточнымъ развитіемъ подкожнаго жирового слоя, съ блѣдной, отчасти утерявшей эластичность, кожей; глаза ввалившіеся, конечности синюшныя. Въ легкихъ чисто; тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ 140 въ 1', средняго наполненія, t° тѣла $36,2^{\circ}$. Языкъ густо обложенъ, животъ тѣстоватой консистенціи. Испражненія частыя, жидкія, слегка окрашенныя въ свѣтло-желтый цвѣтъ; въ нихъ обнаружены холерные вибрионы. Къ вечеру ребенокъ сталъ сонливымъ, сознание отчасти подавленное, вокругъ глазъ появились темныя круги. Тоны сердца глухіе, пульсъ 170 въ 1', малый; общее состояніе тяжелое. На слѣдующій день 2 раза рвота, стулъ 5 разъ, жидко, съ слабой окраской испражнений. T° $37,0^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, пульсъ 170 въ 1', аритмичный, съ перебоями. 4/вш. Съ утра 2 раза рвота, стулъ 4 раза, жидко, сохраняютъ слабую каловую окраску; t° $36,0^{\circ}$. Ребенокъ очень слабъ; тоны сердца глухіе, пульсъ частый, малый, аритмичный; животъ слегка вздутъ; на губахъ, рукахъ и ногахъ, особенно на ногтяхъ, выступаетъ синюшная окраска; кожа покрыта холоднымъ потомъ. Въ 2 часа дня наступила смерть.

На вскрытіи черезъ 23 часа обнаружено: паренхиматозное перерожденіе почекъ и начальная стадія жирового перерожденія сердца. Легкія въ спавшемся состояніи; ткань ихъ на разрѣзѣ суха, малокровна, блѣдно-сѣраго цвѣта; нижнія доли обоихъ легкихъ сзади свѣтло-краснаго цвѣта. Печень на разрѣзѣ нормальной плотности, буровато-краснаго цвѣта; дольки хорошо замѣтны, центральныя вены наполнены кровью. Желчный пузырь значительно растянутъ густой, вязкой желчью, почти чернаго цвѣта. Селезенка имѣетъ сморщенную капсулу, ткань плотна, на разрѣзѣ усѣяна бѣловатыми пятнами. Въ желудкѣ немного слизи; слизистая оболочка блѣдна, набухла. Почти по всей длинѣ тонкой кишки сплошная гиперемія и набуханіе слизистой, съ многочисленными кровоизліяніями на вершинахъ складокъ; солитарныя фолликулы и Реуер'овы бляшки выступаютъ надъ поверхностью слизистой, окружены красными вѣнчиками. Въ толстой кишкѣ гиперемія и набухлость слизистой выражены значительно слабѣе. Червеобразный отростокъ длиною въ 4,0 см., въ поперечномъ размѣрѣ— 0,8 см., содержитъ немного слизи. Слизистая оболочка блѣдна, фолликулы съ просыное зерно.

Микроскопическое изслѣдованіе. Целит. Рѣзкая инъекція

слизистой съ многочисленными кровоизлияніями преимущественно въ верхнихъ слояхъ. Аденоидная ткань слизистой содержитъ много круглыхъ клѣтокъ и между ними полинуклеары. Покровный эпителий сохранился на многихъ ворсинкахъ; границы между отдѣльными клѣтками сглажены, ядра болѣе или менѣе хорошо окрашиваются. Просвѣтъ у известной части Либеркюновыхъ железъ кистовидно расширенъ; клѣтки Либеркюновыхъ железъ обнаруживаютъ границы и имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Фолликулы въ состояніи гиперплазіи съ рѣзко увеличенными центрами размноженія выступаютъ нѣсколько надъ поверхностью слизистой. Въ подслизистой ткани наблюдается умѣренное расширение и инъекція сосудовъ и скопленія лейкоцитовъ вблизи нихъ. Лимфатическіе сосуды въ межмышечной ткани расширены и содержатъ небольшое число лимфоцитовъ.

Appendix. Слизистая немного инъецирована, въ подслизистой мѣстами немного расширенныхъ и инъецированныхъ сосудовъ. Вполнѣ сохранившійся эпителий представляется набухшимъ, со смытыми границами между отдѣльными клѣтками и съ сильно окрашивающимися ядрами. Въ Либеркюновыхъ железахъ клѣтки менѣе измѣнены и обладаютъ хорошо окрашивающимися ядрами. Фолликулы сильно гиперплазированы, съ увеличенными центрами размноженія, вдаются высоко въ ткань слизистой. Расположенные въ межмышечной ткани лимфатическіе сосуды нѣсколько расширены. Мышечный слой и серозная оболочка не измѣнены.

Colon ascendens. Умѣренная инъекція и инъльтрація слизистой; эпителий на многихъ участкахъ сохранился, обнаруживая сильно окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ окраска клѣточныхъ ядеръ удастся лучше. Гиперплазированные фолликулы со увеличенными центрами размноженія частью вступаютъ въ слизистую. Въ расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ между слоями мышцъ содержится замѣтное число лимфоцитовъ. Серозная оболочка измѣненій не обнаруживаетъ.

29. Михайлъ Л.—1 года 5 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 30/v, умеръ 12/vi. Грудное кормленіе до 6 мѣсяцевъ, затѣмъ переведенъ на коровье молоко 1 : 1 съ водой; съ 8 мѣсяцевъ получалъ цѣльное молоко. Около 8 недѣль боленъ поносомъ.

Вѣсъ тѣла 6250 грм. Слабаго тѣлосложенія, съ малымъ развитіемъ подкожнаго жира; покровы блѣдныя, кожа вялая. На шеѣ и затылкѣ прощупываются отдѣльныя железы; дыханіе чистое. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ небольшого наполненія, 126 въ 1'. Стѣнки живота дряблыя; печень и селезенка не прощупываются. Испражненія жидкія, темно-бурой окраски, безъ слизи, съ гнилостнымъ запахомъ. Въ теченіе двухнедѣльнаго пребыванія въ больницѣ состояніе ребенка оставалось безъ рѣзкихъ колебаній въ ту или другую сторону; жидкія испражненія происходили 4—6 разъ въ сутки; содержаніе въ нихъ слизи измѣнялось безъ всякаго отношенія къ діетѣ и проводимому леченію. Ребенокъ замѣтно ослабѣвалъ, что отражалось на дѣятельности сердца. 9/vi отмѣчены глухіе тоны сердца и слабость пульса. На слѣдующій день t° —37,8°. Подъ обѣими лопатками притупленіе звука и бронхіальное дыханіе съ влажными хрипами. Пульсъ 160 въ 1' неправильный, легко сдавливаемый. 12/vi. Ребенокъ умеръ.

На вскрытіи черезъ 27 часовъ оказалось: отекъ мозга; острое паренхиматозное перерожденіе сердца, печени и почекъ. Острое катарральное воспаленіе нижнихъ долей обоихъ легкихъ; гиперплазія перибронхіальныхъ железъ. Острая опухоль селезенки. Желудокъ безъ измѣненій; слизистая тонкой кишки утолщена, асидносьброй окраски; въ толстой кишкѣ небольшое набуханіе слизистой въ восходящей части. Червеобразный отростокъ длиною въ 4,2 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ мутно бѣлую слизь. Слизистая оболочка блѣдна. *Эпикризь: Entero-colitis chronica. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печень. Инъекція слизистой и подслизистой умѣренная; интерстиціальная ткань обильно инфильтрирована круглыми клѣтками, мѣстами закрывающими просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ. Въ покровномъ эпителии очень много блуждающихъ клѣтокъ. Нѣкоторыя ворсины частью обнажены отъ своего эпителиальнаго покрова; клѣтки его мѣстами оказываются очень низкими; границы клѣтокъ большею частью сохранены, окраска ядеръ иногда сильная. Въ Либеркюновыхъ железахъ, особенно въ ихъ устьяхъ бокаловидныя клѣтки обильно наполнены секретомъ; на поверхности кишки слой слизи. У нѣкоторой части железъ просвѣтъ расширенъ.

Appendix. Инъекція слизистой и подслизистой выражена

въ очень умѣренной степени; кругло-клеточковая инфильтрація интерстиціальной ткани довольно обильная, отчасти неравномерная: въ глубокихъ слояхъ, вслѣдствіе вступленія въ слизистую гиперплазированныхъ фолликуловъ, она кажется большею. Эпителій мѣстами оказывается набухшимъ, мѣстами не измѣненнымъ; въ первомъ случаѣ границы клетокъ выступаютъ слабо, или совсѣмъ смыты, во второмъ отчетливо различаются; ядра красятся хорошо. Въ Либеркюновыхъ железахъ много бокаловидныхъ клетокъ. Небольшая часть железъ имѣетъ значительно расширенный просвѣтъ, въ которомъ свободно лежатъ блуждающія клетки и слизь. Muscularis mucosae и подслизистая ткань въ верхнихъ слояхъ тоже представляютъ замѣтную степень инфильтраціи. Гиперплазированные фолликулы не имѣютъ опредѣленныхъ границъ, сливаются другъ съ другомъ. Въ соединительно-тканыхъ щеляхъ межмышечнаго слоя встрѣчаются плазматическія клетки.

Colon ascendens. Микроскопическая картина здѣсь очень похожа на описанную для червеобразнаго отростка; въ подслизистомъ слое встрѣчается больше инъецированныхъ сосудовъ, гиперплазія фолликуловъ выражена въ меньшей степени. Кромѣ того, здѣсь наблюдается большее число расширенныхъ Либеркюновыхъ железъ. Въ соединительно-тканыхъ щеляхъ также встрѣчаются плазматическія клетки.

30. Сергѣй С.—1 года, 2 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 16/VI. умеръ 28/VI. Съ самаго рожденія искусственное кормленіе; до 5 мѣсяцевъ получалъ разбавленное коровье молоко, съ этого времени—цѣльное; кромѣ молока получалъ кашу, булку. Часто страдалъ кишечными расстройствами. Около 1½ мѣсяца боленъ поносомъ; испражненія 4—5 разъ въ сутки, жидкія, полужидкія, темной окраски, съ примѣсью слизи и часто съ гнилостнымъ запахомъ. За время болѣзни сильно исхудалъ. Вѣсъ тѣла 5100 грм. Ребенокъ съ блѣднымъ лицомъ, вялый. Со стороны костной системы имѣется на лицо рядъ измѣненій на почвѣ рахита, какъ размягченіе затылка, утолщеніе эпифизовъ длинныхъ костей и рахитическія четки.

Въ правой сторонѣ груди, на уровнѣ нижняго угла лопатки выслушиваются крепитирующіе хрипы. Тоны сердца глуховаты, пульсъ 130 въ 1', легко сжимаемый; t° тѣла 38,0°. Животъ слегка вздутъ, мягкій. Въ испражненіяхъ небольшое

содержаніе слизи. Въ дальнѣйшемъ стулъ былъ 4—6 разъ въ день, скудно; испражненія содержали измѣнчивое количество слизи. Т°—въ предѣлахъ 36,0°—36,6°. Ребенокъ ѣлъ очень вяло. Подъ вліяніемъ мѣстнаго леченія катарральныя явленія въ легкихъ почти исчезли. 24/VI стулъ участился до 8 разъ въ день, въ испражненіяхъ съ зеленой окраской появилось много слизи. На слѣдующій день стулъ 12 разъ, жидко, со слизью, тенезмами, два раза рвота. Состояніе ребенка сразу замѣтно ухудшилось. Стулъ продолжалъ носить описанный характеръ до 28/VI, когда при явленіяхъ общей слабости ребенокъ умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 22 часа, оказалось, паренхиматозное и начальная стадія жирового перерожденія сердца; жировое перерожденіе печени. Катарральная пневмонія средней и нижней доли праваго легкаго. Селезенка плотна, капсула ея утолщена, морщиниста. Пульпа темно-краснаго цвѣта мало соскабливается. Слизистая желудка гладкая, блестящая. На стѣнкахъ вязкая слизь. Слизистая тонкой кишки блѣдна, въ нижнемъ отдѣлѣ утолщена, пигментирована. Въ толстой кишкѣ слизистая набухла, покрыта слизью. Червеобразный отростокъ 5,5 см. длиною, въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ немного жидкаго кала; слизистая слегка утолщена; блѣдна. *Эпикризъ: Entero-colitis chronica. Broncho-pneumonia. Rachitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печен. Инъекція слизистой выражена въ слабой степени. Интерстиціальная ткань богата лимфоцитами; одновременно имѣется значительное пронизываніе клѣтокъ эпителия и Либеркюновыхъ железъ блуждающими элементами. Въ верхнихъ слояхъ подслизистой находится довольно много круглыхъ клѣтокъ. Фолликулы гиперплазированы, теряютъ свои болѣе или менѣ правильныя очертанія, расплываясь въ интерстиціальной ткани слизистой. Эпителий сохранился на всѣхъ ворсинахъ; клѣтки его въ небольшой степени набуханія имѣютъ хорошо окрашивающіяся ядра. Въ Либеркюновыхъ железахъ наблюдается увеличеніе числа бокаловидныхъ клѣтокъ.

Appendix. Незначительная инъекція слизистой оболочки наблюдается на всемъ протяженіи червеобразнаго отростка. Аденоидная ткань слизистой богата лимфатическими тѣльцами. Сохранившійся вполнѣ покровный эпителий часто пронизанъ

блуждающими клѣтками; мѣстами эпителиальныя клѣтки оказываются довольно низкими, съ ядрами неправильно округлой формы, лежащими въ поперечномъ направленіи къ оси клѣтокъ. У нѣкоторой части Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ значительно расширенъ и въ его прозрачномъ содержимомъ видны скопленія блуждающихъ клѣтокъ. Въ верхнихъ слояхъ подслизистой замѣтно количество круглыхъ клѣтокъ. Фолликулы въ состояніи гиперплазіи вступаютъ въ ткань слизистой и расплываются въ ней. Въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка много слизи.

Colon ascendens. Микроскопическая картина здѣсь сходна съ описанною для червеобразнаго отростка съ тою разницей, что здѣсь гиперемія слизистой выражена болѣе замѣтно и у бѣльшаго числа Либеркюновыхъ железъ имѣется кистовидное расширеніе просвѣта.

31. Анатолий П.—9 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 24/VII, умеръ 30/IX. Грудное кормленіе до полугода. съ этого времени получалъ цѣльное коровье молоко и хлѣбъ. По словамъ матери часто бывали рвота и поносъ. Въ послѣднее время стулъ постоянно жидкій, раза 2—4 въ день.

Вѣсъ тѣла 4500 грм. Ребенокъ слабого сложения, замѣтно истощенный, съ блѣдной дряблой кожей. На шеѣ прощупываются отдѣльныя железы. Дыханіе съ жестковатымъ отѣнкомъ, изрѣдка проскальзываютъ одиночныя сухіе хрипы. Тоны сердца чистые, пульсъ средняго наполненія, 120 въ 1', t⁰ тѣла 36,3°. Языкъ слегка обложенъ, животъ вздутъ, немного отвислый, мягкій. Испражненія темной окраски, жидкія, съ небольшою примѣсью слизи. За время наблюденія въ теченіи 9 недѣль стулъ происходилъ 3—4 раза въ день, жидко, полужидко, съ большимъ или меньшимъ содержаніемъ слизи, часто бывалъ значительный метеоризмъ. Тѣмъ не менѣе ребенокъ медленно прибывалъ въ вѣсъ, который къ концу 1-го мѣсяца содержанія въ больницѣ достигъ 4800 грм. Съ 26 августа наступило ухудшеніе, появились рвота и поносъ. Дальше стулъ происходилъ по 3—5—7 разъ въ сутки, жидко, съ постояннымъ содержаніемъ слизи, иногда наблюдались тенезмы. Вѣсъ тѣла началъ понижаться и ко второй половинѣ 2-го мѣсяца наблюденія спустился до 4200 грм. 21/IX подъ правой лопаткой обнаружено пригупленіе, дыханіе съ бронхіальнымъ отѣн-

комъ и влажными хрипами; t° повысилась до $38,8^{\circ}$. При явленіяхъ распространенной катарральной пневмоніи ребенокъ умеръ 30/IX. На вскрытіи, произведенномъ черезъ 27 часовъ, оказалось: паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; начальная стадія жирового перерожденія печени. Острая катарральная пневмонія всего праваго легкаго и нижней доли лѣваго. Въ желудкѣ немного слизи, слизистая оболочка блѣдна. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкой кишки набуханіе и немного выраженная гиперемія слизистой; слизистая въ colon ascendens и transversum утолщена, пигментирована, покрыта слизью. Червеобразный отростокъ длиною 7,5 сант., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 сант., содержитъ немного жидкаго кала и слизь. Слизистая оболочка безъ видимыхъ измѣненій. *Эпикризъ: Enterocolitis chronica. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печ. Небольшая инъекція слизистой; подслизистая блѣдна сосудами. Интерстиціальная ткань слизистой обильно инфильтрирована, особенно въ глубокихъ слояхъ. Эпителий сохранился на всѣхъ ворсинахъ, клѣтки его въ разныхъ стадіяхъ набуханія, мѣстами имѣютъ сильно окрашивающіяся ядра; одновременно встрѣчаются мѣста, гдѣ эпителий на всей высотѣ ворсинъ представляетъ незначительную степень набуханія и гдѣ ядра его имѣютъ хорошую окраску. У небольшого числа Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ кистовидно расширенъ и въ немъ находятся въ большемъ или меньшемъ количествѣ блуждающія клѣтки. На днѣ железъ хорошо видны клѣтки *Paneth'a*. Въ подслизистой ткани и въ muscularis mucosae въ умѣренномъ числѣ блуждающія клѣтки. Въ тканевыхъ щеляхъ подслизистой и межмышечнаго слоя кое-гдѣ встрѣчаются плазматическія клѣтки.

Appendix. Незначительная инъекція слизистой и немного инъецированныхъ сосудовъ въ подслизистой ткани. Довольно замѣтно выраженная инфильтрація болѣе глубокихъ слоевъ слизистой, отчасти muscularis mucosae и верхнихъ слоевъ подслизистой. Фолликулы увеличены, границы ихъ расплываются. Покровный эпителий пронизанъ частыми блуждающими клѣтками; границы эпителиальныхъ клѣтокъ нѣсколько сглажены, ядра окрашиваются хорошо. Либеркюновы железы частью съ расширеннымъ просвѣтомъ, въ которомъ видны блуждающія клѣтки. Въ щеляхъ межмышечной ткани находятся одиночныя плазматическія клѣтки.

Colon ascendens. Замѣтно выраженная инъекція слизистой; въ подслизистой небольшое расширеніе и инъекція болѣе крупныхъ сосудовъ. Аденоидная ткань слизистой содержитъ много лимфоцитовъ; въ верхнихъ слояхъ подслизистой и отчасти въ muscularis mucosae довольно часто встрѣчаются блуждающія клѣтки. Эпителій сохранился вполнѣ; клѣтки его мѣстами имѣютъ сглаженныя границы; ядра окрашиваются хорошо. Либеркюновы железы съ кистовидно расширеннымъ просвѣтомъ; въ немъ видны блуждающія клѣтки; послѣднія часто встрѣчаются въ покровномъ эпителии и въ стѣнкахъ Либеркюновыхъ железъ. Въ тканевыхъ щеляхъ подслизистой и межмышечнаго слоя находятся въ замѣтномъ количествѣ плазматическія клѣтки.

32. Сергѣй А. 2 $\frac{1}{2}$ лѣтъ. Принятъ въ больницу 22/VIII, умеръ 15/IX. Грудное кормленіе до 7 мѣсяцевъ, затѣмъ переведенъ на коровье молоко. Въ возрастѣ 1 $\frac{1}{2}$ лѣтъ ѣлъ все, что и взрослые. Около 5 недѣль боленъ кишечнымъ разстройствомъ, которое временами затихаетъ, то снова усиливается; стулъ 2 — 5 разъ въ день, жидко; въ испражненіяхъ иногда много слизи и гнилостный запахъ. Вѣсъ тѣла 8.450 грм. Ребенокъ истощенный, съ дряблою кожей сѣровой окраски. На шеѣ и затылкѣ прощупывается много мелкихъ железъ. Въ обоихъ легкихъ выслушиваются разсѣянные сухіе хрипы; тоны сердца чистые, пульсъ 110 въ 1', правильный, легко сжимаемый, t° тѣла 36,2°. Печень выступаетъ изъ за края реберъ на 2 поперечныхъ пальца, немного болѣзненна, селезенка не прощупывается. Языкъ обложенъ, животъ мягкій, немного вздутъ. Стулъ 4 раза, жидко, съ примѣсью тягучей слизи. При дальнѣйшемъ наблюденіи стулъ происходилъ 4 — 5 — 6 разъ ежедневно, въ испражненіяхъ кромѣ постоянного присутствія слизи замѣчалась кровь, t° тѣла колебалась въ предѣлахъ 36,0° — 37,5°, не выше. Къ пищѣ больной чувствовалъ отвращеніе, ѣлъ очень мало. 10/V — при сразу поднявшейся до 39,3° температурѣ тѣла и насморкѣ обнаружено притупленіе подъ лѣвой лопаткой; при выслушиваніи дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ и крепитирующими хрипами. На слѣдующій день t° — 38,4°. Въ лѣвомъ легкомъ влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухіе, пульсъ 180 въ 1', слабый. 15/IX при явленіяхъ слабости сердца наступила смерть.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 25 часовъ, отмѣчено:

паренхиматозное и начальная стадія жирового перерожденія сердца; жировое перерожденіе печени. Все лѣвое легкое сплошь представляетъ массу слившихся воспалительныхъ фокусовъ сѣро-краснаго цвѣта. Правое легкое отечно. Селезенка увеличена, дрябла, пульпа темно-краснаго цвѣта, легко соскабливается. Слизистая желудка безъ измѣненій. Въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ тонкой кишки слизистая немного набухла, утолщена, гипермирована. Гиперемія и утолщеніе слизистой въ толстой кишкѣ выражены сильнѣе. Реуер'овы бляшки и солитарныя фолликулы гипермированы, поверхностно изъязвлены; язвы съ ровными краями, мѣстами сливаются до величины горошины. Въ толстой кишкѣ изъязвленія многочисленнѣе, величиною съ просяное зерно. Червеобразный отростокъ длиною въ 6,2 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,6 см., содержитъ жидкій калъ. Слизистая оболочка гипермирована, фолликулы съ булабочную головку, многіе изъ нихъ изъязвлены. *Эпикризъ: Enteritis follicularis chronica. Gripp. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печ. Умѣренная инъекція слизистой; интерстиціальная ткань обильно инфильтрирована круглыми клѣтками. Въ подслизистой немного инъецированныхъ сосудовъ и скопленія круглыхъ клѣтокъ преимущественно въ верхнихъ слояхъ. Эпителій сохранился почти на всѣхъ ворсинахъ; клѣтки его мѣстами имѣютъ сглаженные границы, ядра окрашиваются хорошо. У небольшого числа Либеркюновыхъ железъ наблюдается значительное расширеніе просвѣта прозрачнымъ содержимымъ, въ которомъ находятся въ большемъ, или меньшемъ числѣ блуждающія клѣтки. Такія же клѣтки пронизываютъ стѣнки железъ и покровный эпителій. Фолликулы увеличены, богаты клѣтками.

Appendix. Инъекція и лимфоидная инфильтрація слизистой выражены въ замѣтной степени. Въ muscularis mucosae и въ верхнемъ слоѣ подслизистой имѣются въ умѣренномъ числѣ круглыя клѣтки. Гиперплазироваанныя фолликулы съ увеличенными центрами размноженія обнаруживаютъ деструктивныя измѣненія съ одновременнымъ разрушеніемъ ткани слизистой въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они приближаются къ свободной ея поверхности. Стѣнки изъязвленій густо инфильтрированы. Кромѣ того встрѣчаются мѣста, гдѣ надъ выступающими фолликулами имѣется только потеря эпителія, безъ разрушенія ткани слизистой и безъ деструктивныхъ измѣненій въ самихъ

фолликулахъ; послѣдніе своими выпуклыми вершинами образуютъ дно такихъ поверхностныхъ язвъ. Описанныя измѣненія наблюдаются на всемъ протяженіи червеобразнаго отростка, отъ начальной части его до вершины. Либеркюновы железы обнаруживаютъ расширеніе просвѣта, содержимое котораго состоитъ преимущественно изъ блуждающихъ клѣтокъ. Лимфатическіе сосуды между слоями мышцъ нѣсколько расширены, содержатъ замѣтныя количества лимфоцитовъ. Мышечный слой и серозная оболочка измѣненій не обнаруживаютъ.

Colon ascendens. Здѣсь наблюдается такая-же картина измѣненій, какъ и въ червеобразномъ отросткѣ съ тою лишь разницею, что инъекція слизистой выражена болѣе замѣтно, тогда какъ фолликулы не представляютъ такихъ размѣровъ увеличенія, какъ въ отросткѣ.

33. Варвара И.—9 мѣсяцевъ. Принята въ больницу 13/IX, умерла 20/IX. Грудное кормленіе до полугода, съ этого времени получала разбавленное коровье молоко. Около мѣсяца больна поносомъ. Въ началѣ заболѣванія бывала иногда рвота, жаръ, съ теченіемъ времени явленія эти исчезли и осталось расстройство кишечника, выражающееся частымъ, жидкимъ стуломъ, временами съ гнилостнымъ запахомъ. За время болѣзни наступило значительное исхуданіе.

Вѣсъ тѣла 4600 грм. Ребенокъ истощенный, съ незначительнымъ развитіемъ подкожнаго жира, съ блѣдной, дряблой кожей. Подъ правой лопаткой выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца глуховаты, пульсъ слабого наполненія 140 въ 1', t°—тѣла 36,7°. Животъ немного вздутъ, стѣнки его вялыя, Общее состояніе неудовлетворительное. На слѣдующій день стулъ 7 разъ, жидко; испражненія темной окраски, съ гнилостнымъ запахомъ, съ примѣсью слизи; крови и гноя въ нихъ не обнаружено. За время дальнѣйшаго наблюденія въ состояніи больной улучшенія не было. Т-ра держалась между 36,6—37,8°; стулъ оставался жидкимъ, постоянно съ гнилостнымъ запахомъ, съ измѣнчивымъ содержаніемъ слизи. Явленія въ легкихъ in statu quo. При явленіяхъ нарастающей слабости сердца ребенокъ 20/IX умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ черезъ 28 часовъ, отмѣчено: начальная стадія жирового перерожденія сердца; катарральная пневмонія въ средней и нижней доляхъ праваго легкаго; печень почти сплошь желтаго цвѣта. Слизистая желудка безъ

видимыхъ измѣненій. Въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки слизистая въ складкахъ, съ гипереміей на вершинахъ ихъ. Фолликулы съ просяное зерно. Слизистая толстой кишки слабо гиперемирована, немного утолщена. Червеобразный отростокъ длиною 5,5 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см.; въ полости его содержится жидкій калъ. Слизистая оболочка слегка набухшая, *Эпикризь: Enterocolitis chronica. Bronchopneumonia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Плевт. Незначительная инъекція слизистой; интерстиціальная ткань содержитъ обильное количество лимфатическихъ тѣлецъ; въ меньшемъ количествѣ блуждающія кѣтки имѣются въ muscularis mucosae и въ верхнемъ отдѣлѣ подслизистой. Эпителій сохранился вполнѣ; кѣтки его въ состояніи набуханія, мѣстами имѣютъ сглаженные границы; ядра окрашиваются хорошо. Расширеніе просвѣта Либеркюновыхъ железъ достигаетъ иногда значительной степени. Отмѣчается обильное пронизываніе кровнаго эпителия и железистыхъ кѣтокъ блуждающими элементами; послѣдніе въ замѣтномъ числѣ находятся въ прозрачномъ содержимомъ Либеркюновыхъ железъ. Солитарные лимфатическіе фолликулы диффузно расплываются въ интерстиціальной ткани слизистой.

Appendix. Слабо выраженная инъекція слизистой и подслизистой ткани и обильная инфильтрація слизистой, отчасти muscularis mucosae и соприкасающихся съ послѣдней слоевъ подслизистой. Эпителій сохранился на всемъ протяженіи отростка; кѣтки его набухшія; ядра въ нѣкоторыхъ мѣстахъ окрашиваются интенсивно. У нѣкоторой части Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ замѣтно расширенъ и въ немъ содержатся въ большемъ или меньшемъ числѣ блуждающія кѣтки. Фолликулы сильно гиперплазированы, вступаютъ въ слизистую, почти достигая свободной поверхности ея. Мышечный слой и серозная оболочка измѣненій не обнаруживаютъ.

Colon ascendens. Слизистая умѣренно инъецирована; аденоидная ткань слизистой пронизана многочисленными лимфоцитами, которые довольно равномерно распределены по всей толщѣ ткани. Въ эпителии имѣется много блуждающихъ кѣтокъ; такое-же обиліе ихъ наблюдается въ стѣнкахъ и въ просвѣтѣ кистовидно расширенныхъ Либеркюновыхъ железъ, въ muscularis mucosae и въ верхнихъ слояхъ подслизистой. На

ограниченныхъ участкахъ слизистой отмѣчается отсутствіе эпителия; клѣтки его въ состояніи сильнаго набуханія мѣстами имѣють сильно окрашивающіяся ядра. Фолликулы гиперплазированы и, вступая въ ткань слизистой, достигаютъ свободной поверхности ея; эпителий надъ ними большею частью отсутствуетъ.

34. Федоръ Б.—1 года 6 мѣсяцевъ. Принятъ въ больницу 10/VI, умеръ 4/VII. Боленъ около 2 недѣль поносомъ; заболѣваніе началось съ одновременнымъ повышеніемъ t° -ры; рвоты не было. До болѣзни получалъ молоко, хлѣбъ, кашку. Вѣсъ тѣла 9300 грм. Ребенокъ съ ясно выраженнымъ рахитическимъ пораженіемъ костной системы (утолщеніе эпифизовъ, четки на ребрахъ), удовлетворительнаго питанія; кожа блѣдная, отчасти потеряла свою эластичность. Въ легкихъ кое-гдѣ проскальзываютъ сухіе хрипы; тоны сердца чистые, пульсъ 116 въ 1', достаточнаго наполненія, t° тѣла $36,4^{\circ}$. Языкъ немного обложенъ, животъ слегка вздутый, мягкій. Въ жидкихъ съ темной окраской испражненіяхъ отмѣчается примѣсь слизи. На слѣдующій день t° — $38,0^{\circ}$, стулъ 6 разъ, жидко, слизью. 18/VI въ испражненіяхъ, сопровождавшихся тенезмами, обнаружено присутствіе крови и немного гноя; животъ вздутъ, при пальпации болѣзненъ. Въ такомъ состояніи больной находился въ теченіе послѣдующихъ 3 недѣль наблюденія; стулъ происходилъ 4—6—8—10 разъ въ сутки, въ испражненіяхъ постоянно находились кровь, гной и слизь. Къ постепенно нарастающей общей слабости присоединились симптомы упадка дѣятельности сердца и 4/VII наступилъ летальный исходъ.

На вскрытіи черезъ 18 часовъ оказалось: паренхиматозное перерожденіе сердца и почекъ; жировое перерожденіе печени; лѣвосторонняя катарральная пневмонія: въ верхней и нижней долѣ многочисленные фокусы сѣро-краснаго цвѣта, мѣстами сливающиміся въ очаги величиною съ грецкій орѣхъ. Слизистая желудка безъ особыхъ измѣненій. Селезенка увеличена, ткань ея на разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, пульпа соскабливается легко. Въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки слизистая набухла, гиперемирована; слизистая всей толстой кишки сильно набухшая, гиперемирована, покрыта язвами неправильной формы, величиною съ горошину. Червеобразный отростокъ длиною въ 4,5 см., въ поперечномъ размѣрѣ 0,8 см., содержитъ кровянистую слизь. Слизистая оболочка набухшая,

слегка гиперемирована, покрыта язвами, величиною съ чечевичное зерно. *Энкриз: Dysenteria chronica. Bronchopneumonia. Rathitis.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Цепт. Слизистая немного инъецирована; интерстиціальная ткань ея мѣстами представляется умѣренно инфильтрированной. Эпителій въ состояніи набуханія; клѣтки его мѣстами имѣютъ сглаженные границы, ядра окрашиваются хорошо. Наблюдается частое пронизываніе эпителія блуждающими клѣтками; цѣлость его почти нигдѣ не нарушена. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ частью расширенъ прозрачными массами, частью суженъ набухшими клѣтками. Въ подслизистой ткани наблюдается много круглыхъ клѣтокъ. Въ тканевыхъ щеляхъ межмышечнаго слоя встрѣчаются въ небольшомъ числѣ плазматическія клѣтки.

Appendix. Инъекція слизистой выражена въ незначительной степени; въ подслизистой видны инъецированные сосуды преимущественно въ окружности гиперплазированныхъ фолликуловъ. Аденоидная ткань слизистой, muscularis mucosae и граничащихъ съ нею слоевъ подслизистой обильно инфильтрированы лимфоидными элементами. Въ средней и дистальной частяхъ червеобразнаго отростка имѣются кратероподобныя разрушенія ткани слизистой, проникающія почти до muscularis mucosae. Дно и стѣнки, ограничивающія эти язвы, сильно инфильтрированы, ближайшіе сосуды расширены и инъецированы. Эпителій сохранился на всемъ протяженіи поверхности слизистой за исключеніемъ изъязвленныхъ мѣстъ; клѣтки его въ большинствѣ имѣютъ отчетливо выступающія границы и хорошо окрашивающіяся ядра. Вблизи изъязвленій клѣтки постепенно теряютъ свои границы, а затѣмъ и ядра и въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ ними представляютъ безструктурный тяжъ на поверхности слизистой. Небольшое число Либеркюновыхъ железъ имѣетъ значительно расширенный просвѣтъ, въ прозрачномъ содержимомъ котораго находится нѣкоторое количество блуждающихъ клѣтокъ; у большинства железъ просвѣтъ суженъ набухшими клѣтками. Мышечный слой и серозная оболочка замѣтно инъецированы.

Colon ascendens представляетъ картину, очень сходную съ вышеописанной въ червеобразномъ отросткѣ, съ тою лишь разницей, что здѣсь наблюдается болѣе замѣтно выраженная

инъекція слизистой, подслизистой, мышечнаго слоя и серозной оболочки и большее число Либеркюновыхъ железъ съ расширеннымъ просвѣтомъ; кромѣ того потери ткани слизистой оболочки занимаютъ значительно большее протяженіе, чѣмъ въ червеобразномъ отросткѣ. За исключеніемъ изъязвленныхъ участковъ на остальной поверхности слизистой эпителий сохранился хорошо. Фолликулы гиперплазированы, границы ихъ расплываются въ окружающей ткани. Въ тканевыхъ щеляхъ межмышечнаго слоя встрѣчаются одиночныя плазматическія клѣтки.

* * *

Вышеописанныя микроскопическія измѣненія червеобразнаго отростка, а также соответствующихъ отрѣзковъ кишечника въ случаяхъ, отнесенныхъ прижизненно къ категоріи *острыхъ* желудочно-кишечныхъ заболѣваній, сводятся къ слѣдующему.

При желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ этой категоріи можно было по картинѣ патолого-анатомическихъ измѣненій, наблюдавшейся въ изслѣдованныхъ отрѣзкахъ кишечника, до нѣкоторой степени отмѣтить болѣе сильное пораженіе то нижняго отдѣла подвздошной кишки, то восходящей части толстой. Клиническіе симптомы въ этихъ случаяхъ не всегда соответствовали локализациі наиболѣе сильно выраженныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій и только тамъ, гдѣ прижизненно наблюдались учащенные испражненія, въ небольшомъ количествѣ заразъ, съ замѣтной примѣсью слизи, часто сопровождавшіяся тенезмами, и гдѣ на основаніи этихъ явленій ставился діагнозъ *entero-colitis acuta*, можно было постоянно наблюдать болѣшую интенсивность патолого-анатомическихъ измѣненій въ *colon ascendens*. Съ другой стороны слѣдуетъ отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ остраго гастро-энтерита, протекавшихъ при явленіяхъ интоксикаціи организма и сопровождавшихся водянистыми испражненіями, болѣе или менѣе выраженные патолого-анатомическія измѣненія чаще наблюдались въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки. Въ этомъ отношеніи наблюденія наши отчасти согласуются съ выводами *Heubner'a* ³⁹⁾ относительно характера и локализациі патолого-анатомическихъ измѣненій при преобладаніи той или другой клинической формы заболѣванія пищеварительнаго тракта.

Въ послѣднихъ случаяхъ нижній отдѣлъ подвздошной кишки съ извѣстнымъ постоянствомъ обнаруживалъ болѣе или менѣе выраженные измѣненія, локализовавшіяся главнымъ образомъ въ слизистой оболочкѣ. Прежде всего здѣсь наблюдалась инъекція, то въ болѣе умѣренной степени, то въ болѣе рѣзкой, съ расширеніемъ капилляровъ, иногда съ кровоизліяніями преимущественно въ верхнихъ слояхъ, подъ эпителиемъ. Въ подслизистой ткани имѣлись расширеніе и инъекція болѣе крупныхъ сосудовъ. Мелко-кѣлочная инфильтрація слизистой съ одновременнымъ присутствіемъ многоядерныхъ лейкоцитовъ была постояннымъ явленіемъ и въ немногихъ случаяхъ (5, 10) казалась болѣе обильною. *Muscularis mucosae* и подслизистая ткань въ этомъ отношеніи оказывались неизмѣненными; въ послѣдней отмѣчалось большее или меньшее число разсѣянныхъ одиночныхъ блуждающихъ кѣлокъ. Покровный эпителий отсутствовалъ на ограниченныхъ участкахъ, на вершинахъ ворсинъ, причемъ явленіе это наблюдалось на незначительномъ числѣ послѣднихъ. Эпителіальныя кѣлки оказывались болѣе или менѣе набухшими; иногда набуханіе достигало рѣзкой степени, и въ такихъ случаяхъ границы кѣлокъ представлялись нѣсколько сглаженными. Бѣльшее набуханіе наблюдалось у кѣлокъ расположенныхъ ближе къ основанію ворсинъ и въ углубленіяхъ между ними, а также въ устьяхъ Либеркюновыхъ железъ. Одновременно съ набуханіемъ наблюдалось увеличеніе числа бокаловидныхъ кѣлокъ какъ въ эпителии, такъ и въ Либеркюновыхъ железахъ. Измѣненія въ послѣднихъ обнаруживались частью въ видѣ суженія просвѣта вслѣдствіе набуханія кѣлокъ, частью въ видѣ небольшого расширения прозрачнымъ содержимымъ, въ которомъ иногда находились одиночныя блуждающія кѣлки. Фолликулы не обнаруживали измѣненій и только въ 2-хъ случаяхъ (5 и 9) имѣлось умѣренное набуханіе ихъ.

Въ восходящей части толстой кишки въ этихъ случаяхъ инъекція и мелко-кѣлочная инфильтрація слизистой обыкновенно были выражены слабѣе, чѣмъ въ подвздошной, и только въ одномъ случаѣ (6) достигали болѣе замѣтной степени. Въ одномъ случаѣ (3) никакихъ воспалительныхъ въ *colon ascendens* не оказалось; въ трехъ случаяхъ (4, 7, 10) наблюдалась незначительная инъекція слизистой. Покровный эпителий иногда отсутствовалъ на небольшихъ участкахъ; кѣлки его оказыва-

лись болѣе или менѣе набухшими, ядра окрашивались хорошо. Измѣненія въ Либеркюновыхъ железахъ за исключеніемъ увеличенія числа бокаловидныхъ клѣтокъ мало отличались отъ измѣненій, наблюдавшихъ въ подздошной кишкѣ. Фолликулы не представляли ничего особеннаго кромѣ нѣкотораго набуханія, и только въ одномъ случаѣ (5) была умѣренная гиперплазія фолликуловъ съ увеличеніемъ центровъ размноженія. Въ подлизистой ткани иногда оказывались инъцированные сосуды.

Измѣненія въ *червеобразномъ отросткѣ* въ этихъ случаяхъ являлись до извѣстной степени отраженіемъ состоянія восходящей части толстой кишки. Инъекція слизистой оболочки червеобразнаго отростка, и преимущественно въ начальной части его, наблюдалась одновременно съ инъекціей слизистой толстой кишки; она была выражена слабѣе и рѣзко отличалась въ смыслѣ своей незначительности по сравненію съ кровенаполненіемъ слизистой подвздошной кишки, какъ на примѣръ въ случаяхъ 3, 4, 5 и 9. Небольшая инфильтрація слизистой имѣла мѣсто одновременно съ замѣтно выраженнымъ воспалительнымъ состояніемъ толстой кишки (5 и 6). Эпителій кромѣ небольшого набуханія не обнаруживалъ замѣтныхъ измѣненій; только въ одномъ случаѣ (5) въ начальной части червеобразнаго отростка слизистая оболочка на небольшомъ протяженіи была лишена эпителия. Въ Либеркюновыхъ железахъ большею частью отношенія были нормальны; въ устьяхъ железъ наблюдалось иногда большее или меньшее скопленія слизи. Какъ частое явленіе со стороны фолликуловъ имѣлось небольшое увеличеніе ихъ.

Въ случаяхъ *остраго гастро-энтерита*, протекавшихъ при симптомахъ пораженія не только тонкой кишки, но и толстой, а также въ случаяхъ преимущественнаго пораженія послѣдней (*entero-colitis acuta*), воспалительныя измѣненія большею частью обнаруживались съ достаточной силой одновременно и въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки и въ начальной части восходящей толстой. Исключеніе представлялъ одинъ случай (16), гдѣ наблюдалось большое различіе въ состояніи столь близкихъ отдѣловъ кишечника; въ то время какъ въ подвздошной кишкѣ имѣлась на лицо значительная инъекція съ многочисленными кровоизліянiями въ под-эпителиальномъ слоѣ слизистой, инфильтрація интерстиціальной ткани, измѣненія со

стороны эпителия и Либеркюновых желез,—въ это время въ слизистой оболочкѣ восходящей части толстой кишки нельзя было отмѣтить какихъ-либо измѣненій. Въ общемъ, измѣненія въ названныхъ отдѣлахъ кишечника въ этихъ случаяхъ отличались отъ того, что наблюдалось въ случаяхъ, разобранныхъ выше, большею интенсивностью воспалительныхъ явленій въ слизистой и связанныхъ съ ними дегенеративныхъ измѣненій эпителия, а также участіемъ въ процессѣ подслизистой ткани и болѣе постояннымъ и сильнѣе выраженнымъ участіемъ фолликулярнаго аппарата. Что касается измѣненій въ эпителии, то слѣдуетъ отмѣтить, что некрозы и предшествующія ему стадіи измѣненія клѣтокъ часто наблюдались на однихъ и тѣхъ-же препаратахъ, но были выражены не въ одинаковой степени на разныхъ и даже стоящихъ рядомъ ворсинахъ; такъ, можно было видѣть ворсины, вершины которыхъ были лишены эпителия, причѣмъ ближайшія къ такимъ эрозіямъ клѣтки обладали слабо окрашивающимися ядрами; рядомъ съ такими вершинами можно было видѣть другія, у которыхъ весь эпителиальный покровъ сохранился и клѣтки его обнаруживали сглаженные границы и сильно окрашивающіяся ядра; наконецъ въ томъ же ряду ворсинъ можно было встрѣтить и такія, у которыхъ эпителиальные клѣтки, обнаруживая извѣстную степень набуханія, имѣли хорошо окрашивающіяся ядра. Явленіе это слѣдуетъ имѣть въ виду хотя-бы уже для того, чтобы не принимать отпаденіе клѣтокъ за патологическое явленіе въ тѣхъ случаяхъ, когда на границахъ съ такими дефектами клѣтки оказываются не измѣненными, или обнаруживаютъ незначительныя измѣненія.

Патологическія измѣненія въ *червеобразномъ отросткѣ* въ большинствѣ этихъ случаевъ соответствовали измѣненіямъ въ восходящей части толстой кишки, но чаще были выражены въ болѣе слабой степени. Между прочимъ описанное выше значительное различіе въ состояніи восходящей части толстой кишки (сл. 16) сравнительно съ подвздошной относилось въ такой-же мѣрѣ и къ червеобразному отростку, гдѣ наблюдалось только небольшое увеличеніе фолликуловъ. Однако съ другой стороны въ одномъ случаѣ (17) имѣлось обратное отношеніе. Инъекція съ многочисленными кровоизліяніями въ ткань слизистой червеобразнаго отростка, инфильтрація ея, набуханіе эпителия, мѣстами смытыя границы клѣтокъ, кисто-

видное расширение Либеркюновыхъ железъ, гиперплазія фолликуловъ съ увеличеніемъ зародышевыхъ центровъ и инъекція сосудовъ мышечнаго слоя и серозной оболочки—всѣ эти явленія частью совершенно отсутствовали въ colon ascendens, частью были выражены въ болѣе умѣренной степени. Интересно отмѣтить при этомъ, что и въ подвздошной кишкѣ воспалительныя явленія въ этомъ случаѣ наблюдались сравнительно въ небольшой степени. Въ разбираемыхъ случаяхъ тѣ или другія патологическія явленія обыкновенно не ограничивались начальной частью червеобразнаго отростка, но распространялись по всему его протяженію, и только наблюдавшееся въ нѣсколькихъ случаяхъ отсутствіе покровнаго эпителія имѣло мѣсто въ ближайшемъ къ входному отверстию отдѣлѣ. Что касается самихъ измѣненій, то, какъ сказано выше, они соответствовали измѣненіямъ въ начальной части восходящей толстой кишки. Здѣсь, т. е. въ червеобразномъ отросткѣ наблюдалась инъекція, иногда съ кровоизліяніями въ под-эпителиальномъ слое слизистой, мелко-клеточная инфильтрація послѣдней съ расширеніемъ и инъекціей сосудовъ въ подслизистой ткани, большее или меньшее набуханіе эпителія, иногда отсутствіе его въ начальной части червеобразнаго отростка, увеличеніе числа наполненныхъ секретомъ бокаловидныхъ клетокъ въ эпителии и въ Либеркюновыхъ железахъ, кистовидное расширение просвѣта послѣднихъ прозрачнымъ содержимымъ и гиперплазія лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, сопровождавшаяся часто увеличеніемъ зародышевыхъ центровъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось скопленіе лейкоцитовъ въ подслизистой, въ окружности расширенныхъ и инъецированныхъ сосудовъ, и въ трехъ случаяхъ—расширеніе лимфатическихъ сосудовъ, расположенныхъ въ межмышечной соединительной ткани, и обиліе въ нихъ лимфоцитовъ. Въ 13 и 17 случаяхъ въ тканевыхъ щеляхъ межмышечной ткани отмѣчены плазматическія клетки.

При *фолликулярномъ энтеритѣ*, т. е. заболѣваніи, которое по современнымъ взглядамъ большинства педиатровъ можетъ иногда существовать до извѣстной степени самостоятельно, но чаще составляетъ лишь частное явленіе болѣе распространеннаго процесса, захватывающаго большую или меньшую часть тонкой кишки, но не имѣющаго здѣсь характера фолликулярнаго воспаления, наиболѣе рѣзкія измѣненія бы-

ваютъ въ большинствѣ случаевъ въ толстой кишкѣ (Heubner) ³⁹ и характеризуются преобладающимъ участіемъ лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, обнаруживающихъ большую склонность къ деструктивнымъ процессамъ. Въ описанныхъ случаяхъ (23, 24 и 25) фолликулярнаго энтерита рѣзкія воспалительныя измѣненія обнаруживались какъ въ colon ascendens, такъ и въ нижней части подвздошной кишки. Въ общихъ отдѣлахъ кишечника вмѣстѣ со слизистой оболочкой вовлекалась въ воспалительный процессъ подслизистая ткань: въ ней кромѣ расширенія и инъекціи массы сосудовъ, съ замѣтнымъ скопленіемъ лейкоцитовъ въ ихъ окружности, наблюдалась довольно ясно выраженная мелко-кѣлочная инфильтрація верхнихъ слоевъ, отчасти распространявшаяся и на muscularis mucosae. Лимфатическіе сосуды тоже принимали извѣстное участіе, которое выражалось въ расширеніи ихъ и содержаніи большого числа лимфоцитовъ. Кромѣ описанныхъ явленій во всѣхъ 3-хъ наблюдавшихся случаяхъ въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки—имѣлась значительная гиперплазія и инъекція фолликуловъ; послѣдніе нѣсколько выступали надъ поверхностью слизистой и надъ ихъ выпуклыми вершинами покровный эпителий отсутствовалъ; фолликулы не обнаруживали здѣсь деструктивныхъ измѣненій, но на поверхности слизистой находились болѣе или менѣе замѣтныя скопленія гнойныхъ тѣлецъ. Въ начальной части colon ascendens наблюдались такія-же явленія и въ одномъ случаѣ (25) отмѣчены были значительныя деструктивныя измѣненія фолликуловъ, сопровождавшіяся некрозомъ ткани слизистой съ образованіемъ изъязвленій. Измѣненія въ *червеобразномъ отросткѣ* при фолликулярномъ энтеритѣ представляли значительное сходство съ таковыми въ восходящей части толстой кишки. Въ 23 и 24 случаяхъ воспалительныя явленія, и именно инъекція и мелко-кѣлочная инфильтрація слизистой оболочки были выражены нѣсколько слабѣе, чѣмъ въ colon ascendens, и одновременно надъ гиперплазированными и инъецированными фолликулами эпителиальный покровъ сохранился вполне, тогда какъ въ colon ascendens послѣдній въ такихъ мѣстахъ отсутствовалъ и на поверхности слизистой видны были въ замѣтномъ количествѣ гнойныя тѣльца. Въ случаѣ 25 въ *червеобразномъ отросткѣ* имѣлись язвенныя разрушенія слизистой оболочки въ мѣстахъ нахождения фолликуловъ, которые обнаруживали разныя ста-

ді деструктивнихъ измѣненій вплоть до полнаго почти разрушенія. На поверхности слизистой наблюдались большія скопленія гнойныхъ тѣлецъ, остатки распавшейся ткани слизистой, измѣненные красныя кровяныя тѣльца. Лимфатическіе сосуды представлялись замѣтно расширенными и содержали много лимфоцитовъ. Мышечный слой и серозная оболочка обнаруживали извѣстную степень инъекціи и были мѣстами инфильтрированы.

Большое сходство съ микроскопической картиной состоянія червеобразнаго отростка, отрѣзковъ нижняго отдѣла ilei и начальной части colonis ascendens при фолликулярномъ энтеритѣ, особенно въ случаѣ 25-мъ, представляли патолого-анатомическія измѣненія въ случаѣ *энтеро-колита* (26), который въ этомъ отношеніи и въ связи съ клиническимъ теченіемъ болѣзни долженъ быть отнесенъ къ группѣ такъ называемыхъ *первичныхъ флегмонозныхъ* (стрептококковыхъ) *энтеритовъ*, патологическая анатомія которыхъ подробно изложена въ работахъ *Моисеева* ^{40, 41}). Макроскопически въ этомъ случаѣ на всемъ протяженіи тонкой кишки имѣлась картина остраго катаррального воспаленія, которое въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ ilei принимало флегмонозный характеръ и въ такомъ видѣ распространялось почти по всей толстой кишкѣ. При этомъ микроскопически въ пораженныхъ частяхъ наблюдалась картина воспалительныхъ измѣненій съ ясно выраженнымъ участіемъ въ процессъ болѣе глубокихъ слоевъ кишечной стѣнки и преимущественно лимфатическихъ сосудовъ и лимфатическихъ фолликуловъ. Патолого-анатомическія измѣненія въ данномъ случаѣ представляли до нѣкоторой степени типичную картину для болѣе ранняго періода заболѣванія, когда процессъ въ кишечникѣ не имѣетъ еще ясно выраженнаго флегмонозно-гнойнаго характера, а скорѣе походитъ на воспалительный отекъ при замѣтномъ участіи серознаго покрова. Состояніе *червеобразнаго отростка* въ этомъ случаѣ было совершенно сходно съ состояніемъ начальной части восходящей толстой кишки, хотя нѣкоторыя частныя явленія, какъ разрушеніе слизистой оболочки надъ фолликулами и измѣненія въ послѣднихъ были выражены нѣсколько слабѣе.

Въ двухъ представившихся намъ случаяхъ *азіатской холеры* (27 и 28) патолого-анатомическія измѣненія желудочно-кишечнаго тракта въ связи съ клиническими явленіями соотвѣтствовали тому періоду болѣзни, который носитъ названіе

алгидного и является выраженіемъ воздѣйствія на организмъ продуктовъ, вырабатываемыхъ исключительно холерными вибрионами, въ отличіе отъ періода реакціи, когда къ основному заболѣванію легко присоединяются осложненія, обусловливаемые вторичной инфекціей ослабленнаго организма (*Афанасьевъ*⁴²). Въ описанныхъ двухъ случаяхъ холеры воспалительныя явленія рѣзче всего выступали въ тонкой кишкѣ, причемъ кромѣ значительной инъекціи и воспалительной инфильтраціи слизистой наблюдались измѣненія въ подслизистой, участіе лимфатическихъ сосудовъ и особенно лимфатическихъ фолликуловъ, которые во всѣхъ подвергавшихся изслѣдованію отдѣлахъ кишечника обнаруживали значительную степень гиперплазіи съ увеличеніемъ зародышевыхъ центровъ. Эпителій на однихъ и тѣхъ же препаратахъ изъ нижняго отдѣла ilei представлялъ разныя стадіи измѣненій отъ набуханія клѣтокъ до некроза ихъ съ отпаденіемъ отъ подлежащаго слоя, причемъ измѣненія клѣтокъ въ Либеркюновыхъ железахъ оказывались слабѣе и нарушенія цѣлости ихъ не наблюдалось. Въ этомъ отношеніи результаты нашихъ изслѣдованій нѣсколько отличаются отъ описанія измѣненій эпителия у *Monti*⁴³, который въ случаяхъ азіатской холеры у дѣтей не находилъ эпителия не только на свободной поверхности тонкой кишки, но даже въ отверстіяхъ железъ. Въ начальной части восходящей толстой кишки воспалительныя явленія въ общемъ выражены были нѣсколько слабѣе въ отношеніи инъекціи и инфильтраціи слизистой, тогда какъ измѣненія эпителия и Либеркюновыхъ железъ напоминали картину, наблюдавшуюся въ ileum.

Измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ являлись слабымъ отраженіемъ состоянія восходящей части толстой кишки и касались главнымъ образомъ лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, которые обнаруживали рѣзкую степень гиперплазіи съ увеличеніемъ зародышевыхъ центровъ. Съ другой стороны измѣненія въ отношеніи кровенаполненія, воспалительной инфильтраціи, а также со стороны эпителия и Либеркюновыхъ железъ не представляли ничего особеннаго и оказывались выраженными въ значительно меньшей степени, чѣмъ въ colon ascendens.

Переходя къ обзору патолого-анатомическихъ данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи червеобразнаго отростка въ случаяхъ, отнесенныхъ въ другую группу, именно *хронически*

протекавших желудочно-кишечныхъ заболѣваній, мы должны прежде всего отмѣтить, что во всѣхъ этихъ случаяхъ воспалительныя измѣненія наблюдались одновременно въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки и въ начальной части восходящей толстой, причѣмъ въ послѣдней измѣненія эти обнаруживались съ бѣльшей интенсивностью. Инъекція слизистой оболочки обыкновенно была выражена въ умѣренной степени, равно какъ и въ подслизистой ткани имѣлось сравнительно немного инъецированныхъ сосудовъ. Съ другой стороны во всѣхъ случаяхъ на первый планъ выступала болѣе или менѣе обильная лимфидная инъльтрація слизистой. Одновременно и почти постоянно наблюдались хотя и въ меньшихъ размѣрахъ скопленія круглыхъ клѣтокъ въ muscularis mucosae и верхнихъ слояхъ подслизистой ткани. Клѣтки покровнаго эпителия и Либеркюновыхъ железъ часто были пронизаны блуждающими элементами.

Цѣлостъ эпителия въ большинствѣ случаевъ была мало нарушена; клѣтки его мѣстами обнаруживали сильно окрашивающіяся ядра, иногда представлялись низкими; у клѣтокъ, расположенныхъ на границахъ съ дефектами въ эпителии, ядра большею частью окрашивались слабо. Со стороны Либеркюновыхъ железъ наблюдалось расширение просвѣта прозрачными массаами, иногда до значительныхъ размѣровъ, причѣмъ въ этихъ массахъ находились въ большемъ или меньшемъ числѣ блуждающія клѣтки. Въ тканевыхъ щеляхъ подслизистой и межмышечной ткани встрѣчались плазматическія клѣтки въ разныхъ стадіяхъ своего развитія. Хотя присутствіе ихъ (главнымъ образомъ на периферіи кровеносныхъ сосудовъ) въ послѣднее время и не считается патологическимъ явленіемъ (*Hodar, Papenheim, Dominici, Максимовъ*⁴⁴), тѣмъ не менѣе при нашихъ изслѣдованіяхъ отмѣчался фактъ особенно частаго нахождения ихъ въ случаяхъ хроническихъ кишечныхъ заболѣваній. Лимфатическіе фолликулы большею частью оказывались гиперплазирванными и въ одномъ случаѣ (32) обнаруживали деструктивныя измѣненія съ образованіемъ изъязвленій въ слизистой оболочкѣ начальной части восходящей толстой кишки.

Измѣненія въ *червеобразномъ отросткѣ* при хроническихъ желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ всегда соотвѣтствовали измѣненіямъ въ начальной части восходящей толстой кишки,

но часто были выражены слабѣе. Наблюдавшаяся въ большинствѣ случаевъ инъекція слизистой и отчасти подслизистой была очень умѣренной и только въ одномъ случаѣ съ образованіемъ фолликулярныхъ изъязвленій (32) была выражена въ болѣе замѣтной степени. Слизистая оболочка, отчасти muscularis mucosae и верхніе слои подслизистой обыкновенно оказывались болѣе или менѣе инфильтрированными. Покровный эпителий особыхъ измѣненій не представлялъ за исключеніемъ наблюдавшейся мѣстами болѣе интенсивной окраски ядеръ; въ немъ, какъ и въ клѣткахъ Либеркюновыхъ железъ, часто видны были въ замѣтномъ числѣ блуждающіе элементы; иногда эпителиальные клѣтки оказывались низкими. Измѣненія въ Либеркюновыхъ железахъ были вполне сходны съ тѣмъ, что наблюдалось въ colon ascendens.

Лимфатическіе солитарные фолликулы всегда обнаруживали извѣстную степень гиперплазіи, иногда диффузно расплывались въ подслизистой, сливаясь другъ съ другомъ и мѣстами теряя свои опредѣленные границы. Въ одномъ случаѣ (32) въ фолликулахъ наблюдались деструктивныя измѣненія въ видѣ некроза и разрушенія клѣтокъ, съ изъязвленіемъ соотвѣтствовавшей ихъ положенію ткани слизистой оболочки. Вблизи такихъ фолликулярныхъ изъязвленій клѣтки покровнаго эпителия имѣли слабо окрашивающіяся ядра. Въ тканевыхъ щеляхъ подслизистой и главнымъ образомъ мышечной ткани иногда находились плазматическія клѣтки.

Въ случаѣ *хронической дизентеріи* (34) при наличности вышеописанныхъ измѣненій въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки и въ colon ascendens, въ послѣдней кромѣ того имѣлись значительныя по протяженію потери ткани слизистой вплоть до muscularis mucosae, которая вмѣстѣ съ прилегающими слоями подслизистой ткани была обильно инфильтрирована и представляла дно дизентерическихъ язвъ; надъ краями ихъ нависала сильно набухшая и инфильтрированная ткань слизистой оболочки, сохранившая свой эпителиальный покровъ; клѣтки послѣдняго по мѣрѣ приближенія къ язвенной поверхности постепенно теряли ядра. Мышечный слой и серозная оболочка въ этомъ случаѣ были замѣтно инъецированы и мѣстами инфильтрированы.

Въ *червеобразномъ отросткѣ* наблюдались такія же язвы, но значительно меньшей величины. Эпителий на поверхности

слизистой, которая ограничивала эти язвы, представляя собою совершенно безструктурный тяжъ. Мышечный слой и серозная оболочка обнаруживали значительную степень инъекціи и воспалительной инфильтраціи. Въ тканевыхъ щеляхъ межмышечнаго слоя какъ въ colon ascendens, такъ и въ червеобразномъ отросткѣ встрѣчались плазматическія клѣтки.

* *
*

Резюмируя все вышеизложенное мы приходимъ къ заключенію, что червеобразный отростокъ при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей принимаетъ участіе въ пораженіяхъ желудочно-кишечнаго тракта то въ большей степени, то въ меньшей, въ зависимости отъ того, насколько въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываетъ затронута болѣзненнымъ процессомъ восходящая часть толстой кишки. Будучи тѣсно связанъ съ послѣдней въ анатомическомъ отношеніи червеобразный отростокъ отражаетъ на себѣ всѣ измѣненія въ ней и, если нельзя провести во всѣхъ случаяхъ рѣзкой границы между патолого-анатомической картиной состоянія червеобразнаго отростка при такихъ заболѣваніяхъ, какъ энтерокатарръ (gastro-enteritis acuta), entero-colitis acuta, то съ другой стороны измѣненія при заболѣваніяхъ, характеризующихся преимущественнымъ поражениемъ фолликулярнаго аппарата, значительно отличаются отъ вышеназванныхъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи. Съ другой стороны изъ вышеизложеннаго вытекаетъ, что разница въ патолого-анатомическимъ измѣненіяхъ какъ желудочно-кишечнаго тракта вообще, такъ и червеобразнаго отростка въ частности, въ случаяхъ, протекавшихъ болѣе остро сравнительно со случаями съ болѣе продолжительнымъ течениемъ, оказывается довольно замѣтной. Конечно, въ этомъ отношеніи можно представить себѣ тотъ или другой случай, по теченію своему стоящій какъ бы на границѣ перехода отъ острыхъ заболѣваній къ хроническимъ, и измѣненія, наблюдающіяся въ этихъ случаяхъ, оказываются менѣе характерными; однако представляется до извѣстной степени возможнымъ характеризовать патолого-анатомическія измѣненія червеобразнаго отростка при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей тѣмъ, что въ острыхъ случаяхъ имѣется въ той или другой степени инъекція слизистой, часто съ кровоизліянiami въ ткань послѣдней, иногда воспалительная инфильтрація слизистой съ одно-

временными измѣненіями эпителія и Либеркюновыхъ железъ и большая или меньшая гиперплазія лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, тогда какъ въ хроническихъ случаяхъ отмѣчается значительная лимфоидная инфильтрація аденоидной ткани слизистой оболочки, отчасти muscularis mucosae и верхнихъ слоевъ подслизистой, съ обильнымъ пронизываніемъ эпителія и стѣнокъ Либеркюновыхъ железъ блуждающими клетками, причемъ лимфатическіе солитарные фолликулы принимаютъ постоянное участіе въ видѣ замѣтной гиперплазіи. Наконецъ въ случаяхъ фолликулярнаго энтерита, флегмонознаго энтеро-колита и дизентеріи измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ достигаютъ рѣзкой степени и охватываютъ не только ткань слизистой, но распространяются на всю толщю стѣнки вплоть до серознаго покрова, причемъ въ распространеніи процесса видную роль играютъ лимфатическіе сосуды. Сопоставляя эти данныя съ патолого-анатомическими измѣненіями въ кишечникѣ, поскольку о нихъ мы могли судить по отрѣзкамъ, взятымъ изъ нижняго отдѣла подвздошной кишки и начальной части восходящей толстой, а также по сравненію съ данными Bloch'a и другихъ авторовъ, мы видимъ, что и степень патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка не всегда отражаетъ на себѣ степень тяжести клиническихъ явленій при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей.

Всѣ эти факты позволяютъ намъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) При острыхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей грудного возраста, характеризующихся частыми водянистыми испражненіями, при явленіяхъ интоксикаціи дѣтскаго организма, червеобразный отростокъ обнаруживаетъ самыя незначительныя измѣненія, являющіяся по большей части слабѣмъ отраженіемъ состоянія восходящей части толстой кишки и локализующія преимущественно въ начальной части червеобразнаго отростка.

2) При острыхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей болѣе поздняго возраста, когда воспалительныя явленія обнаруживаются съ достаточной силой въ начальной части восходящей толстой кишки, патолого-анатомическія измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ, соответствуя таковымъ въ colon ascendens, часто бываютъ выражены слабѣе, но также часто наблюдаются на всемъ протяженіи его. При этомъ лимфати-

ческіе солитарныя фолликулы съ извѣстнымъ постоянствомъ обнаруживаютъ большую или меньшую степень гиперплази.

3) При острыхъ кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей, съ преимущественнымъ поражениемъ фолликулярныхъ образованій въ толстой кишкѣ, патолого-анатомическія измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ сходны съ такими же измѣненіями въ colon ascendens; но если нѣкоторыя воспалительныя явленія въ червеобразномъ отросткѣ и бываютъ выражены нѣсколько слабѣе, то это не относится къ лимфатическимъ солитарнымъ фолликуламъ, которые могутъ представлять тѣ же и даже болшія деструктивныя измѣненія.

4) При флегмонозномъ энтеритѣ, съ преимущественнымъ поражениемъ стѣнокъ толстой кишки, равно какъ и при дизентеріи, съ образованіемъ язвъ въ слизистой оболочкѣ той же кишки, патолого-анатомическія измѣненія въ дѣтскомъ червеобразномъ отросткѣ наблюдаются во всей толщѣ его стѣнки и вполне соответвуютъ измѣненіямъ въ colon ascendens.

5) При азиатской холерѣ у дѣтей въ тѣхъ случаяхъ, когда летальный исходъ наступаетъ въ алгидномъ періодѣ, патолого-анатомическія измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ не достигаютъ рѣзкой степени, и только участіе лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ обнаруживается въ значительной мѣрѣ.

6) При воспалительныхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей съ хроническимъ теченіемъ картина патолого-анатомическихъ измѣненій въ червеобразномъ отросткѣ сходна съ тою, которая наблюдается въ colons ascendens, при одновременномъ участіи лимфатическихъ солитарныхъ фолликуловъ, обнаруживающихъ замѣтную степень гиперплази, а иногда и деструктивныя измѣненія съ образованіемъ изъязвленій въ слизистой оболочкѣ.

7) Патолого-анатомическая картина измѣненій дѣтскаго кишечника, отражающаяся на состояніи червеобразнаго отростка, не всегда можетъ дать объясненіе всей тяжести клиническихъ явленій при тѣхъ или другихъ заболѣваніяхъ пищеварительнаго тракта у дѣтей грудного возраста.

Заканчивая изложенными выводами настоящую работу считаю своею нравственною обязанностью принести глубокую благодарность многоуважаемому профессору Александру Николаевичу Шкарину за предложенную тему, а также за всестороннее руководство при разработкѣ ея.

Искренно благодарю многоуважаемаго профессора Алексѣя Васильевича Григорьева и доктора А. Д. Зотова за любезное разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ въ городской дѣтской больницѣ.

Ассистенту клиники, привать-доценту Эдуарду Эдуардовичу Гартю выражаю искреннюю признательность за его всегдашнюю готовность словомъ и дѣломъ оказать помощь въ работѣ.

Положенія.

- 1) Примѣненіе антидизентерійной сыворотки должно быть поставлено на первое мѣсто при леченіи больныхъ дизентеріей.
 - 2) Необходимо систематическій и тщательно поставленный контроль надъ приготовленіемъ лечебныхъ и предохранительныхъ сыворотокъ и вакцинъ въ правительственныхъ, общественныхъ и частныхъ лабораторіяхъ.
 - 3) Соли кальція и между ними предложенная *Silvestri Calcium hypophosphorosum* заслуживаютъ полнаго вниманія, какъ надежное кровоостанавливающее и профилактическое средство при разнообразныхъ внутреннихъ кровотеченияхъ.
 - 4) Марганцевый калий въ слабыхъ растворахъ является хорошимъ болеутоляющимъ и терапевтическимъ средствомъ при ожогахъ 1-й и 2-й степени.
 - 5) Удаленіе аденоидныхъ разращеній въ носоглоточномъ пространствѣ у дѣтей слѣдуетъ производить въ самомъ началѣ ихъ школьной жизни.
 - 6) Солнечно-песчанья ванны на курортахъ Чернаго моря оказываютъ особенно благотворное вліяніе на дѣтей съ лимфатической конституціей.
-

Curriculum vitae.

Павелъ Георгіевичъ Табучъ, сынъ мирового судьи, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1873 г. въ г. Аккерманѣ, Бессарабской г. Среднее образованіе получилъ въ Аккерманской 6 - ти классной прогимназіи и въ гимназіи Императора Александра III въ г. Болградѣ, Бессарабской губ., по окончаніи которой съ серебряной медалью въ 1893 году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію. Курсъ Академіи окончилъ въ 1898 году со степенью лекаря съ отличіемъ и въ томъ-же году Высочайшимъ приказомъ былъ назначенъ младшимъ врачомъ въ 76 пѣх. Кубанскій полкъ. Въ 1900 году былъ переведенъ въ артиллерійскіе парки, расположенные въ г. Винницѣ.

Въ 1907 году былъ избранъ секретаремъ Винницкаго Медицинскаго Общества. Въ 1908 году прикомандированъ къ Императорской Военно-Медицинской Академіи для усовершенствованія въ наукахъ, при которой въ 1908 — 1909 г.г. сдалъ экзамены на степень доктора медицины.

Имѣеть печатные труды:

1) «Къ казуистикѣ леченія дизентеріи специфической сывороткой». Воен-Мед. Журналъ 1907 г.

2) «Къ вопросу о патолого - анатомическихъ измѣненіяхъ въ червеобразномъ отросткѣ при кишечныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей».

Послѣднюю работу представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Литература.

1. Sonnenburg.—Pathologie und Therapie der Perityphlitis, 5 Aufl. Leipzig. 1905.
2. Ростовцевъ, М. — Учение о перитифлитъ. Дис. СПб. 1902.
3. Orth, I. — Патолого-анатомическая діагностика и руководство къ вскрытiю труповъ и къ патолого-гистологическихъ изслѣдованiямъ. Переводъ съ 5 нѣмецк. изд. СПб. 1896.
4. Ribbert, H. — Lehrbruch d. speciel. Pathologie und d. spec. patholog. Anatomie. Leipzig. 1902.
5. Kraussold. — Ueber die Krankheiten d. Process. vermicul. und d. Coecum und ihre Behandlung. Volkmann's Samml. klinisch. Vortr. № 191, 1881.
6. Borchardt. — Die Behandlung d. Appendicitis. — Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Medic. und Chirurgie. Bd. 2. 1897.
7. Riedel. — Ueber Frühoperat. bei Appendicitis. 70 Versamml. d. Naturforsch. und Aerzte. Sept. 1898.
8. Délorme. — Quelques remarques sur la typhlo-appendic tuberculeuse. Gaz. des hôp. LXV. 1892.
9. Hopfenhausen, O. — Etude sur l'état de l'appendice vermiforme dans le cours de fièvre typhoïde. Revue méd. de la Suisse Romande. 1899.
10. Matterstock. — Perityphlitis. — Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheit. Bd. 4. Abth. 2.
11. Henke. — Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheit. Bd. 1. Abth 1.
12. Ribbert — Beiträge zur normal. und patholog. Anatomie des Wurmfortsatzes. — Virchow's Arch. 1893. Bd. 132.
13. Bézy et Boyreau. — Appendicite tuberculeuse chez un enfant. Toulouse méd. 1906.
14. Vignard. — De l'appendicite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Toulouse. 1906.
15. Herz. — Ueber chronische Entzündungen d. Blinddarmgegend und ihre Behandlung. Therap. Monatsheft 1905.
16. Selter. — Die Perityphlitis des Kindes. Arch. f. Kinderheilk. 1901.
17. Bamberg. — Ueber Appendicitis bei Säuglingen. Diss. Leipzig. 1905.
18. Comby. Entérites et appendicite chez les enfants. Ach. de méd. des enf. 1907.
19. Broca. — Appendicites consécutives aux entérites des l'enfant. Rev. prat. d'obst. et péd. 1906.
20. Roy. — Des entéro-colites et de l'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris. 1906.

21. Brun. — Appendicite, in Grancher «Traité de maladies de l'enfance». T. III. 1897.
22. Jalaguier. -- Traitement de l'appendicite.—Ann. de méd et chir. inf. 1903.
23. Guinon. — Entérites et appendicite chez l'enfant. Rev. mens. de malad. de l'enfance. 1906.
24. Reika. — Histologische Untersuchungen des Darmes von Säuglingen. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 70.
25. Baginsky. — Die Verdauungskrankheiten des Kindes. Tübingen. 1884.
26. Heubner. — Ueber das Verhalten des Darmepithels bei Darmkrankheiten der Säuglingen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 29 1896.
27. Zur Pathologie der Durchfallkrankheit, d. kindlich. Alters. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 22. 1899.
28. Boginsky. — Zur Pathologie des Darmtractus. Ach. f. Kinderheilk. Bd. 32. 1901.
29. Marfan. — La presse médicale. 1899. № 55.
30. Bloch. — Studien über Magen-Darmkatarrh bei Säuglingen. Archiv f. Kinderheilk. Bd. 58. 1903.
31. Deiss. — Die Appendicitis im Basler Kinderspital. Diss. Basel. 1908.
32. Lettulle et Weinberg. — Histologie pathologique des appendicites. La presse méd. 1897.
33. Stöhr. — Lehrbuch d. Histologie u. d. microscopisch. Anatomie des Menschen. Переводъ съ 10 изд. подъ редакц. проф. Догеля. СПб. 1905.
34. Schmorl, G. — Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 5 Aufl, Leipzig 1909.
35. Никифоровъ. — Микроскопическая техника. 6-е изд. Москва. 1906.
36. Wiederhofer. — Die Semiotik des Unterleibes. Jahrbuch f. Kinderheilk. N. F. 6. Bd. 1.
37. Czerny, Ad. Prof. u. Keller, A. Pr.-doc. — Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen u. Ernährungstherapie. Leipzig u. Wien 1906.
38. Die Arbeiten der Finkelsteinischen Schule über Ernährungspathologie und Ernährungstherapie des Säuglingsalters. Gammelreferat von A. Uffenheimer. Monatsschrift f. Kinderheilk. Octob. 1910.
39. Heubner, O. Prof. — Lehrbuch der Kinderheilkunde 2 durchges. Aufl. Leipzig 1906.
40. Моисеевъ, А. — Къ патологii и этиологii enteritis phlegmonosa (idiopatica). Больничная газета Боткина. СПб. 1899.
41. Моисеевъ, А. — Къ патологической анатомii первичныхъ флегмонозныхъ (стрептококковыхъ) энтеритовъ. Больничная газета Боткина. СПб. 1902.
42. Аванасъевъ, М. проф. — Ваксъ, д-ръ. Азиатская холера. 2-е изд. СПб. 1907.
43. Monti, A. — Cholera epidemica, Dysenterie, Meningitis cerebrospinalis epidemica. Wiener Klinik. 2 u. 3 Heft, Februar-März 1901.
44. Цитир. по Самсонову, Н. — Влуждающие элементы слизистой оболочки кишечника млекопитающихъ. Дис. СПб. 1908.

Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1, 2 и 3 относятся къ случаю хронической дизентеріи (№ 34).

Рис. 1. Изъ нижняго отдѣла ilei. Эпителій сохранился вполнѣ; кліт-ки его въ состояніи набуханія. Просвѣтъ Либеркюновыхъ железъ частью расширенъ прозрачными массами, частью сѣуженъ набухшими кліт-ками. Аденоидная ткань слизистой мѣстами умѣренно инфильтрирована. Въ подслизистой много круглыхъ клітокъ.

Рис. 2. Дизентерическая язва въ слизистой оболочкѣ изъ средней части червеобразнаго отростка.

Эпителій представляетъ собою безструктурный тяжъ на поверхности слизистой. Дно и стѣнки язвы обильно инфильтрированы, равно какъ и прилегающія части слизистой.

Рис. 3. Такая же язва въ colon ascendens, занимающая значительно большее протяженіе и проникающая вплоть до muscularis mucosae; послѣдняя, составляя дно язвы, обильно инфильтрирована.

Слѣва изображена сильно набухшая и нависшая надъ язвой слизи-стая, представляющая собою одну изъ стѣнокъ послѣдней. Либеркюновы железы съ кистовидно расширеннымъ просвѣтомъ; эпителій хорошо со-хранился.

Рис. 4, 5 и 6 относятся къ случаю Enterocolitis acuta (№ 14).

Рис. 4. Изъ нижняго отдѣла ilei. Аденоидная ткань слизистой ин-фильтрирована; сохранившійся на ворсинахъ эпителій въ состояніи набу-ханія. У нѣкоторыхъ Либеркюновыхъ железъ просвѣтъ кистовидно расширенъ. Въ подслизистой виденъ значительно расширенный и инъ-ецированный сосудъ.

Рис. 5 изображаетъ начальную часть червеобразнаго отростка. Ин-фильтрація слизистой болѣе замѣтна въ правой сторонѣ рисунка, пред-ставляющей ближайшую къ входному отверстию часть червеобразнаго отростка. Эпителій сохранился на всемъ протяженіи, обнаруживая замѣтное набуханіе. Лимфатическіе солитарные фолликулы въ состояніи гиперплазіи; въ окружности ихъ сосуды инъецированы.

Рис. 6. Представляетъ отрѣзокъ изъ начальной части colon ascen- dentis, расположенный между двумя складками сильно набухшей сли-зистой. Эпителій отсутствуетъ; часть Либеркюновыхъ железъ съ слегка кистовидно расширеннымъ просвѣтомъ, у другой части железъ просвѣтъ сѣуженъ набухшими клітками. Аденоидная ткань слизистой инфильтри-рована, въ подслизистой инъецированы болѣе крупные сосуды.

Рисунки исполнены уменьшенными приблизительно на $\frac{1}{3}$ при уве-личеніи; Ос.—2, об. 3, длина Т.—16 Leitz.

Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

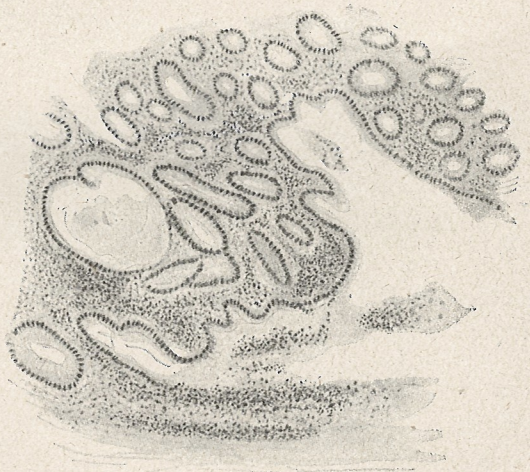


Рис. 4.

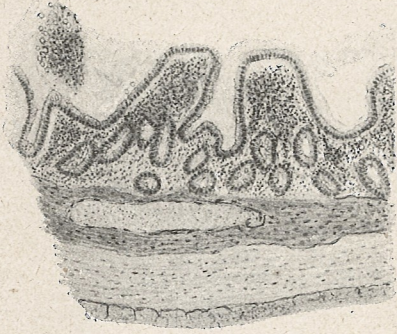


Рис. 5.

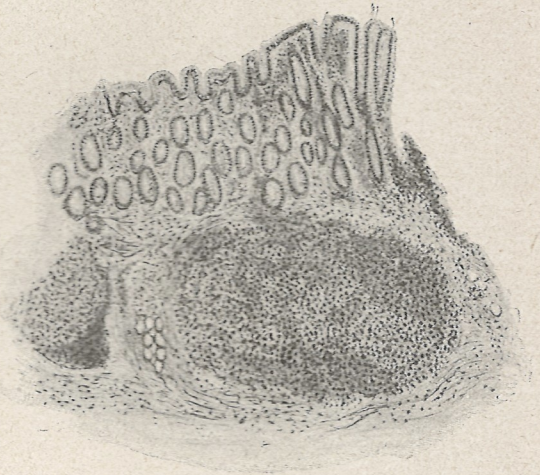


Рис. 6.



Замѣченныя опечатки.

Стран.:	Строка:	НА ПЕЧАТАНО:	СЛѢДУЕТЪ ЧИТАТЬ:
9	3 св.	по вопросу	по вопросу о
14	6 св.	(Schmorl), ³⁴	(Schmorl) ³⁴ ,
14	10—11 св.	(Никифоровъ), ³⁵	(Никифорова) ³⁵ ,
14	21 св.	Glyzerinaethermischung	Glyzerinaethermischung
16	3 св.	глубокое нарушеніе	глубокое нарушеніе питанія
37	1 св.	слизистый	слизистой
38	3 св.	лейкоциты	лейкоцитовъ
39	15 св.	16. Эпикризь:	Эпикризь:
39	9 св.	набуханія	набуханія,
43	1 св.	На 2-й день	На 3-й день
47	16 св.	пульсъ 136	пульсъ 156
47	21 св.	пульсъ 160	пульсъ 180
65	12 св.	оказалось,	оказалось:
65	22 св.	утолщена;	утолщена,
76	7 св.	подвздошной	подвздошной
84	4 св.	инфиль траціи	инфильтраціи
90	6 св.	патолого-гистологическихъ	патолого-гистологическимъ
90	8 св.	Lehrbruch	Lehrbuch
90	2 св.	Thèse	Thèse
91	13 св.	27 Zur Pathologie	27 Baginsky
91	14 св.	Boginsky	Baginsky
91	20 св.	Yagrbuch	Jahrbuch
91	15 св.	Gammelreferat	Sammelreferat