

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1891—1892 учебномъ году.

№ 79.

ПРОЦЕССЪ ВОЗСТАНОВЛЕНІЯ
ВЪ ТОНКИХЪ КИШКАХЪ
ПОСЛѢ ЯЗВЪ БРЮШНАГО ТИФА.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. Н. П. Ивановскаго.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лѣкаря Н. А. Талызина.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессора
Н. П. Ивановскій, Л. В. Поповъ и прив.-доцентъ Н. В. Петровъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Моховалъ, 40.

1892.

№466
Копія

10-6
128



63928

Серія диссерацій, допущенихъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1891—1892 учебномъ году.

№ 79.

ПРОЦЕССЪ ВОЗСТАНОВЛЕНІЯ

ВЪ ТОНКИХЪ КИШКАХЪ

ПОСЛѢ ЯЗВЪ БРЮШНАГО ТИФА.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. Н. П. Иванова.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

АВТОРА
ЛѢНКА Н. А. ТАЛЫЗИНА.

Цензорами диссераціи, по порученію Конференціи, были: профессора
Н. П. Ивановскій, Л. В. Поповъ и прив.-доцентъ Н. В. Петровъ.

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

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, 40.
1892.

№12574

1892 N 12574

1944

10/108

616.927:611-078
T-16

1892

1950

Переучет-60

Докторскую диссертацию денари Николая Галызина под заглавием: «Процессъ восстановления въ тонкихъ кишкахъ послѣ язвъ брюшнаго тифа» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея, С.-Петербургъ, Марта 21 дня 1892 г.

Ученый Секретарь *Нисловъ*.

63928

7 - NOV 2012

Процессъ восстановления въ тонкихъ кишкахъ послѣ язвъ брюшнаго тифа.

Брюшной тифъ среди инфекціонныхъ болѣзней занимаетъ одно изъ выдающихся мѣстъ по своей распространенности. Поэтому надъ изученіемъ этой болѣзни не мало приложено было стараній какъ клиницистами, такъ и патолого-анатомами, изучавшими тѣ измѣненія, которыя болѣзнь оставляетъ въ человѣкѣ послѣ смерти. Болѣзненные измѣненія при тифѣ сосредоточиваются преимущественно въ лимфатической системѣ, поражая въ ней главнымъ образомъ тѣ части, которыя расположены въ кишечномъ каналѣ.

Поэтому при всякой формѣ тифа, начиная съ тѣхъ, которыя переносятся больными на ногахъ и кончаясь тяжелыми формами, прежде всего замѣчаются расстройства со стороны кишечнаго канала.

Обычнымъ мѣстомъ проявленія болѣзненныхъ измѣненій при брюшномъ тифѣ является подвздошная кишка. Эти измѣненія, смотря по интенсивности заболѣванія, распространяются отъ Баугиніевой заслонки вверхъ на болѣе или менѣе значительное пространство, иногда на протяженіи фута ¹⁾ иногда и выше ²⁾ до верхней части тощей, и внизъ по толстой кишкѣ до rectum ³⁾. Наибольшая же интенсивность процесса соответствуетъ обыкновенно подвздошной кишкѣ около Баугиніевой заслонки, такъ

¹⁾ *Риндfleisch*. Руководство къ Патолог. Гистологія подъ ред. Шервизскаго, стр. 407.

²⁾ Руководство къ частной Пат. и тер. подъ ред. Цимсона. Томъ II ч. I, стр. 91.

³⁾ Тамъ же.

что в этой именно части кишечника постоянно и наблюдаются изменения лимфоидного аппарата. Изменения лимфоидного аппарата—солитарных желез и Пейеровых бляшек—выражаются, начинаясь умеренным припуханием и оканчиваясь иногда изъязвлением желез. Это изъязвление, принимаемое за конечную форму поражения, сопровождаемая нередко тяжелой формы тифа, не всегда влечет за собою смерть больного, по большинство таких больных, вероятно, поправляется. Значит место бывшей язвы должно считать замещившимся какою либо новообразованною тканью, по всей вероятности рубцовой.

Нам известно, что всякое нарушение целостности ткани или частичная потеря ее послѣ каких либо патологических состояний обыкновенно пополняется. Только пополнение это неодинаково во всех случаях, так иногда потеря пополняется тканью съ простым строением, какова волокнистая соединительная ткань воспалительного происхождения (рубец), иногда пополняется тканью прежде бывшей, тождественной съ утраченною.

Въ нашемъ случаѣ нарушение целостности стѣнки кишки язвеннымъ процессомъ тоже, вероятно, пополняется. Но чѣмъ возмѣщается этотъ дефектъ, который оставляетъ послѣ себя некротизированная лимфоидная ткань; получается ли просто тождественная съ прежде бывшей, вопросъ этотъ, какъ мы увидимъ ниже, и до настоящаго времени представляется не вполне выясненнымъ. Съ цѣлю выясненія этого вопроса, чтобы прослѣдить регенерацію тонкихъ кишекъ послѣ язвъ брюшнаго тифа, мною и начато было изслѣдованіе по предложенію Профессора Н. П. Ивановскаго.

Материаломъ къ такому изслѣдованію должны были служить умершіе, или отъ осложненій брюшнаго тифа, по выдвореніи отъ послѣдняго, или умершіе отъ другой какой либо болѣзни, если известно, что больнымъ до смерти былъ перенесенъ брюшной тифъ въ предѣлахъ до 2-хъ лѣтъ тому назадъ.

Кстати долженъ замѣтить, что подобный матеріалъ добы-

вается съ невозможными трудностями. Изъ анамнеза, изложеннаго въ исторіи болѣзни, свѣденія о больномъ получаются обыкновенно крайне скудныя; личные подробные распросы больныхъ мало ведутъ къ цѣли, такъ какъ отвѣты всегда получаются крайне неопредѣленные. Такъ что все почти найденное, получено мною случайно на вскрытіяхъ отъ разныхъ болѣзней.

При чемъ большинство случаевъ получено изъ Обуховской больницы, благодаря любезности Проrektора больницы Н. В. Петрова, который случайно, при вскрытіи, находилъ подлежащій моему изслѣдованію матеріалъ; по его же указанію были вырѣзываемы подходящія мѣста кишечника для микроскопическихъ изслѣдованій. Остальные случаи получены изъ Клиническаго Военнаго Госпиталя и Александровской барачной больницы.

При выборѣ случаевъ тщательно взвѣшивались всѣ патолого-анатомическія данныя для точнаго опредѣленія подлежащихъ моему изслѣдованію измененийъ въ кишечникѣ и исключались изменения подобныя же, наблюдаемая въ тонкихъ кишкахъ, напримѣръ, послѣ туберкулеза, дифтерита и сифилиса. Въ качествѣ руководящихъ признаковъ для опредѣленія измененийъ въ тонкихъ кишкахъ тифознаго характера принималось во вниманіе слѣдующее: рубцы послѣ язвъ брюшнаго тифа располагаются по длинику кишечника на мѣстѣ противоположномъ прикрѣпленію брыжейки ¹⁾, локализируются въ Пейеровыхъ бляшкахъ и солитарныхъ железахъ; никогда не производятъ стриктуръ кишечника,—стягивающее свойство рубцовой ткани здѣсь отсутствуетъ (Проф. Ивановскій ²⁾, Либермейстеръ ³⁾, Rokitansky ⁴⁾). Стѣнка кишки на мѣстѣ

¹⁾ Birch-Hirschfeld. Über des Verhalten typhoser Narben des Darmes. 1876 p. 3.

²⁾ Проф. Ивановскій. Краткій учебникъ Частной Патологической анатоміи. 1883. стр. 166.

³⁾ Руководство къ Част. Пат. и Тер. подъ ред. Цимсева. Томъ II, ч. I, стр. 94.

⁴⁾ Handbuch der speciellen patholog. Anatomie. II Bd. Wien 1842. p. 245.

рубца оказывается болѣе тонкою, слизистая оболочка въ окружности рубца слегка возвышается (Проф. Ивановскій); при проходящемъ свѣтѣ такое мѣсто представляется просвѣчивающимъ¹⁾; дно рубца долгое время спустя послѣ тифа представляется углубленнымъ и гладкимъ съ аспиднымъ цвѣтомъ (Klebs²⁾ иногда блѣднымъ (Ивановскій). Въ окружности рубца замѣтна болѣе сильная пигментация (Риндфлейшъ, Ортъ³⁾, Birch-Hirschfeld). Язвы брюшнаго тифа поименованы овалной формы, при отдѣленіи бляшки, и круглой, при омертвѣніи солитарныхъ железъ, отличаются отъ другихъ еще обрывистыми краями. По исчезновеніи мозговидной инфильтраціи, края разслабляются, спадаются и закрываютъ съ боковъ часть дна. Края язвы вслѣдствіе сильнаго переполненія ихъ кровью, которой требуется здѣсь большее количество для вновь образующейся рубцовой ткани, остаются болѣе пигментированными и по образованіи рубца (Birch-Hirschfeld, Ортъ).

Наблюденія въ нашихъ случаяхъ показали, что положеніе и форма рубца особенно рѣзко опредѣляются послѣ уплотненія въ Мюллеровской жидкости и промыванія въ водѣ, — о технику производства уплотненія ниже. Когда препараты, промытые въ текучей водѣ послѣ уплотненія, разсматривались къ свѣту, ясно опредѣлялось просвѣчивающее мѣсто сѣроватаго цвѣта съ пигментнымъ ободкомъ, болѣе гладкое по сравненію съ прилежащею тканью, но все-таки съ замѣтной простымъ глазомъ слабой бархатистостью, и углубленіе иногда съ рѣзкими, какъ бы обрѣзанными краями. Только такія мѣста изъ уплотненныхъ препаратовъ брались мною для микроскопическихъ изслѣдованій.

Мѣста, представляющія собою сѣтчатыи видъ, болѣе тонкія и съ аспидной окраской для изслѣдованія мною не брались, хотя

¹⁾ Риндфлейшъ. Руководство Патологической Гистологіи. Подъ ред. Шерванскаго, стр. 407.

²⁾ Handbuch der pathologischen Anatomie I Bd. I Abteilung. 1869. p. 255.

³⁾ Руководство къ патолог. анатомической діагностикѣ. 1890 г. пер. Крылова въ Харьковѣ, стр. 545.

подобное состояніе бляшки тоже относится къ характернымъ признакамъ прежде бывшаго тифа. Сѣтчатыи, точечный видъ бляшки съ пигментацией признается за результатъ обратнаго развитія тифознаго процесса; именно, клѣтки образующія инфильтратъ подвергаются жировому перерожденію и продукты распадаенія ихъ всасываются, остается только строма железъ, какъ бы выдающаяся надъ поверхность расосавшихся фолликуловъ, и кровеносные сосуды съ пигментомъ, какъ слѣдъ прежде бывшей гипереміи (Ортъ, Риндфлейшъ, Гофманнъ). Слѣдовательно эти мѣста, какъ несоответствующія бывшимъ язвамъ, мною исключались изъ требуемаго для моей цѣли матеріала. Такимъ образомъ нѣсколько случаевъ, взятыхъ въ началѣ, какъ годные для изслѣдованія, потомъ пришлось исключить.

Перехода къ изложенію своихъ изслѣдованій считаю умѣстнымъ привести нѣкоторыя мнѣнія позднѣйшихъ наблюдателей какъ на процессъ регенерации железистой ткани вообще, такъ и на регенерацию тонкихъ кишечъ послѣ язвъ брюшнаго тифа въ частности.

Подъ названіемъ регенерации разумѣется возрожденіе ткани, почему либо утратившей свою жизнѣдѣтельность, или просто удаленной искусственнымъ путемъ, при чемъ вновь образовавшаяся ткань должна быть тождественна съ той, которая погибла или удалена. Ткани не всякаго организма обладаютъ такою способностью въ одинаковой степени; такъ извѣстно что у безпозвоночныхъ животныхъ и позвоночныхъ хладнокровныхъ могутъ возрождаться не только части тканей, но цѣлые органы со сложными системами мускуловъ, костей и нервовъ. Напримѣръ: у тритона возраждается глазъ, у паука — нога, у рака — хвостъ, у рыбы — плавникъ и т. д. Однако подобное явленіе возможно только при условіи существованія клѣтокъ погибшаго органа. У высшихъ же позвоночныхъ животныхъ и человека способность эта ограничивается незначительными предѣлами, такъ пополняются потери только нѣкоторыхъ тканей и то не всегда тождественной съ утраченной; нерѣдко новообразованная ткань имѣетъ болѣе простое строеніе,

состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани (рубець). Въ случаяхъ восстановления тождественной ткани и здѣсь такъ же, какъ у низшихъ безпозвоночныхъ животныхъ, необходимо одно условие, при которомъ это восстановление возможно,—это присутствие матерей почки. Такимъ образомъ непременнымъ условиемъ регенераций вообще, признается присутствие кѣлѣтокъ погибшей ткани. Этотъ общій законъ регенераций имѣетъ силу и въ примѣненіи къ железистой ткани въ частности.

По мнѣнію проф. Ивановскаго ¹⁾, Пашутина ²⁾ и Лукьянова ³⁾ восстановление железистой ткани возможно, когда часть железистыхъ элементовъ остается на тронутую, или когда кѣлочное ядро, оставшихся элементовъ, неразстроено въ своей жизнедѣтельности, не исчезло.

Проф. Подвысоцкій, высказывая тоже положеніе по основному вопросу регенерации железистой ткани, признаетъ не только новообразованіе железистыхъ кѣлѣтокъ, но и кѣлѣтокъ эпителия выводныхъ протоковъ ⁴⁾. Тамъ же, гдѣ новообразующихся элементовъ незамѣчается, или они наблюдаются въ меньшемъ количествѣ, авторъ признаетъ какъ общее правило, что при всѣхъ значительныхъ потеряхъ въ существѣ тканей, большая часть дефекта неустиваетъ замѣститься возродившеюся паренхимой, такъ какъ быстро размножающаяся и организующаяся соединительная ткань своимъ процессомъ рубцеванія останавливаетъ всякое дальнѣйшее размноженіе элементовъ паренхимы ⁵⁾.

Martinotti, работая надъ поджелудочною железой, пришелъ къ заключенію, что послѣ удаленія части железы, иногда почти полнаго удаленія, происходитъ восстановленіе железистыхъ кѣлѣтокъ.

¹⁾ Учебникъ Общей Патологической анатоміи. СПб. 1886. стр. 186.

²⁾ Лекціи Общей Патологіи. Казань 1878 г. Часть 1-я стр. 271.

³⁾ Основанія Общей Патологіи кѣлочки. Варшава 1890 г., стр. 59.

⁴⁾ Возрожденіе печеночной ткани. Врачъ 1888 г. № 2, стр. 30.

⁵⁾ В. В. Подвысоцкій. Основы общей патологіи. Спб. 1891 г. Томъ I, стр. 339.

Но желая убѣдиться въ способности новообразованныхъ железистыхъ тканей къ функциональной дѣятельности, производилъ опыты на собакахъ, кошкахъ, кроликахъ и морскихъ свинкахъ, которымъ наносилъ раны въ почку посредствомъ термокаутера и наблюдалъ явленія регенерации почечной ткани. Изслѣдуя функциональную способность почечной ткани и въ тоже время регенерацию ея, при извѣстной величинѣ ранъ, авторъ видѣлъ ряды кѣлѣтокъ, напоминавшіе почечные канальцы, въ которыхъ мѣстами видны были кѣлѣтки въ состояніи митоза ¹⁾.

Griffini и Vassale ²⁾ изучая регенерацию слизистой оболочки желудка, дѣлали опыты на собакахъ и производили изслѣдованіе органовъ въ различные промежутки времени, максимумъ чрезъ 55 дней послѣ операціи.

Оказалось, что слизистая оболочка желудка, вырѣзанная на большомъ протяженіи и во всю толщину, всегда восстанавливалась во всей полнотѣ, т. е. железистый аппаратъ также восстанавливался.

Восстановленіе железъ слизистой оболочки желудка аналогично эмбриональному ихъ развитію; железы образуются изъ эпителия, покрывающаго первоначально язвы, и изъ эпителия железъ, не вполне удаленныхъ съ краевъ раны, такъ какъ раны были неодинаковой глубины и слѣдовательно часть железъ должна была оставаться нетронутую.

Быстрота восстановленія обуславливалась общимъ здоровьемъ животнаго въ теченіи всего времени наблюденія. При этомъ авторами ни разу незамѣчалось, чтобы язвы распространялись въ глубже лежащіе слои и вели къ прободенію стѣнки желудка.

Переходя къ изложенію мнѣній патолого-анатомовъ отно-

¹⁾ Ueber Hyperplasie und Regeneration der drüsigen anführe funktionsfähigkeit. (Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 1890. стр. 663).

²⁾ Ueber die Reproduction der Magenschleimhaut. (Ziegler und Nauwerck Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen pathologie 1888. Bd. III, стр. 425).

сительно регенерации тонких кишек послѣ язвъ брюшнаго тифа, находимъ слѣдующіе на этотъ счетъ взгляды.

Rokitansky ¹⁾, подробно описывая процессъ рубцеванія тифознаго язвы, о характерѣ рубца говоритъ слѣдующее: вмѣсто язвы на внутренней поверхности кишки, смотря по успѣхности процесса заживленія, находится не глубокое вдавленіе, обусловленное тонкостью слизистой оболочки и подслизистаго слоя, имѣющаго большую плотность. Это мѣсто, на которомъ слизистая оболочка прилежитъ крѣпче, отличается меньшею подвижностью, не имѣетъ складокъ, представляется какъ бы натянутымъ, гладкимъ; по сравненію съ прилежащею тканью менѣе богато сосудами и съ меньшимъ количествомъ ворсинокъ. Маленькія ворсинки, имѣя наблюдаемы были на такихъ рубцахъ, дно которыхъ, по своей тонкости, производило впечатлѣніе состоящимъ какъ бы изъ серознаго только слоя. О железахъ и фолликулахъ не упоминаетъ.

Förster ²⁾ отрицаетъ восстановление ворсинокъ, выражаясь такъ: регенерации слизистой оболочки на мѣстѣ бывшихъ тифознахъ язвъ я никогда не видѣлъ, не смотря на самыя тщательныя изслѣдованія зарубцевавшихся язвъ изъ труповъ больныхъ, умершихъ спустя годы и мѣсяцы послѣ перенесеннаго брюшнаго тифа.

Klebs ³⁾ свои наблюденія высказываетъ такъ: рубцеваніе тифознахъ язвъ начинается съ края, при чемъ эпителий надвигается на язвенную поверхность. Поверхность эта остается нѣсколько углубленною, сначала бываетъ гладкой, впоследствии принимаетъ бархатистый видъ, благодаря тому, что съ этой поверхности поднимаются новообразованныя ворсинки. Фолликулы, повидимому, вовсе не восстанавливаются; по крайней

¹⁾ Handbuch der Speciellen pathologischen Anatomie. Wien 1842 г. Bd. II. p. 244—245.

²⁾ Handbuch der Speciellen pathologischen Anatomie. Leipzig. 1854 г. стр. 76.

³⁾ Handbuch der pathologischen Anatomie. I Bd., Abt. I. Berlin 1869 г. стр. 255.

мѣрѣ еще долго спустя по окончаніи процесса въ бляшкахъ, которыя въ остальномъ нормальны, находятъ углубленныя, гладкія, лишеныя фолликуловъ мѣста. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ по всей вѣроятности существовали изъязвленія, по истеченіи нѣкотораго времени не замѣчалось никакихъ измѣненій въ этихъ аппаратахъ. Только аспидный видъ рубца говорилъ за прежде бывшія здѣсь тифознаго язвы, который (видъ) свойственъ рубцамъ весьма долгое время.

Hoffmann ¹⁾ говоритъ, перепонка, покрывающая дно язвы, покрывается однимъ слоемъ цилиндрическаго эпителия, надвигающагося съ краевъ. Происшедшая такимъ образомъ поверхность въ большинствѣ случаевъ плоска, гладка и не представляетъ никакихъ возвышеній; окрестность же ея напротивъ, обыкновенно усѣяна очень сильно развитыми, особенно широкими ворсинками. Иногда же дно зажившей язвы представляется неровнымъ, но это происходитъ вслѣдствіе того, что на немъ образуются отдѣльныя, очень низкія, широкія, совершенно сплошныя возвышенія, неимѣющія однако никогда строенія ворсинокъ.

Cornil et Ranvier ²⁾ высказываются въ отрицательномъ смыслѣ. Восстановленіе слизистой оболочки въ нормальномъ ея видѣ послѣ язвъ брюшнаго тифа, по мнѣнію этихъ авторовъ, не происходитъ. Тамъ же, гдѣ находили ворсинки и железы, они объясняютъ тѣмъ, что изъязвленіе не коснулось нѣкоторыхъ участковъ бляшки. Частичное же пораженіе бляшки, они утверждаютъ, дѣйствительно наблюдается, гдѣ бляшка поражается только мѣстами, оставляя другія участки не тронутыми.

Homolle въ своей работѣ «Fievre typhoïde» ³⁾ заключенія свои высказываетъ въ томъ же направленіи. Именно: восстановленіе въ кишкахъ можетъ быть полнымъ въ тѣхъ только

¹⁾ Untersuchungen über die pathologischen Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus Leipzig 1869, стр. 74.

²⁾ Manuel d'histologie pathologique. 1876, стр. 843—844.

³⁾ Nouveau dictionnaire de med. et chirurg. prat. t. XXXVI 1884.

случаях, гдѣ бляшка была инфильтрирована, но не изъязвлена. Тамъ же, гдѣ образовалось глубокое разрушеніе, получается окончательная потеря железъ, фолликуловъ, ворсинокъ и частичный склерозъ кишки.

Въ диссертациі Siderey'a ¹⁾ сказано: что касается железъ слизистой оболочки кишки, то восстановление ихъ послѣ язвъ брюшнаго тифа невозможно. Въ одномъ случаѣ имъ было сдѣлано наблюденіе надъ живившею тифозною язвою, гдѣ смерть послѣдовала спустя два мѣсяца отъ начала болѣзни. И здѣсь присутствіе частей (fragments) совершенно сохранившихся железъ не позволяетъ сдѣлать какое-либо заключеніе относительно другихъ придатковъ слизистой оболочки. Хотя замѣчено было значительное утолщеніе подслизистой соединительной ткани, петли которой представляли собою простыя линейныя щели, отдѣленные большими фиброзными перекадинами.

За тѣмъ авторъ проводитъ такую мысль: Если дѣло не дошло до изъязвленія, то наблюдается полное restitutio ad integrum: железъ, фолликулы и ворсинки, мало-по-малу освободившись отъ патологическихъ продуктовъ, принимаютъ свой нормальный видъ. Почти тоже, по его мнѣнію, происходитъ, если изъязвленіе коснулось только поверхностныхъ частей слизистой оболочки и не тронуло наибольшую часть железъ, ворсинокъ и самихъ фолликуловъ.

Birch-Hirschfeld ²⁾ болѣе тщательно и подробно изслѣдовавшій этотъ вопросъ, въ своей работѣ прежде всего приводитъ мнѣнія на этотъ счетъ Рокитанскаго, Форстера, Гофмана, Клебса и Риндфлейша, затѣмъ подробно приводитъ исторію болѣзни одного больнаго, имъ наблюдававшаго, который умеръ отъ туберкулеза чрезъ три мѣсяца послѣ перенесеннаго брюш-

наго тифа. Послѣ описанія мѣстоположенія рубцевъ, ихъ длины и ширины, авторъ говоритъ: уже простымъ глазомъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ рубцовой поверхности можно было замѣтить мельчайшія возвышенія; а микроскопическое изслѣдованіе доказало, что на поверхности ихъ очень много ворсинокъ. Изслѣдованію подвергнуто было много срѣзовъ съ разныхъ рубцовъ и только въ одномъ мѣстѣ, величину приблизительно съ чечевицу, ворсинокъ не наблюдалось.

Ворсинки на рубцахъ отличаются отъ нормальныхъ ворсинокъ, околележащихъ частей: во-первыхъ, онѣ неравномерно распределены, сидятъ то густо, то рѣдко; во-вторыхъ, одни длиннѣе, другія короче, нѣкоторыя представляютъ скорѣе полшарообразныя, короткія возвышенія, нѣкоторыя же — начинаясь широкими основаніями, оканчивались тонкой иногда раздвоенной верхушкой. Эпителій ворсинокъ нормальный, развитіе сосудовъ тоже; въ нѣкоторыхъ ворсинкахъ замѣчалось отложеніе пигмента. Въ стромѣ ихъ никакихъ уклоненій не замѣчено. Либержуновыхъ железъ съ достовѣрностью нельзя было найти, хотя нѣкоторыя мѣста какъ бы напоминали ихъ.

Полъ ворсинками слой слизистой оболочки тоньше и по строенію своему представляетъ болѣе фибриллярный типъ, присутствія аденоидной ткани нельзя было доказать въ этомъ слой. Мышечный слой тоньше нормальнаго, серозный безъ перемѣны.

Между прочимъ авторъ наблюдалъ и такіе рубцы, гдѣ не было и слѣда ворсинокъ, а рубцевая поверхность была покрыта тонкимъ фибрознымъ слоемъ, одѣтымъ слоемъ эпителія въ видѣ ровной линіи. Такіе рубцы есть послѣдствіе глубокихъ язвъ, проникающихъ до мышцъ, на которыхъ непосредственно и лежалъ наблюдаемый фиброзный слой.

Въ заключеніе своихъ изслѣдованій авторъ высказываетъ мнѣніе, согласное съ мнѣніемъ Рокитанскаго и Клебса, съ которыми вмѣстѣ и говоритъ за новообразованіе ворсинокъ.

Изъ позднѣйшихъ изслѣдователей находимъ мнѣнія Риндфлейша и Орта. Первый говоритъ: на мѣстѣ бывшей тиф-

¹⁾ Recherches sur l'anatomie pathologique de la Fièvre typhoïde, lésions des organes lymphoïdes. Thèse de Paris. 1893 г. стр. 83—84.

²⁾ Über das Verhalten Typhoser Narben des Darmes. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin. 1876. p. 3).

фозной язвы никогда больше не восстанавлиются ни ворсинки, ни железы, ни остальные придатки слизистой оболочки ¹⁾.

Второй не съ такою положительностію высказывает свой взгляд, именно: железъ не восстанавлиются, ворсинки могутъ быть ²⁾.

Въ русской самостоятельной литературѣ по интересующему насъ вопросу намѣлъ указанія въ диссертации д-ра Честнѣйшаго-Боршевскаго ³⁾. Авторъ дѣлалъ раны въ кишечникѣ собагъ, а также вырѣзывалъ кусочки кишки, затѣмъ накладывалъ швы и наблюдалъ процессъ заживленія чрезъ 2—6 мѣсяцевъ послѣ операціи. Результаты своихъ изслѣдованій описываетъ такъ: слизистая оболочка представляла сплошную железистую поверхность и съ ворсинками; а на рубцахъ 6-ти мѣсячныхъ трудно отличить мѣсто бывшаго пораненія, все принимало какъ бы нормальный видъ.

Эти опыты для нашей цѣли имѣютъ только относительное значеніе, потому что регенерація кишекъ въ организмѣ здоровомъ и предварительно ослабленномъ обѣими болѣзненными процессомъ не можетъ быть одинакова и приводятся здѣсь какъ имѣющіе отдаленную параллель.

Проф. Н. П. Ивановскій въ учебникѣ ⁴⁾ выражается очень кратко: на поверхности рубца въслѣдствіи восстанавливается эпителиальный слой, по нѣкоторымъ авторамъ и ворсы; другія образованія, разрушенныя язвеннымъ процессомъ (фолликулы и Либеркюновы железы) не восстанавлиются.

Разбирая вышеприведенныя наблюденія, видимъ, что всѣ авторы только въ одномъ положеніи сходятся, именно въ образованіи эпителиальнаго покрова на рубцевой поверхности; что

¹⁾ Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. Leipzig. 1896 г., стр. 331.

²⁾ Руководство къ Патолого-анатомической діагностикѣ—Д-ра Орта. Перев. проф. Крылова въ Харьковѣ 1890 г., стр. 545.

³⁾ Къ вопросу о заживленіи кишечныхъ ранъ послѣ наложенія шва. Десс. 1875. СПб. стр. 48.

⁴⁾ Краткіи Учебникъ Частной Патолог. Анатоміи. Вып. II. стр. 166. 1893 г.

же касается новообразованія ворсинокъ и другихъ придатковъ слизистой оболочки тонкой кишки, здѣсь существуютъ совершенно противоположныя два мнѣнія. Такъ одни—Rokitansky, Klebs, Birch-Hirschfeld и Ortъ признаютъ образованіе ворсинокъ, но отрицаютъ ил, правилинѣ говоря, сомнѣваются въ возможности новообразованія Либеркюновыхъ железъ и фолликуловъ. Другіе, составляющие большинство, положительно отрицаютъ возможность образованія придатковъ слизистой оболочки.

Почти во всѣхъ наблюденіяхъ также замѣчается одно не маловажное обстоятельство,—это отсутствіе указаній количества изслѣдуемыхъ случаевъ и времени, чрезъ которое послѣдовала смерть изслѣдуемыхъ послѣ перенесеннаго брюшнаго тифа. Относительно времени только Förster неопредѣленно упоминаетъ, что изслѣдовалъ чрезъ годы и мѣсяцы. Болѣе опредѣленныя указанія находимъ у Birch-Hirschfeld'a и Siderow'a, которые изслѣдовали: первый чрезъ три мѣсяца и второй чрезъ два мѣсяца послѣ перенесеннаго брюшнаго тифа, и у каждаго изъ нихъ приведено по одному случаю. Но случаи эти на врядъ-ли могутъ быть доказательными какъ потому, что они единичны, такъ и по тому, что изслѣдованы были чрезъ два и три мѣсяца послѣ бывшаго тифа, каковой срокъ для заключенія о способности восстановленія на мѣстѣ рубца нельзя считать достаточнымъ.

Въ виду такого разногласія во мнѣніяхъ авторовъ, я старался прежде всего, по возможности, точно установить анамнестическія данныя относительно времени заболѣванія прежде бывшимъ тифомъ, и затѣмъ прослѣдить на возможно большемъ числѣ случаевъ регенерацію тонкихъ кишекъ на мѣстѣ бывшихъ язвъ.

Но въ отношеніи собранія матеріала встрѣтился съ непредвидѣнными трудностями, какъ объ этомъ сказано выше, а потому удалось собрать всего только двѣнадцать случаевъ, отвѣчающихъ моей цѣли. Привода эти случаи, я старался расположить ихъ по срокамъ бывшаго заболѣванія т. е. по

давности прежде бывшего тифа. Въ однихъ случаяхъ время заболѣванія было въ точности мною установлено, другіе же, — гдѣ мнѣ неизвѣстно время бывшего заболѣванія, я относилъ къ тому или другому сроку потому, что при микроскопическихъ изслѣдованіяхъ найденныя измѣненія почти въ точности соотвѣтствовали измѣненіямъ тѣхъ случаевъ, срокъ которыхъ былъ точно установленъ. Такимъ образомъ хорошо извѣстныхъ по анамнезу у меня оказалось шесть случаевъ № 1, 2, 3, 9, 10, 11 и столько же съ анамнезомъ неопредѣленнымъ.

Руководствуясь отчасти сказаннымъ способомъ опредѣленія давности бывшего заболѣванія, весь имѣющійся у меня матеріалъ удалось распределить на три срока: съ приблизительною давностью до 1½ лѣтъ, съ давностью отъ 6-ти мѣсяцевъ до года и съ давностью менѣе полугода.

Въ такомъ порядкѣ уменьшающейся давности я и привожу здѣсь эти случаи.

1. Афонасій Ш—въ, кр. 24 лѣтъ. 1889 года съ 27-го Юля по 10-е Сентября лечился въ Маріинской больницѣ отъ брюшнаго тифа, что значится по книгѣ алфавита въ больницѣ за № 2906.

Въ Обуховскую больницу поступилъ 7-го Марта 1891 года съ диагнозомъ peritonitis septica, гдѣ и умеръ Марта же 24 дня. Смерть въ Обуховской больницѣ послѣ перенесеннаго тифа послѣдовала чрезъ годъ и 6-ты мѣсяцевъ.

Въ протоколѣ вскрытія, за № 190, находимъ: Слизистая оболочка желудка, тонкихъ и толстыхъ кишекъ съ асиднымъ отгнѣнкомъ. Пейеровы бляшки пигментированы, лежатъ около Баугиніевой заслонки представляютъ небольшое частичное мозговидное припуханіе. Diagnosis anatomica: Hypertrophia cordis, pleuritis adhaesiva duplex, pneumonia catarrhalis acuta lobi inferioris pulmonum utriusque, peritonitis acuta sero-purulenta, perihepatitis et pericystitis chronica et acuta, colitis chron, nephritis chronica diffusa, pharyngitis acuta crouposa, typhus abdominalis peractus.

2. Михайл Е—въ, крест. 30 лѣтъ. 1890 года съ 3-го Фев.

рала по 12-е Марта лечился въ Маріинской больницѣ отъ брюшнаго тифа, что значится въ книгѣ алфавита больницы, за № 430.

Въ Обуховскую больницу поступилъ 1891 года Мая 20 дня съ диагнозомъ cirrhosis hepatis, гдѣ 17-го Юня и умеръ. Смерть послѣ перенесеннаго тифа послѣдовала чрезъ годъ и три мѣсяца. Въ протоколѣ, за № 386, находимъ diagn. anatom.: pleuritis adhaes-chron sinistra partialis, hydropericardium, hyperplasia chronica et acuta lienis, cirrhosis hepatis atrophica, nephritis chronica diffusa, gastro-enteritis chronica et acuta, cicatrices gland. Peyerii post typhum abdominale, hydrops ascites, haemorrhagiae subperitoneales mesenterii et diaphragmatis.

3. Илья П—въ, отст. рядовой, 56 лѣтъ. 1890 года въ Мартѣ мѣсяцѣ лежалъ въ Обуховской больницѣ съ вѣроятнымъ тифознымъ процессомъ. 1891 года Юля 21 дня поступилъ въ ту же больницу съ диагнозомъ pneumonia crouposa et typhus, гдѣ, чрезъ три дня, 24-го Юля умеръ. Смерть послѣ перваго заболѣванія послѣдовала чрезъ годъ и 4 мѣсяца. Въ протоколѣ, за № 469, находимъ diagn. anatom.: Oedema piae et cerebri, sclerosis arteriarum basoes cerebri, pleuritis acuta fibrinosa dextra et adhaesiva chronica sinistra, pneumonia crouposa lobi superioris et medii pulmonis dextri cum suppuratione, oedema pulmonum, hyperplasia lienis acuta, infiltratio adiposa hepatis, nephritis parenchymatosa acuta, gastritis chronica, entero-colitis chronica, pigmentatio et cicatrices gland. Peyerii post typhum abdominale.

4. Константинъ Б—въ, кр. 12 лѣтъ. 1891 года Августа 23-го дня поступилъ въ 1-е терапевтическое отдѣленіе Клиническаго Военнаго Госпиталія съ диагнозомъ ileotyphus, умеръ чрезъ 10 дней, 3-го Сентября.

Изъ анамнеза извѣстно, что больной съ годъ тому назадъ въ деревнѣ былъ боленъ какою-то лихорадочною формою болѣзни. Въ протоколѣ за № 81 находимъ: На слизистой оболочкѣ тонкой кишки близъ слѣпой имѣются пигментированныя Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы, а посрединѣ бляшекъ

63728-112574

въ нѣкоторыхъ мѣстахъ рубцовой ткани. Брыжеечная железа не много увеличена въ объемѣ и пигментирована. *Epicrisis: pneumonia chronica, cirrhosis hepatis, hidronephronis dextrae et ileo-typhus.*

5. Устинья М—ва, кр. вдова 42 л. 1891 года Юля 26 дня поступила въ Обуховскую больницу съ диагнозомъ *meningitis tuberculosa*, умерла Августа 8-го дня. Анамнезъ неопредѣленный. Въ протоколъ за № 234 находимъ, *diagn anatom: Leptomeningitis basilaris tuberculosa, oedema cerebri degeneratio adiposa cordis, pleuritis adhaesiva chronica duplex partialis, tuberkulosis gland. lymphaticarum bronchialium, tuberculosi miliaris pulmonum, lienis, hepatis, renum et intestini ilei, enteritis follicularis, colitis acuta, gastritis chronica, endometritis polyposa, perisalpingitis et salpingitis chronica, pigmentatio gland. Peyer.*

6. Михаилъ С — въ, мѣщ., 44 лѣтъ. 1891 года Юня 7 дня поступилъ въ Обуховскую больницу съ диагнозомъ *pneumonia crouposa*, чрезъ 5 дней умеръ.

Анамнезъ неопредѣленный.

Въ протоколъ, за № 371, находимъ *diagn. anatom: Hyperemia piae et cerebri, pleuritis acuta fibrinosa duplex, hyperemia et abscessus metastatici pulmonum, hyperplasia acuta lienis, gastritis chronica, enterocolitis chronica et acuta, nephritis acuta parenchymatosa et abscessus metastatici renum, inflamatio purulenta gland. lymphaticarum regionis inguinalis sinistrae, pyaemia, pigmentatio et cicatrices gland. Peyer post typhum abdominale.*

7. Севастьянъ Б—въ, крест., 33 лѣтъ. 1891 года Юля 7 дня поступилъ въ Обуховскую больницу съ диагнозомъ *pneumonia crouposa et typhus*, чрезъ 5 дней, 12-го Юля, умеръ.

Анамнезъ неопредѣленный.

Въ протоколъ за № 432 находимъ *diagn. anatom: Hyperemia piae et cerebri, pleuritis adhaesiva chronica duplex, pneumonia crouposa sinist. lobi superioris in stadio hepatisationis griseae et rubrae cum suppuratione, hypertrophia cordis, valvu-*

lae intactae, hyperplasia acuta lienis, nephritis parenchymatosa acuta, cirrhosis hepatis vulgaris, gastritis chronica et acuta, enteritis acuta follicularis, colitis acuta, pigmentatio glandularum Peyer post typhum abdominale cum cicatricibus.

8. Иоганнъ Т—нъ, фьял., 70 лѣтъ. 1891 года Сентября 3-го дня поступилъ въ Обуховскую больницу съ диагнозомъ *pneumonia catarrhalis et abscessus pulmonum*, умеръ того же мѣсяца 26 дня.

Анамнезъ неопредѣленный.

Въ протоколъ, за № 586, находимъ *diagn. anatom: oedema piae et cerebri, degeneratio parenchymatosa musculi cordis, endocarditis vv. Semilunarium aortae chron. fibrosa, dilatatio et sclerosis aortae, pleuritis adhaesiva chronica duplex partialis, emphysema pulmonum, pneumonia suppurativa lobi inferioris pulmonis utriusque, gangrena partis inferioris lobi inferioris pulmonis dextri, bronchitis purulenta, tumor lienis acutus, degeneratio parenchymatosa hepatis et renum, gastritis chronica, pigmentatio gland. Peyer post typhum abdominale, colitis chronica.*

9. Марфа А — скал, солд., вдова 51 года 1891 года Мая 2 дня поступила въ Обуховскую больницу съ диагнозомъ *nephritis chronica*, умерла 16-го Юня.

Изъ анамнеза известно, что больная уже два мѣсяца какъ больна брюшнымъ тифомъ, и только въ последнее время поступила въ больницу вслѣдствіе сильныхъ отековъ ногъ и живота. Смерть последовала отъ начала заболѣванія чрезъ три мѣсяца и 14 дней.

Въ протоколъ, за № 189, находимъ *diagn. anatom: Hypertrophia cordis, nephritis chronica diffusa, hyperplasia lienis acuta, infiltratio adiposa hepatis, peritonitis acuta fibrinosa, cicatrices glandularum Peyer intestini ilei post typhum abdominale, perforatio ulcerosa inveterata intestini ilei ex majore parte cicatrisata, gastritis chronica, colitis chronica.*

10. Михаилъ С—нъ, 27 лѣтъ, студентъ. 1891 года Августа 21 дня поступилъ въ 1-е терапевтическое отдѣленіе Клиническаго Военнаго Госпиталя съ диагнозомъ *ileo-typhus*, умеръ

6-го Ноября. Смерть послѣдовала отъ начала заболѣванія чрезъ два мѣсяца и 16 дней.

Въ протоколѣ за № 122 находимъ: іеum на пространствѣ одного фута вверхъ отъ сосисм представляетъ на серозной оболочкѣ ложную соединительно-тканную перепонку, которую сросшена съ Flexura Sigmoidæ. При разрѣзѣ со стороны слизистой оболочки на этомъ мѣстѣ глубокой рубецъ, пигментированный, располагающійся на мѣстѣ Пейеровы бляшки, такъ же пигментированной, но нерипухшей. Слизистая оболочка кишечнаго канала блѣдная безъ другихъ измѣненій. Epicrisis: Abscessus hepatis, pulmonis dextrae et corporis striati dextri.

11. Козьма В—въ, мѣщ. 33 лѣтъ. 1891 года съ 30-го Января по 25 Февраля лежалъ въ Марининской больницѣ съ диагнозомъ febris recurrens¹⁾ что значитъ въ книгѣ алфавита больницы за № 440. Въ Обуховскую больницу поступилъ того же года Марта 15 дня съ диагнозомъ pneumonia crouposa, endocarditis acuta et pericarditis, гдѣ чрезъ 5 дней 20-го Марта умеръ. Смерть послѣдовала послѣ перенесеннаго возвратнаго тифа чрезъ мѣсяць.

Въ протоколѣ за № 183 находимъ: слизистая оболочка желудка мутна, мѣстами инъецирована, слизистая тонкихъ кишекъ въ нижнемъ отдѣлѣ слегка инъецирована съ припухшими железами, Пейеровы бляшки въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ пигментированы безъ припухлости. Epicrisis: Hydropericardium, hypertrophia cordis, hydrothorax duplex, pleuritis acuta fibrinosa duplex, pneumonia crouposa pulmonis sinistri, et lobi inferioris pulmonis dextri, ascites, enteritis acuta follicularis, colitis chronica, nephritis chr. diffusa.

12. Николай С — въ, земледѣльц., 20 лѣтъ. 1891 года Августа 2-го дня поступилъ въ Александровскую барачную больницу съ диагнозомъ іео-typhus, умеръ 19-го Августа.

¹⁾ Судя по измѣненіямъ кишечника микроскопическимъ и микроскопическимъ потомъ, этотъ случай былъ явленъ за брюшной тифа, который могъ одновременно протекать съ возвратнымъ. Ранѣ первой болѣзни больно не чѣмъ не болѣлъ.

Анамнезъ неопредѣленный.

Въ протоколѣ за № 184 находимъ: Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта, солитарныя железки увеличены, плоски, пигментированы, Пейеровы бляшки отъ Баугиніевой заслонки вверхъ пигментированы, рѣшетчатого вида, есть на нихъ рубцы отъ старыхъ язвочекъ. Брыжеечныя железы не много увеличены, блѣдны, ткань ихъ плотна. Epicrisis: Abscessus hepatis, otitis purulenta media duplex, perihepatitis et perisplenitis fibrinosa, peritonitis Seroso-Fibrinosa, cicatrices gland. Peyerii post tumphum apdominalem. pyaemia.

Переходя къ изложенію результатовъ своихъ наблюденій, считаю уместнымъ предварительно описать способы обработки, употребляемые мною при изслѣдованіи.

Изъ тонкой кишки трупа, на другой день послѣ смерти больного, вырѣзывалась часть, на которой были замѣнены соотвѣтствующія моему дѣлу измѣненія, и тотъ часъ же вырѣзанные кусочки погружались въ большое количество Мюллеровской жидкости. Величина кусочковъ обуславливалась въ большей части случаевъ величиною рубцеваго измѣненія, опредѣлимаго глазомъ; при этомъ обращалось вниманіе, что бы рубцевая ткань по возможности менѣе повреждалась манипуляціями при вырѣзываніи во избѣжаніе поврежденія эпителиальнаго покрова. Для этого кусочекъ вырѣзывался нѣсколько болѣе, чѣмъ занимаетъ самый рубецъ т. е. захватывалась неизмѣненная часть ткани въ окружности рубца приблизительно около сантиметра, такъ что величина кусочковъ получалась отъ 3-хъ до 6-ти сантиметровъ длины и до 2-хъ ширины. Мюллеровская жидкость въ первую недѣлю перемѣнялась каждый день, во вторую—чрезъ день и съ третьей недѣли, смотря по измѣненію прозрачности жидкости, какъ жидкость становилась мутною, немедленно замѣнялась новою.

Продолжительность такого уплотненія равнялась minimum

тремя неделям и максимум 2-м месяцам¹⁾. Из Мюллеровской жидкости кусочки уже значительно уплотненные, вынимались и промывались в текучей водѣ, маленькіе кусочки— 8 часовъ, большіе (6 сент.)—20 часовъ. Такимъ образомъ промытые в водѣ, кусочки рассматривались къ свѣту для точнаго опредѣленія границъ рубца в бляшкѣ, который затѣмъ и вырѣзывался съ незначительнымъ количествомъ окололежащей ткани и, смотря по величинѣ его, разрѣзался на нѣсколько кусочковъ. Эти кусочки погружались в 80% спиртъ, гдѣ в теченіи сутокъ хранились в темномъ мѣстѣ; изъ спирта переносились в абсолютный алкоголь на трое сутокъ, при ежедневной перемѣнѣ алкоголя²⁾. Изъ алкоголя кусочки, уже обезвоженные, немедленно переносились в жидкій целлоидинъ, консистенціи чистаго глицерина, гдѣ держались в теченіи пяти сутокъ, откуда вполне пропитанные целлоидиномъ, переносились на часовое стеклышко, наполненное густымъ целлоидиномъ, консистенціи густаго сиропа. Стеклышко, не плотно прикрытое другимъ, оставлялось стоять на сутки; за это время целлоидинъ засыхалъ на столько, что позволялъ удобно рѣзать квадратички съ заключенными в немъ препаратами. Эти квадратички уже прилеивались на пробку при посредствѣ густаго же целлоидина и немного просушенные опускались в 70% спиртъ на пробкахъ.

Для срѣзовъ пользовался микротомомъ Юнга и Шанпе.

Окрашивание срѣзовъ производилъ гематоксилиномъ и карцовымъ карминомъ: первый приготавливался по Бёмеру (Böhmer), второй—по Гренахеру (Grenacher). В гематоксилинѣ препараты держались 1 минуту, в карминѣ—отъ 30 мин. до 5 часовъ. Вынутые изъ краски, промывались в дистиллированной водѣ не менѣе 1/2 часа, затѣмъ в абсолютномъ спиртѣ держались такое же время; изъ алкоголя переносились в берга-

¹⁾ Диксфордъ. Краткій учебникъ микроскопической техники. Москва 1888 г. стр. 24.

²⁾ Штеръ. Учебникъ Гистологии и микроск. анатоміи чедовѣка подъ ред. Отнева. Москва 1891 г., стр. 16.

мное масло, в которомъ оставлялись отъ часу до 5 часовъ. Изъ масла препараты переносились уже на предметное стекло: избытокъ масла удалялся пропускною бумагою и тогда наносилась капля канадскаго бальзама. В такомъ видѣ препараты, заключенные в бальзамъ, подвергались микроскопическому изслѣдованію.

Препараты рассматривались в микроскопъ Гартнака, для общаго обзорѣнія при увеличеніи въ 90 и для подробнаго изслѣдованія при увеличеніи въ 330.

Главная задача моихъ изслѣдованій, какъ сказано выше, заключалась в томъ, чтобы по имѣющемуся материалу прослѣдить регенеративную способность тонкихъ кишекъ послѣ язвъ брюшнаго тифа. А потому все мое вниманіе было обращено на состояніе придатковъ слизистой оболочки тонкой кишки т. е. ворсинокъ, Либеркуловыхъ железъ и фолликуловъ бляшки, составляющихъ собою неотъемлемую часть слизистой оболочки кишки. Допуская существованіе язвъ слизистой оболочки на мѣстѣ Пейеровой бляшки, слѣдуетъ предположить, что при омертвѣніи и отпаденіи бляшки вмѣстѣ отпадаютъ и придатки оболочки. Потому присутствіе послѣднихъ или полное отсутствіе ихъ на мѣстѣ бывшей язвы и должно было служить руководящею нитью в моихъ изслѣдованіяхъ.

Работая в этомъ исключительно направленіи, весь матеріалъ свой по полученнымъ результатамъ считаю возможнымъ раздѣлить на двѣ группы. Къ первой отнесены случаи, в которыхъ наблюдалось возстановленіе ворсинокъ, именно №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; вторую группу составляютъ случаи, в которыхъ возстановленіе ворсинокъ не наблюдалось, именно случаи подъ №№ 9, 10, 11, 12.

Микроскопическая картина наблюдаемыхъ мною измѣненій в отдѣльныхъ случаяхъ представляла такъ много сходнаго между собою, что я не считаю удобнымъ описывать каждый случай отдѣльно во избѣжаніе повтореній, но привожу описаніе того, что наблюдалось особенного по отношенію къ упомянутымъ двумъ группамъ. При этомъ описаніи особенности,

наблюдаемая в томъ или другомъ случаѣ мною обозначены №, подъ которымъ помѣщенъ данный случай въ вышеприведенныхъ выдержкахъ изъ протоколовъ вскрытій.

Первая группа.

При общемъ обзорѣ препаратовъ прежде всего бросается въ глаза меньшая толщина кишечной стѣнки, что должно быть отнесено на уточнение собственно слизистой оболочки, которая представляется болѣе тонкою на мѣстѣ рубцового измѣненія.

Серозный слой во всѣхъ случаяхъ оказывался неизмѣненнымъ, равно какъ и наружный мышечный слой кишки (*muscularis externa*) почти всегда безъ измѣненія за исключеніемъ одного случая (№ 3), въ которомъ на круговомъ слое мышцъ, въ содѣйствиѣ съ подслизистымъ слоемъ, замѣчались мѣстами потери мышечной ткани въ незначительномъ количествѣ въ формѣ выемокъ по поверхности, выполненныхъ соединительно-тканными волокнами съ лейкоцитами среди ихъ.

Подслизистый слой (*submucosa*), представлялся въ большей или меньшей степени фибрознымъ, уклоняясь отъ типа рыхлой соединительной ткани, при чемъ и толщина его не всегда одинакова, такъ въ некоторыхъ случаяхъ (№ 4, 5, 8) она представляется очень тонкой, неокрашивающейся полоски. Большая компактность подслизистаго слоя получается на счетъ ненормально обильнаго развитія соединительно-тканннхъ волоконъ. Начинаясь отъ мышечнаго слоя кишки, волокна эти довольно толстыя идутъ въ разнообразныхъ направленіяхъ, чаще волнообразными пучками въ направленіи параллельномъ слизистой оболочкѣ. Среди нихъ изрѣдка разбросанными встрѣчаются лейкоциты и замѣчаются просвѣты поперечно иногда косвенно перерѣзанныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Слизистая оболочка при обзорѣнн ея отъ подслизистаго слоя представляется не во всѣхъ случаяхъ одинаковою. Соединительно-тканнныя волокна выходя изъ подслизистаго слоя переходятъ въ слизистую оболочку, въ которой представляются въ видѣ рѣзкихъ линий, волнообразно идущихъ, чаще въ на-

правленіи параллельномъ другъ другу и поверхности слизистой оболочки. Такимъ образомъ волокна эти на пути своемъ пронизываютъ Пейерову бляшку, вслѣдствіе чего послѣдняя имѣетъ видъ какъ бы разрѣженной. Иногда бляшка представляется разрѣженной частично, такъ соединительно-тканнныя волокна, волнообразно поднимаясь въ видѣ пучковъ изъ подслизистаго слоя къ поверхности слизистой оболочки, бляшку какъ бы обходятъ кругомъ (№ 4, 5, 6), оставляя среднюю часть ея какъ бы не тронутою, мало измѣненною.

Что же касается расположенія волоконъ въ бляшкѣ, ихъ количественнаго отношенія къ разнымъ слоямъ бляшки, то здѣсь замѣчались слѣдующія особенности. Въ большей части случаевъ нижняя часть бляшки, прилежащая къ *submucosa*, густо пронизана соединительно-тканнными волокнами, чѣмъ ближе къ ворсинкамъ, тѣмъ волоконъ меньше, такъ что подъ самими ворсинками волокна встрѣчаются въ незначительномъ количествѣ и бляшка представляется въ верхней своей части какъ бы нормальной (см. рис. № 2). Иногда бляшка въ нижней части незначительно разрѣжена, средняя густо пронизана соединительно-тканнными волокнами, верхняя опять незначительно (№ 1).

Въ расположеніи лимфоидныхъ элементовъ одно явленіе замѣчается во всѣхъ случаяхъ, именно: элементы эти всегда расположены рядами въ направленіи волоконъ соединительной ткани, пронизывающихъ бляшку. Гдѣ волоконъ этихъ больше, тамъ лимфоидныхъ элементовъ меньше; такъ что количество послѣднихъ идетъ обратно развитію соединительной ткани. Въ мѣстахъ съ наименьшимъ количествомъ волоконъ, обыкновенно лимфоидныхъ элементовъ много и подобное мѣсто разнится отъ нормальнаго участка бляшки тѣмъ, что среди лимфоидныхъ элементовъ замѣчаются клѣтки соединительно-тканнаго типа и незначительное количество волоконъ (№ 1).

Либержонови железы, наблюдаемая въ этой группѣ случаевъ, встрѣчаются крайне рѣдко, кромѣ того съ большими уклоненіями отъ железъ нормальной слизистой оболочки. Прежде

всею онѣ расположены на неодинаковомъ разстояніи другъ отъ друга, затѣмъ какъ форма (видъ) ихъ, такъ и положеніе относительно поверхности слизистой оболочки со всѣхъ инья, чѣмъ въ нормальныхъ железахъ. По формѣ своей представляютъ крайне разнообразныя фигуры, то онѣ овальны, то неправильно округлы, то квадратны, то форма овала какъ бы сдвлена и потому онѣ длинны. Въ отношеніи слизистой оболочки овалъ ихъ идетъ или параллельно или косвенно, въ наклонномъ положеніи подъ различнымъ угломъ и въ разныя стороны другъ отъ друга, а не перпендикулярно, что видимъ въ нормальной кишкѣ. Выводныхъ протоковъ замѣчается. (См. рисунки).

Цилиндрическій эпителий, выстилающій железы и ихъ протоки, представляетъ меньшее уклоненій какъ по формѣ, такъ и расположенію кѣтокъ относительно другъ друга. Кѣтки эпителия какъ бы измѣнены или извѣдены, съ неправильными контурами, ядра ихъ плохо воспринимаютъ ядро красящаго краски. Въ расположеніи своемъ то онѣ тѣсно прилежатъ другъ къ другу, какъ бы сдвлены, то разединены, какъ бы насильственно, образуя между собою промежутки неправильной формы.

Описанное состояніе железъ, лежащихъ подъ ворсинками, наблюдалось въ мѣстахъ наиболѣе выраженнаго рубцеваго измѣненія. Чѣмъ далѣе отъ послѣдняго, тѣмъ элементы эти болѣе приближаются къ нормѣ (№ 5, 6).

Ворсинки наблюдались во всѣхъ случаяхъ этой группы и по строенію своему ничего ненормальнаго не представляли. Эпителий, покрывающій ворсинки, сохранился мало, прямо вслѣдствіе механическихъ причинъ — объ этомъ ниже. Но по остаткамъ имѣющагося эпителия все таки можно было судить о его присутствіи на ворсинкахъ. Въ строѣ ворсинокъ замѣчалось присутствіе лейкоцитовъ и капиллярныхъ сосудовъ, о послѣднихъ можно было судить по присутствію среди лейкоцитовъ ядеръ эндотелия, то овальной, то веретенообразной формы, слабѣ окрашивающихся, чѣмъ ядра лейкоцитовъ.

Что касается формы ворсинокъ и ихъ положенія относительно слизистой оболочки, то и здѣсь уклоненій не меньше наблюдалось. Такъ въ большинствѣ случаевъ онѣ короче и толще, рѣже сидятъ и не съ такою правильностью въ отношеніи другъ друга. Во всѣхъ почти случаяхъ съ периферіи рубца онѣ представляются длинными и чѣмъ ближе къ центру, тѣмъ онѣ короче. Въ отношеніи величины ихъ можно сказать, что она представляетъ значительныя колебанія. Такъ встрѣчались случаи (№ 1, 2), гдѣ они почти нормальной длины; были такъ же и такіе (№ 6, 7, 8), гдѣ они съ периферіи уже начиналась короткими конусообразными возвышеніями, въ центрѣ переходятъ въ небольшія зубикообразныя возвышенія, съ различнымъ все-таки строеніемъ ворсинокъ.

Въ отношеніи положенія своего онѣ обыкновенно наклонны къ слизистой оболочкѣ, иногда какъ бы лежатъ на ней (№ 5, 6); при чемъ въ направленіи ворсинокъ ничего опредѣленнаго не замѣчается, то онѣ верхушками своими какъ бы сходятся, то расходятся.

Вторая группа.

Серозный и мышечный слой безъ перемѣн. Слизистая оболочка рѣзко утончена. Подслизистый слой представляется также уплотненнымъ и неодинаковой толщины; такъ въ случаяхъ (№ 9, 10) онъ какъ бы отсутствуетъ. Здѣсь отъ мышечнаго слоя кишки начинается рядъ параллельно идущихъ волоконъ соединительной ткани, представляющихъ собою почти сплошную рубцовую ткань вплоть до эпителиальнаго покрова слизистой оболочки. Эта волокнистая соединительно-тканная масса незначительно только разрѣжена просвѣтами кровеносныхъ сосудовъ и лейкоцитами, разбросанными среди волоконъ въ очень незначительномъ количествѣ. Случаи же (№ 11 и 12) представляются сходными въ строеніи подслизистаго слоя со случаями первой группы, фиброзность его выражена довольно рѣзко, по характеру этого слоя неунитожненъ. Такое же сходство здѣсь наблюдается и въ измѣненіи собственно слизистой оболочки.

Бляшка въ нижней, прилежащей къ подслизистому слою, части обильно пронизана соединительными тканными волокнами съ незначительнымъ количествомъ лимфодныхъ элементовъ, и чѣмъ ближе подвигается къ эпителиальному покрову, тѣмъ послѣднихъ замѣчается больше, а соединительныя тканныя волокна меньше.

Присутствие Люберкуновыхъ железъ наблюдалось и здѣсь, но не во всѣхъ случаяхъ. Такъ въ случаѣ (№ 9) можно только догадываться о ихъ существованіи, ибо здѣсь какъ форма ихъ, такъ и самыя клетки представляются еще болѣе измѣненными, только положеніе ихъ подъ эпителиальнымъ покровомъ и расположеніе клеточныхъ элементовъ въ отношеніи другъ друга указываетъ на железу въ разрьѣ (рис. № 9). Въ случаѣ (№ 12) наблюдаются железы болѣе близкія къ нормѣ, но только въ периферіи рубцового измѣненія, въ центрѣ же и слѣдовъ незамѣчается.

Ворсинокъ въ этой группѣ случаевъ вовсе не наблюдалось. Вся рубцовая поверхность представляется покрытою тонкимъ слоемъ соединительной ткани, или въ видѣ прямой линіи, или въ видѣ волнообразно идущей съ незначительными зубчиками, очень рѣдко другъ отъ друга сидящими, о которыхъ въ пользу ворсинокъ сказать что либо невозможно. Поверхъ этой линіи были наблюдаемы сидяще на ней группы эпителиальныхъ клетокъ въ видѣ остатковъ ихъ.

Эпителиальный покровъ слизистой оболочки кишки, состоящій обыкновенно изъ однослойнаго цилиндрическаго эпителия, въ моихъ наблюденіяхъ вообще представлялся вездѣ поврежденнымъ въ своей цѣлостности, мѣстами совсѣмъ былъ уничтоженъ, какъ объ этомъ и упоминалось ранѣе. Но это явленіе должно быть рассматриваемо какъ случайное, а независящее отъ какихъ либо патологическихъ измѣненій слизистой оболочки кишки. Такъ какъ мною преслѣдовалась другая цѣль при своихъ изслѣдованіяхъ, то и не было принимаемо въ точности мѣръ предосторожности, рекомендуемыхъ обыкновенно для сохраненія эпителия; и потому вслѣдствіе манипуляцій, не

отвѣчающихъ цѣли сохраненія эпителия, при вырѣзываніи кусочковъ кишки, эпителий обыкновенно въ большей или меньшей степени разрушался. Кромѣ того вскрытіе труповъ производится обыкновенно чрезъ сутки, а въ теченіи сутокъ эпителий дѣлается болѣе или менѣе мацерированнымъ, потому менѣе устойчивымъ и стало быть способнымъ къ болѣе легкому отхожденію при несоотвѣствующихъ приемахъ заготовки препаратовъ. Измѣнить же условия, вызывающія мацерацию эпителия, я при добываніи матеріала не могъ, вслѣдствіе независящихъ отъ меня обстоятельствъ.

Перехода къ выводамъ изъ своихъ изслѣдованій, прежде всего долженъ остановиться на Люберкуновыхъ железахъ. Всѣ железы представляютъ собою рядъ уклоненій по сравнению съ нормальными железами. Принимая во вниманіе расположеніе клетокъ железъ, ихъ неправильную форму, почти indifferentное отношеніе къ ядернымъ краскамъ, положеніе самыхъ железъ относительно слизистой оболочки, неравномѣрность ихъ расположенія въ отношеніи другъ друга, все это должно вести къ предположенію, что это или остатки запустѣвшихъ железъ или новообразованныя железы, но не успѣвшія достигнуть полной зрѣлости. Последнее предположеніе не можетъ быть признано, во первыхъ, потому, что одинаковое почти состояніе железъ наблюдалось какъ въ случаяхъ съ давностію болѣе года, такъ — и менѣе полугода, между тѣмъ какъ новообразующіяся железы вѣроятно представляли бы разницу соотвѣтственно своему возрасту. Во вторыхъ, форма железистаго эпителия, при новообразованіи его, представляла бы болѣе правильности какъ въ своемъ строеніи, такъ и въ расположеніи клетокъ между собою, чего въ нашихъ случаяхъ не наблюдалось. Въ третьихъ, возстаповляющіяся железы должны имѣть выводные протоки, между тѣмъ здѣсь таковые наблюдались лишь изрѣдка и то въ периферіи рубцового измѣненія, а въ центрѣ ихъ совсѣмъ не замѣчалось. Въ четвертыхъ, расположеніе самихъ железъ какъ между

собой, так и в отношении собственно слизистой оболочки, впрочем, представляло бы больше сходства с нормальными железами, чего в наших случаях не было.

Всё эти данные приводят к предположению болѣе дѣйствительному, что видимая мною железа представляють скорѣе остатки прежнихъ железъ. Изъ этого вытекаетъ другое предположение, что Люберкуновы железы при тифозныхъ измѣненіяхъ кишекъ являются какъ бы болѣе устойчивыми.

Изучение патологіи брышного тела въ разныхъ періодахъ его развитія намъ показываетъ, что тифозный процессъ прежде всего поражаетъ лимфатическіе органы, а затѣмъ уже другіе сосѣдніе органы, каковыми въ данномъ случаѣ и можно считать железы. Выходя изъ этого положенія, присутствіе запустѣвшихъ железъ на мѣстѣ бывшей язвы можно объяснить двоякимъ путемъ. Именно въ то время, когда лимфодный аппаратъ, вслѣдствіе тифознаго процесса подвергся уже смертвѣнью, какъ ранѣе поражаемый, железистый, такъ позднѣе поражаемый не успѣлъ еще омертвѣть, хотя и былъ въ это время въ томъ или другомъ періодѣ воспаленія; поэтому первый, некротизированный, выпалъ и получился на мѣстѣ его дефектъ, а второй, железистый аппаратъ, остался на своемъ мѣстѣ, но уже сильно измѣненъ воспалительнымъ процессомъ. Этими воспалительнымъ состояніемъ железистой ткани, впрочемъ, могутъ быть объяснены и тѣ измѣненія, которыя наблюдались при изслѣдованіи во всѣхъ клѣткахъ Люберкуновихъ железъ.

Или же Пейерова бляшка при своемъ изъязвленіи во время тифа поражается не цѣлкомъ, а фокусами: появляются сначала маленькія язвочки, которая съ теченіемъ времени и при усиливающемся теченіи процесса, быть можетъ, сливаются въ одну язву, занимая большую или меньшую часть бляшки, которая потомъ и выпадаетъ въ видѣ струпа. О такомъ пораженіи бляшки находимъ указанія изъ вышеприведенныхъ авторовъ, у Орта, Клебса, Cornil и Ranvier. Допустивъ такой путь изъязвленія, возможно предположить, что фолликулы могли выпасть, а железы остаться цѣлыми или частью (Sideray) и нѣкоторыя изъ

нихъ тоже могли выпасть. Этимъ быть можетъ и объясняется то, что железы во всѣхъ случаяхъ наблюдались расположенными на неодинаковыхъ разстояніяхъ другъ отъ друга, иногда близко, иногда же между ними какъ бы двухъ или трехъ железъ не достовало.

Допустивъ то или другое объясненіе наблюдаемыхъ мною остатковъ железъ, неправильное положеніе ихъ, какъ по своей формѣ, такъ и въ отношеніи собственно слизистой оболочки, можетъ быть объяснено слѣдующими причинами. Развитие соединительной ткани, вообще быстрѣе совершающееся и организующееся, пополняя собою дефектъ, сдавливаетъ своимъ развитіемъ железу (Подвысоцкій¹⁾), и можетъ наклонять ихъ въ ту или другую сторону. Такъ какъ железы послѣ выпаденія окружающей ихъ аденоидной ткани, остаются какъ бы безъ поддержки, то легко и могутъ быть измѣнены, какъ въ своей формѣ, такъ и въ отношеніи эпителиальной поверхности слизистой оболочки.

Лимфодный аппаратъ во всѣхъ почти наблюдаемыхъ случаяхъ, кромѣ № 9 и 10, представляется разрѣженнымъ простающею соединительной тканью. Такое состояніе лимфодной ткани должно быть объяснено скорѣе процессомъ возстановленія и потому отнесено къ тканямъ возрождающимся. Въ пользу послѣдняго, мнѣ кажется, служить то, что если бы эта ткань представляла собою остатокъ бывшей ткани, не вполнѣ уничтоженной язвеннымъ процессомъ, то поверхность лимфатической железы имѣла бы видимые дефекты, выполенные рубцевою тканью, съ неправильно углубленною поверхностью, какъ то наблюдается при всякомъ рубцеваніи изъязвленной ткани. Здѣсь же наоборотъ, во всѣхъ случаяхъ замѣчается крайне правильное расположеніе лимфодныхъ элементовъ между волокнами соединительной ткани, увеличиваясь количественно въ томъ или другомъ направленіи. Порядокъ расположенія лимфодныхъ элементовъ нарушался иногда только въ поверхностныхъ частяхъ бляшки, гдѣ клѣтки соединительно-

¹⁾ Основы Общей Патологіи. Томъ I. 1891 г., стр. 337.

тканного типа перемѣны были съ лимфодными при незначительномъ количествѣ соединительно-тканныхъ волоконъ.

Подобная правильность, мнѣ кажется, тоже не безъ значенія въ доказательствахъ восстановления лимфодной ткани; ибо трудно допустить, что бы въ остаткахъ разрушенной ткани могло сохраниться столь правильное расположение элементовъ. Кромѣ этого не менѣе важнымъ обстоятельствомъ можно считать и то, что случаи съ большею давностью прежде бывшаго язвеннаго процесса представляютъ лимфодный аппаратъ менѣе разрываемымъ (№ 1, 2, 3 и 4, см. рисунокъ № 2), мѣстами въ нихъ наблюдается даже какъ бы нормальное строеніе лимфодной ткани. Случаи съ меньшею давностью — лимфодный аппаратъ имѣютъ сильнѣе разрываемымъ; тѣ же, давность которыхъ равняется 2—3 мѣсяцамъ, лимфоднаго аппарата вовсе не имѣютъ (№ 9, 10); наблюдаются только разбросанными лимфодные элементы среди волоконъ соединительной ткани и то очень рѣдко (рис. № 9).

Новообразование лимфодныхъ элементовъ въ лимфатическихъ железахъ вообще, Ribbert считаетъ фактомъ гистологически доказаннымъ, на основаніи наблюдаемыхъ каріокинетическихъ фигуръ дѣленія кѣтокъ. Въ работѣ своей ¹⁾ онъ приводитъ мнѣнія Flemming'a, Arnold'a и Baumgarten'a, согласныя съ его наблюденіями. Разногласіе между ними существуетъ только по поводу источника образованія лимфодныхъ элементовъ. Ribbert и Baumgarten за источникъ образованія считаютъ кѣтки эндотелия, тѣсно прилегающія къ перекладинамъ reticulum; Flemming и Arnold—центральныя части самихъ фолликуловъ или вторичныя узлы, какъ предлагаетъ ихъ называть Flemming. Мною дѣленія кѣтокъ не наблюдалось, тѣмъ не менѣе, мнѣ думается, на основаніи вышесказаннаго, что и въ наблюдаемыхъ мною случаяхъ лимфодный аппаратъ можно считать вновь образующимся.

¹⁾ Ueber Regeneration und Entzündung der Lymphdrüsen. Ziegler's Beiträge f. pathol. Anatomie Bd. VI 1889. S. 188—200.

Ворсинки въ случаяхъ первой группы наблюдались вездѣ, только величина ихъ представлялась неодинаковою. И здѣсь зависимость величины ихъ отъ давности прежде бывшаго процесса опредѣляется яснѣе, чѣмъ въ развитіи лимфоднаго аппарата. Начиная отъ случая № 1 и кончая № 8, величина ворсинокъ идетъ какъ бы постепенно уменьшаясь, и въ послѣднемъ № 8-мъ представляется крайне малою, въ видѣ короткихъ и толстыхъ возвышеній.

Случаи второй группы представляются совершенно безъ ворсинокъ. Но отсутствіе ихъ можетъ быть объяснено тѣмъ, что случаи, эти принадлежатъ къ числу тѣхъ, которые послѣ перенесеннаго тифа жили очень недолго и потому ворсинки не успѣли еще восстановиться. Изъ наблюденій же моихъ можно предположить, что восстановление ворсинокъ идетъ крайне медленно, о чемъ 'и Klebs ¹⁾ упоминаетъ, выражаясь такъ: «ворсинки часто въ теченіи долгаго времени остаются слабо развитыми».

На счетъ Либеркюновыхъ железъ сказать тогоже нельзя; въ виду вышеназложеннаго скорѣе можно допустить, что они не восстанавливаются.

Въ заключеніе своихъ наблюденій считаю возможнымъ сказать, что послѣ язвъ брюшнаго тифа замѣчается восстановленіе ворсинокъ и лимфоднаго аппарата. Но восстановленіе это идетъ вѣроятно очень медленно, такъ какъ по прошествіи полуторыхъ лѣтъ послѣ тифа еще наблюдаются измѣненія въ блестящъ, свидѣтельствующія о прежде бывшемъ разрушеніи ея.

Съ точностью о времени восстановленія судить въ данномъ случаѣ крайне трудно, такъ какъ новообразование ткани совершается здѣсь на почвѣ истощенной обшчимъ болѣзненнымъ процессомъ. Кромѣ того неодинаковый возрастъ больныхъ и ихъ индивидуальность тоже должны вліять, какъ на процессы заживленія такъ и на ростъ тканей.

Допустивъ восстановленіе лимфоднаго аппарата, мнѣ ка-

¹⁾ Handbuch der Pathologischen Anatomie. I Bd. abt. I 1869. S. 225.

жется возможным объяснить и то свойство рубца, которое считается характерным для брюшного тифа,—это отсутствие структуры в кишках. Волокнистая соединительная ткань, выполняя собою дефект в период заживления язв, представляет собою здесь ткань непостоянную, существующую только временно, которая потом должна заместиться новою, тождественною съ прежде бывшей, поэтому вѣроятно и свойства этой ткани, одинаковой по виду, не тождественны съ тою, гдѣ она имѣет характер постоянный, напримѣръ въ кожном рубцѣ послѣ ожоговъ.

Небудь восстановления на мѣстѣ рубца, небудь разницы въ свойствах рубцовой ткани, трудно было бы объяснить, почему брюшно-тифозные рубцы структуру производить, между тѣмъ какъ рубцы вообще всё производить нѣрѣдко обезображиванія своимъ стягиваніемъ.

Все вышесказанное приводит насъ къ предположенію, что кишечный каналъ можно считать мало уступающимъ кожнымъ покровамъ человеческого тѣла въ своей регенеративной способности. Способность эта вѣроятно и предотвращаетъ тѣ послѣдствія, которыя, повидимому, должны бы наблюдаться часто вслѣдствіе несоответствующей пищи. Всѣмъ извѣстно, какъ часто въ плѣцѣ нашей встрѣчаются частицы положительно несоответствующія условіямъ пищеваренія, и потому скорѣе можно было бы думать о пораненіи кишечника съ послѣдовательнымъ изъязвленіемъ и прободеніемъ его, между тѣмъ послѣдствій подобной пищи въ жизни человѣка наблюдается очень мало.

Закончивъ работу, считаю приятнымъ долгомъ выразить свою глубокую благодарность Проф. Николаю Петровичу Ивановскому, какъ за предложеніе темы, такъ и за указанія при исполненіи моей работы и привать-доценту Николаю Васильевичу Петрову, за постоянную готовность оказывать свою помощь словомъ и дѣломъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Брюшной тифъ, протекая совмѣстно съ другими заболеваниями, нѣрѣдко просматривается.
2. Воспаленіе легкихъ, осложняющее influenz'y, должно быть признаваемо за специальное заболевание, зависящее отъ общаго зараженія организма.
3. Появленіе какихъ либо нервныхъ явленій въ теченіи крупозной пневмоніи заставляетъ опасаться за неблагоприятный исходъ болѣзни.
4. Соляные компрессы въ примѣненіи ихъ при хроническихъ ревматизмахъ суставовъ, безъ рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій послѣднихъ, можно считать очень полезнымъ средствомъ.
5. При порокахъ сердца кривая пульса должны быть снимаема на артеріи не одной стороны, но на соименныхъ артеріяхъ обѣихъ сторонъ.
6. Лѣтніе поносы дѣтей, причиняющіе большую смертность на югѣ Россіи, должны быть признаны специфическими и производящею причиною ихъ нужно считать измѣненіе химическаго состава коровьяго молока.

N 125741

Curriculum vitae

Николай Андреевич Талызинъ, сынъ диакона, родился 1856 года Ноября 13 дня въ Тверской губернии, Весьегонскаго уѣзда. По окончаніи общеобразовательнаго курса въ Тверской духовной семинаріи, поступилъ въ Императорскую Военно-медицинскую академию 1878 года, гдѣ окончилъ курсъ съ званіемъ лѣкаря 1884 года и опредѣленъ на службу младшимъ врачомъ въ 58-й пѣхотный резервный кадровый баталіонъ. Того же 1884 года переведенъ въ Ростовскій на Дону мѣстный военный лазаретъ. 1887 года переведенъ въ 59-й пѣхотный Люблинскій полкъ, гдѣ и состоитъ по настоящее время младшимъ врачомъ. Въ 1890 году прикомандированъ къ Императорской Военно-медицинской академіи для усовершенствованія въ наукахъ, и въ теченіи 1890—1891 академическаго года сдалъ экзамены на степень доктора медицины.

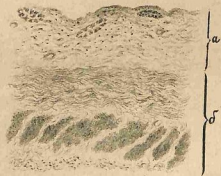
Настоящая работа «Процессъ восстановления въ тонкихъ кишкахъ послѣ язвъ брюшнаго тифа» произведена въ лабораторіи Профессора Н. П. Ивановскаго и представляется въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

Кромѣ представляемой работы имъ напечатаны были: «Къ вопросу о сифилисѣ и пингѣ» (Русская Медицина, 1889 года, № 1) и «Къ леченію Хроническаго ревматизма» (Русская Медицина, 1889 г., № 29).

И. № 19534
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института



Случай № 2. Рубцовое изменение кишки через год и три
 мѣсяца послѣ бр. тифа. *a.*—слиз. обол., *b.*—подслизистый слой.



Случай № 9. Рубцовое изменение кишки через три мѣсяца
 послѣ бр. тифа. *a.*—слиз. оболочка. *b.*—мышечный слой.