

№ 76.

116
6

КЪ ВОПРОСУ

0

ХОЛЕЦИСТИТЪ ПРИ БРЮШНОМЪ ТИФЪ.

(Бантеріологическое и патолого-гистологическое исследование).

Диссертация

на степень доктора медицины

лекаря **Ивана Жеброва.**

изъ Александровской больницы въ память 19 февраля 1861 г.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были проф.
К. Н. Виноградовъ, проф. Н. Я. Чистовичъ, прив.-доп.
В. П. Доброклонскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Я. Трей, Разъѣзжая, 43.
1899.

Докторскую диссертацию лекаря Ивана Петровича Жеброва под заглавием «Къ вопросу о холеристигъ при брюшномъ тифѣ» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ)—въ Конференцію и 375 экземпляровъ—въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, апрѣля 3 дня 1899 года.

Ученый Секретарь, Ординарный профессоръ В. Діаминъ.

Брюшной тифъ, какъ извѣстно, часто нарушается въ своемъ теченіи разнообразными осложненіями со стороны различныхъ органовъ. Смертельные исходы при брюшномъ тифѣ лишь въ меньшинствѣ случаевъ зависятъ отъ силы самой инфекціи, въ большинствѣ же [въ 76% по статистикѣ *Hölscher'a* ¹⁾] обусловливаются сопровождающими его осложненіями. Брюшнотифозная палочка, проникая въ кровь, можетъ локализоваться въ томъ или другомъ органѣ и служить причиной ихъ измѣненій, давая такимъ образомъ одну часть этихъ осложненій. Такъ описаны въ теченіи или послѣ брюшнаго тифа случаи періоститовъ, гнойныхъ менингитовъ, плевритовъ и др., гдѣ была доказана брюшнотифозная палочка. Къ числу подобныхъ осложненій, происходящихъ въ теченіи брюшнаго тифа, принадлежатъ и пораженія желчнаго пузыря, заслуживающія нашего вниманія, если не въ силу своей частоты, то по тѣмъ роковымъ исходамъ, ближайшею причиною которыхъ они могутъ служить, благодаря положенію желчнаго пузыря въ брюшной полости. Между тѣмъ, замѣчаетъ *Mason* ²⁾, почти ни въ одномъ изъ новыхъ медицинскихъ сочиненій не упоминается объ этомъ осложненіи; имѣются указанія только въ немногихъ изъ болѣе старыхъ и то мимоходомъ.

Пораженія желчнаго пузыря въ теченіи брюшнаго тифа, по крайней мѣрѣ выраженныя въ сильной степени, обращали на себя вниманіе давно, — они извѣстны уже съ 1-ой четверти этого столѣтія, если не считать случая *Hunter'a*, о которомъ упоминаетъ *Hagenmüller* ³⁾.

Въ этихъ наблюденіяхъ не описываются начальные стадіи пораженія желчнаго пузыря при брюшномъ тифѣ, пѣтъ и описанія микроскопической картины. Только *Louis* ⁴⁾, по мнѣнію

Hagenmuller'а, даетъ болѣе обстоятельное описаніе легкихъ поражений желчнаго пузыря въ своихъ 3-хъ случаяхъ, ограничиваясь опять-таки лишь макроскопической картиной. Въ первомъ случаѣ *Louis* у большого 19 лѣтъ смерть наступаетъ на 2-ой недѣлѣ въ періодѣ набухания и размягченія мезентеріальныхъ железъ и Пейеровыхъ бляшекъ. Желчный пузырь на вскрытіи былъ малъ, содержалъ немного желчи и гноя. Слизистая оболочка желчнаго пузыря представлялась покраснѣвшей. Слизистая оболочка желчнаго пузыря во второмъ случаѣ *Louis* (мужчина 25 лѣтъ, смерть на 25 день болѣзни) не имѣла своего нормального сѣтчатого вида вслѣдствіе уплощенія складокъ; краснота ея была выражена рѣзче; стѣнки пузыря были утолщены и содержимое его состояло изъ небольшого количества жидкой, желтой, мутной жидкости. Третій случай *Louis* относится къ мужчине 23 л., умершему отъ брюшнаго тифа на 20 день болѣзни (въ періодѣ изъясвленія Пейеровыхъ бляшекъ). При вскрытіи найденъ увеличенный до гусиного яйца желчный пузырь, наполненный буроватою, не вязкою, на днѣ гноевидною жидкостью; слизистая оболочка желчнаго пузыря мѣстами красновата, мѣстами бѣловата, но нормальной толщины и консистенціи. Далѣе, такія же краткія свѣденія находимъ и у *Griesinger*'а ²⁾.

Въ своемъ сочиненіи «Горячечныя болѣзни» онъ указываетъ, что образованія струпеивъ на слизистой оболочкѣ желчнаго пузыря, окончившіяся прободеніемъ его стѣнки, составляютъ очень рѣдкія явленія. Свѣжее крупозное воспаление желчнаго пузыря *Griesinger* нашелъ однажды у дѣвочки, умершей на 3-ей недѣлѣ тифа (сильное набуханіе всей толщи стѣнокъ пузыря; слизистая оболочка его покрыта плотно приставшимъ къ ней фибриновымъ экссудатомъ, который распадается съ поверхности и покрытъ небольшимъ количествомъ гноевидной жидкости). У другаго больного, умершаго въ первомъ періодѣ тифа и страдавшаго сахарнымъ мочеизнуреніемъ, онъ нашелъ скоротечное катарральное воспаление слизистой оболочкы желчнаго пузыря; пузырь спался и содержалъ немного густой, окрашенной кровью слизи. Такія измѣненія, прибавляетъ *Griesinger*, ускользають до сихъ поръ отъ практической оцѣнки.

Rokitanski ⁶⁾ указываетъ на то, что при брюшномъ тифѣ иногда наблюдаются дифтеритическія пленки на слизистой оболочкѣ желчнаго пузыря. Такія-же общія указанія даютъ *Frederichs* ⁷⁾, *Foerster* ⁸⁾ и др. *Hoffmann* ⁹⁾ говоритъ, что измѣненія большихъ желчныхъ путей при тифѣ, именно слизистой оболочки, не имѣють большого значенія и ограничиваются болѣе частью катарральнымъ набуханіемъ, на которое слѣдуетъ смотрѣть, какъ на продолженіе воспаления съ пищеварительнаго канала. Далѣе, онъ указываетъ также, что, если ему и пришлось наблюдать въ нѣсколькихъ случаяхъ болѣе глубокія пораженія, то при рѣдкости послѣднихъ, имъ не слѣдуетъ придавать большого значенія.

Многія встрѣчающіяся время отъ времени, какъ въ старой, такъ и въ позднѣйшей литературѣ отдѣльныя описанія случайно находимыхъ при вскрытіи измѣненій желчнаго пузыря при брюшномъ тифѣ, принадлежать къ болѣе или менѣе тяжелымъ пораженіямъ его стѣнки. Таковы случаи *Leudet* ¹⁰⁾ (гноиникъ въ стѣнкѣ пузыря), *Budd*'а ¹¹⁾ (гноевидная жидкость и камни въ полости пузыря), *Foot*'а ¹²⁾ (гноиникъ въ стѣнкѣ пузыря, сообщающійся съ полостью и камни), *Eichhorst*'а ¹³⁾ (некротическія измѣненія слизистой оболочки пузыря съ послѣдующимъ ограниченнымъ гнойнымъ перитонитомъ), *Lanouis* ¹⁴⁾ (расширенный до гусиного яйца желчный пузырь наполненъ слизисто-гнойнымъ содержимымъ; на слизистой оболочкѣ его замѣтны эрозіи), *H. White* ¹⁵⁾.

Опубликовано также значительное число случаевъ язвенныхъ поражений желчнаго пузыря безъ прободенія стѣнокъ, или-же съ прободеніемъ послѣднихъ и послѣдующимъ общимъ или мѣстнымъ перитонитомъ. Таковы случаи, собранные *Hagenmuller*'омъ и *Mason*'омъ. Къ нимъ прибавимъ еще случаи *Hamerlyk*'а ¹⁶⁾, *Burger*'а ¹⁾, *Hoffmann*'а, *Liebermeister*'а ¹⁸⁾, *Fiedler*'а ¹⁹⁾, *Legendre*'а ²⁰⁾, *A. Voelcker*'а ²¹⁾, *Sheild* and *Williams-Monnier* ²²⁾ и *Hawkins*'а ²³⁾. Изъ всѣхъ нихъ позволимъ себѣ привести только два, дающихъ микроскопическую картину интересующаго насъ пораженія желчнаго пузыря. Это — случай *Ranvier* ²⁴⁾ и случай, сообщенный *Hagenmuller*'у *Laveran*'омъ.

Въ первомъ случаѣ у брюшнотифознаго больного, умерша-

го въ периодѣ рубцеванія язвъ, кромѣ отграниченнаго перитонита было найдено прободеніе желчнаго пузыря. Микроскопическое изслѣдованіе утолщенной стѣнки пузыря показало неузнаваемую безструктурную ткань, среди которой различались однако гнойныя кѣлѣтки. Такія воспалительныя и некротическія измѣненія захватывали на всемъ протяженіи всѣ слои стѣнки.

Наблюденіе *Laveran*'а относится къ больному, умершему отъ тифа въ периодѣ рубцеванія язвъ при явленіяхъ перитонита. При вскрытіи кромѣ перитонита былъ найденъ наполненный гноемъ желчный пузырь. Ни язвъ, ни перфорациі, ни камней въ желчномъ пузырьѣ не найдено и причину общаго перитонита *Laveran* видитъ въ воспаленіи желчнаго пузыря. Микроскопическое изслѣдованіе значительно утолщенной стѣнки пузыря показало слѣдующую картину: эпителий большей частью исчезъ; въ подслизистой ткани скопленіе молодыхъ эмбриональныхъ элементовъ. Соединительнотканый подбрюшинный слой сильно утолщенъ и въ немъ обильная пролиферація мѣстныхъ соединительнотканыхъ кѣлѣтокъ, инфильтрація лейкоцитами, значительное наполненіе сосудовъ кровью. Ткань брюшины также пронизана воспалительными элементами.

Какъ бы ни были цѣнны эти указанія прежнихъ авторовъ, все же они не устанавливаютъ взаимнаго отношенія между основнымъ заболѣваніемъ и пораженіемъ желчнаго пузыря, особенно если имѣть въ виду систематическія изслѣдованія *Louis* *) объ измѣненіяхъ желчи и желчнаго аппарата у умершихъ отъ острыхъ болѣзней. Оказывается, что измѣненія желчи и желчныхъ путей у умершихъ отъ острыхъ, не тифозныхъ болѣзней не отличаются отъ таковыхъ-же при тифѣ; при послѣднемъ они встрѣчаются лишь много чаще **).

Слѣдуетъ имѣть въ виду также и указаніе *Hoffmann*'а †), который говоритъ относительно глубокихъ пораженій (именно изъязвленій слизистой оболочки) при брюшномъ тифѣ слѣ-

*) *Courvoisier* изъ 78 собранныхъ имъ въ литературѣ случаевъ гнойнаго воспаления желчнаго пузыря 8 отмѣчаетъ при брюшномъ тифѣ и 5 случаевъ при другихъ заразныхъ болѣзняхъ; изъ 86 случаевъ язвенныхъ прободеній желчнаго пузыря 4 случая наблюдались въ теченіи брюшнаго тифа и 2 при другихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ (Casuist.-statist. Beiträge zur Pathol. und Chir. der Gallenwege, 1890 г.).

дующее: „Ebenso müssen die Ulcerationen der Schleimhaut, sowie die Loslösungen derselben, meist als nicht dem Typhus, als solchem, angehörig betrachtet werden“.

Неудовлетворительность этой стороны вопроса сознавалась и самими авторами. Такъ *Ranvier*, описывая свой случай, говоритъ, что онъ не можетъ объяснить столь странной локализациі процесса.

Hagenmüller, не удовлетворяясь приводимыми до него объясненіями причинъ происхожденія этого „страннаго“ (curieuse) пораженія, полагаетъ *), что подобно тому, какъ это иногда бываетъ при катарральной желтухѣ, и при брюшномъ тифѣ воспаленіе съ кишечнаго канала можетъ распространиться также и на желчные пути. Основаніемъ этой теоріи происхожденія холецистита при брюшномъ тифѣ, по мнѣнію *Hagenmüller*'а, служатъ и позднее появленіе этого пораженія (11 разъ изъ 18 собранныхъ имъ случаевъ въ периодѣ заживленія язвъ).

Въ 1881 г. *Schuppel* †) все еще не находитъ возможнымъ дать удовлетворительнаго объясненія для происхожденія этого пораженія. Приведа также различныя мнѣнія о причинахъ воспаления желчнаго пузыря при брюшномъ тифѣ, онъ говоритъ, что самый фактъ исключительнаго пораженія слизистой оболочки большихъ желчныхъ путей и пузыря, равно какъ и ближайшій поводъ къ этому мѣстному измѣненію все еще остается не выясненнымъ. Однако въ томъ-же году *Montard-Martin* †) въ рренияхъ по поводу сообщенія *Legendre*'омъ случая гнойнаго холецистита въ раннемъ периодѣ брюшнаго тифа, указываетъ, что на это пораженіе слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одно изъ мѣстныхъ проявленій основной болѣзни.

Естественно, что причинная связь между брюшнымъ тифомъ и измѣненіями въ желчномъ пузырьѣ могла быть установлена только при знаніи и причинъ основной болѣзни. Открытіе палочки *Eberth*'а, пролившее новый свѣтъ на этиологию брюшнаго тифа, должно было дать и новыя указанія для ршенія этого вопроса. Но и послѣ этого проходить все-таки

*) Уже *Hoffmann* смотрѣлъ на это пораженіе при тифѣ какъ на распространеніе воспаления съ пищеварительнаго канала.

около 10 лѣтъ, прежде чѣмъ стали появляться сообщенія о нахожденіи палочки *Eberth's* въ желчномъ пузырьѣ тифозныхъ больныхъ.

Первыя указанія о присутствіи тифозныхъ палочекъ въ желчномъ пузырьѣ даются въ 1888 г. *Fütterer*²⁶⁾, который у двухъ умершихъ отъ брюшнаго тифа больныхъ получилъ изъ содержимаго желчнаго пузыря тифозныя палочки въ чистой культурѣ. Тутъ-же онъ высказываетъ мысль, что эти палочки прошли чрезъ печень, были выдѣлены ею и что, попадая вмѣстѣ съ желчью въ кишечникъ, они могутъ тамъ снова обнаружитъ присущее имъ патогенное дѣйствіе. Имѣлись-ли въ этихъ случаяхъ измѣненія пузыря, указаній однако нѣтъ.

Годъ спустя послѣ этого *Schlier*²⁷⁾ описываетъ случай флегмонознаго холецистита у 19 л. мужчины, погибшаго въ концѣ 4-й недѣли тяжелаго брюшнаго тифа, и ставитъ это пораженіе въ прямую связь съ брюшнымъ тифомъ. На вскрытіи былъ найденъ умѣренно растянутый желтой слизистой желчью пузырь; на слизистой оболочкѣ его въ различныхъ мѣстахъ имѣются надрывы ткани, изъ которыхъ выдавливается густое зеленовато-желтое гнойное содержимое, содержащее палочки и стрептококки. На разрѣзѣ эти мѣста соответствуютъ очагамъ распада въ самой стѣнкѣ подъ слизистой оболочкой, которая въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отслоена отъ подлежащей ткани. На одномъ изъ такихъ мѣстъ пузыря находится перфорационное отверстіе съ булавочную головку. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ изъ стѣнки пузыря ткань всюду представлялась инфильтрованной мелкоклеточными элементами и заключала бактерій. Замѣчательна (*merkwürdig*), говоритъ авторъ, эта локализція процесса при брюшномъ тифѣ, не столь рѣдка по статистикѣ и не находящая достаточнаго объясненія при вскрытіи. Онъ думаетъ все-таки, что здѣсь произошла, какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе, смѣшанная инфекція (тифозн. палочк. и стрепток.). Къ сожалѣнію бактериологическаго изслѣдованія и въ этомъ случаѣ нѣтъ.

Первый случай тифознаго холецистита, при которомъ была найдена брюшно-тифозная палочка въ содержимомъ желчнаго пузыря, сообщили *Gilbert* и *Girode*²⁸⁾ въ 1890 г. въ

Société de Biologie. Здѣсь они подчеркиваютъ, что гнойная инфекція желчныхъ путей составляетъ одно изъ главныхъ выраженій (*modalité*) дѣйствія палочки *Eberth's* на печень. Въ томъ-же обществѣ въ 1893 г. *Gilbert* и *Girode*²⁹⁾ сдѣлали докладъ о новомъ случаѣ гнойнаго холецистита, гдѣ имѣвшіеся глубокия измѣненія желчнаго пузыря были вызваны, по ихъ мнѣнію, тифозной палочкой. Во время операціи, произведенной у больной (желчныя колики) на 6-мъ мѣсяцѣ послѣ брюшнаго тифа, въ желчномъ пузырьѣ былъ найденъ камень; желчь безъ запаха, гноевидная. Подъ микроскопомъ въ ней много бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, а также много подвижныхъ палочекъ, которыя при бактериологическомъ изслѣдованіи оказались тифозными. Стѣнки желчнаго пузыря были утолщены, мѣстами до 1 см.; внутренняя поверхность ихъ равномерно краснаго цвѣта; на срѣзахъ внутреннея слою ихъ также красны, нѣсколько рыхлы (*friable*); наружный покровъ плотенъ и имѣетъ фиброзный характеръ. При микроскопическомъ изслѣдованіи поверхностная часть слизистой оболочки представляется въ видѣ толстаго, однообразнаго, эмбриональнаго слоя (*A l'examen microscopique, la muqueuse présente sur toute sa surface une nappe embryonnaire uniforme et très épaisse*); вся остальная часть слизистой оболочки, а также и часть утолщеннаго мышечнаго слоя инфильтрованы лимфатическими элементами въ видѣ островковъ и рядовъ. На срѣзахъ, окрашенныхъ щелочной синькой, найдены группы характерныхъ палочекъ, занимающихъ не только поверхностную, но и болѣе глубокую часть слизистой оболочки. Эти глубже лежащія группы палочекъ часто соответствуютъ вышеупомянутымъ островкамъ и рядамъ инфильтрирующихъ слизистую оболочку клетокъ. Этотъ случай, по мнѣнію авторовъ, ясно указываетъ на взаимное отношеніе, которое существуетъ между брюшнымъ тифомъ, какъ основнымъ страданіемъ, и процессомъ въ желчномъ пузырьѣ. Не ограничиваясь этими случаями, *Gilbert* и *Dominici*³⁰⁾ въ томъ-же году вызвали экспериментально гнойный холециститъ у кроликовъ, впрыскивая въ *d. choledochus* по способу *Roger's* а 20 е. с. одно и двухсуточной разводки тифозной палочки. Въ первомъ случаѣ кроликъ погибъ на 6-й день. При вскры-

ти его въ желчномъ пузырьѣ оказалась мутная жидкость со взвѣшенными въ ней многочисленными, мелкими желтоватыми зернами. Подъ микроскопомъ въ ней найдено много эпителиальныхъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и палочекъ. Стѣнки желчнаго пузыря утолщены, желтаго цвѣта. Эпителий слизистой оболочки и железъ не видно. Слизистая оболочка инфильтрирована толстымъ слоемъ круглыхъ скученныхъ клѣтокъ, мѣстами подвергшихся некробозу. Инфильтрація эта отчасти захватываетъ и мышечный слой. Въ такой измѣненной ткани легко можно было доказать наличность палочекъ. Тѣ-же тифозныя палочки были обнаружены и бактериологическимъ изслѣдованіемъ содержимаго пузыря и крови изъ праваго сердца. Менѣе сильное поражение желчнаго пузыря получили авторы у другого животнаго, которому была вырѣснута двухсуточная разводка и которое погибло къ концу 3-го дня. Желчный пузырь тоже содержалъ гнойную жидкость; мѣстами имѣлось разрушеніе эпителия слизистой оболочки и железъ и небольшая инфильтрація круглыми клѣтками соединительнотканнаго подлежащаго слоя. Поднятый *Gilbert*'омъ и *Girode*'омъ вопросъ о тифозныхъ холециститахъ послужилъ толчкомъ къ дальнѣйшимъ работамъ въ этомъ направленіи.

Разбирая вопросъ объ инфекціи желчныхъ путей вообще, *Dupré* ³¹⁾ приводитъ два случая инфекціи желчнаго пузыря брюшнотифозной палочкой. Въ одномъ случаѣ (набл. VIII) при вскрытіи черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ смерти больной, умершей на 16 день тифа, въ прозрачной, желто-янтарнаго цвѣта желчи была найдена брюшнотифозная палочка. Макроскопически же измѣненій желчнаго пузыря не было. Второй случай *Dupré* напоминаетъ собою наблюденіе *Gilbert* и *Girode*. У больной 4 мѣсяца спустя послѣ тяжелаго брюшнаго тифа стали развиваться припадки желчно-каменной болѣзни, изъ за чего 8 мѣсяцевъ спустя послѣ тифа была произведена операція. Желчный пузырь при этомъ оказался малымъ съ утолщенными стѣнками; въ полости его находился съ рудомъ извлеченный камень; въ небольшомъ количествѣ темно-зеленаго цвѣта желчи подлѣ микроскопомъ содержала эпителиальныя клѣтки, слизь, кристаллы солей и много короткихъ, довольно толстыхъ палочекъ.

Эти послѣднія при бактериологическомъ изслѣдованіи должны были быть признаны брюшнотифозными. Микроскопическаго изслѣдованія стѣнокъ пузыря однако не было сдѣлано *). Хотя, говорить *Dupré*, данныхъ бактериологическаго изслѣдованія, — заражены-ли желчные пути при брюшномъ тифѣ и какими именно бактеріями, — до этого времени не было, однако, имѣя въ виду результаты своихъ изслѣдованій въ этихъ двухъ случаяхъ и данныя *Gilbert* и *Girode*, а также характеръ патолого-анатомическихъ измѣненій при тифозномъ холециститѣ, слѣдуетъ думать, что чаще всего дѣло идетъ о пораженіяхъ, вызванныхъ присутствіемъ тифозныхъ палочекъ на слизистой оболочкѣ желчныхъ путей. Далѣе въ наблюденіи XIII *Dupré* приводитъ случай *Malvoz*, гдѣ многочисленныя язвы желчнаго пузыря у тифознаго больного были причиной остраго, ограниченнаго перитонита, — камня не было найдено. При бактериологическомъ изслѣдованіи стѣнокъ желчнаго пузыря видны были лишь цѣпочки гноероднаго стрептококка, проникавшаго въ ткань даже до брюшины и вызвавшего ея разрушеніе. Бактериологическаго изслѣдованія не сдѣлано.

Позволимъ себѣ далѣе привести мнѣніе *Dominici* ³²⁾ объ интересующемъ насъ вопросѣ. Гнойное воспаленіе желчныхъ путей, особенно пузыря, говоритъ *Dominici*, представляетъ осложненіе не изъ рѣдкихъ при брюшномъ тифѣ и, хотя и другіе микроорганизмы могутъ вѣдраться въ желчный пузырь, однако должно признать, что обычнымъ возбудителемъ гнойнаго воспаленія желчныхъ путей въ теченіи брюшнаго тифа является брюшнотифозная палочка. Опираясь затѣмъ на случай не гнойнаго холецистита **), наблюдавшагося *Dominici* вмѣстѣ съ *Gilbert*'омъ, онъ приходитъ къ заключенію, что бываютъ случаи, гдѣ брюшнотифозная палочка не вызываетъ обязательно гнойнаго воспаленія, хотя наиболѣе частою реакціей желчныхъ путей на вѣдреніе микробовъ и слѣдуетъ считать ихъ нагноеніе.

*) Больная умерла на 12 день послѣ операціи, при чемъ на вскрытіи найдены еще 2 камня въ d. cysticus и обшій ангиохолитъ.

**) Случай этого не привожу, такъ какъ въ желчи, собранной во время операціи по причинѣ желчно-каменной болѣзни, была найдена, кромѣ тифозной и обыкновенной кишечная палочка.

Не менѣ поучительнымъ по интересующему насъ вопросу представляется наблюдение *Faitout*, приводимое *Dawiac*'омъ³³⁾, какъ еще неописанное. 24-х-лѣтняя женщина, ничѣмъ не хворавшая съ дѣтства, переноситъ тяжелый брюшной тифъ, тянувшійся 3 мѣсяца. На 15 день по выздоровленіи впервые появляются приступы желчной колики, которые съ этого времени повторяются почти ежемѣсячно въ теченіи 6 лѣтъ. При поступленіи въ больницу установленъ ангиохолециститъ и для опредѣленія природы инфицирующаго агента производить съ сивороткою большой пробу *Widal*'а, однако съ отрицательнымъ результатомъ. При операціи желчный пузырь оказался сокращеннымъ, малымъ; въ полости его найдено 6 камней. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи обнаружило присутствіе палочки *Eberth*'а.

Кромѣ систематическаго изслѣдованія *Chiari*, подобный же казуистическій матеріалъ находимъ и въ нѣмецкой литературѣ.

Въ 1893 году *Chiari*³⁴⁾ публикуетъ свое первое наблюдение съ очень рѣдкимъ, по его мнѣнію, осложненіемъ со стороны желчнаго пузыря, которое онъ уже обозначаетъ тифознымъ холециститомъ и которое было вызвано брюшнотифозной палочкой. На вскрытіи (черезъ 26 часовъ послѣ смерти) 12-ти-лѣтняго мальчика, умершаго отъ остраго перитонита въ періодѣ выздоровленія, былъ найденъ наполненный гноемъ желчный пузырь съ бляшками некроза до 2-хъ см. на его стѣнкахъ. Наружная поверхность желчнаго пузыря покрыта фибриновымъ экссудатомъ; измѣненій со стороны желчныхъ путей и 12-ти-перстной кишки не найдено. При микроскопическомъ и бактеріологическомъ изслѣдованіи гноя желчнаго пузыря была доказана только брюшнотифозная палочка, которая находилась и въ толщѣ стѣнки пузыря. Этотъ свой случай авторъ считаетъ вторымъ (1-й — случай *Gilbert*'а и *Girode*'а), гдѣ установлено специфическое дѣйствіе тифозной палочки въ желчномъ пузырьѣ въ теченіи брюшнаго тифа.

Въ томъ-же году *Chiari*³⁵⁾ предпринимаетъ болѣе обстоятельную работу, о результатахъ которой и сообщаетъ на съѣздѣ въ Римѣ въ 1894 г.

Основаніемъ для подобной работы служила недостаточ-

ность современныхъ свѣдѣній о присутствіи тифозной палочки въ желчи и о производимыхъ ею измѣненіяхъ въ ткани желчнаго пузыря. Изслѣдуя съ этою цѣлію содержимое желчнаго пузыря на присутствіе въ немъ тифозныхъ палочекъ у 22 умершихъ отъ брюшнаго тифа больныхъ, онъ только въ 3-хъ изъ нихъ не могъ доказать палочки *Eberth*'а — въ одномъ изъ періода инфильтраціи и 2-хъ изъ періода некроза; во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ была найдена тифозная палочка, а именно: въ 15 только она одна, въ 4-хъ же вмѣстѣ съ другими бактеріями. Въ 11-ти случаяхъ число тифозныхъ палочекъ было очень большое. Кромѣ того въ 12-ти изъ 15 случаевъ, гдѣ въ содержимомъ пузыря оказалась только тифозная палочка, было сдѣлано микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ пузыря и въ 10 изъ нихъ найдена болѣе или менѣе сильно выраженная воспалительная инфильтрація слизистой оболочки; въ 6-ти случаяхъ можно было доказать въ ткани слизистой оболочки присутствіе или въ видѣ кучекъ, или-же разбѣянныхъ багиллъ. Эпителій во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, гдѣ онъ мѣстами сохранился, былъ болѣею частью слущенъ. Авторъ заключаетъ: 1) желчь представляетъ благоприятную среду для развитія тифозныхъ палочекъ; 2) проникновеніе тифозныхъ палочекъ въ желчный пузырь при брюшномъ тифѣ происходитъ никакъ не въ видѣ исключенія, а скорѣе, какъ правило; 3) воспалительныя измѣненія желчнаго пузыря составляютъ частое послѣдствіе проникновенія тифозной палочки въ желчный пузырь и представляютъ настоящій тифозный холециститъ; 4) тифозныя палочки, видѣляясь изъ желчнаго пузыря вмѣстѣ съ желчью въ кишечникъ, могутъ быть причиною возврата тифа; основаніемъ этому служить, какъ полагаетъ авторъ, три изслѣдованные имъ случая возврата тифа, гдѣ и воспалительная инфильтрація желчнаго пузыря была сильнѣе выражена, и количество тифозныхъ палочекъ въ немъ было большее, чѣмъ въ другихъ случаяхъ.

Въ томъ-же 1894 г. *Longuet*³⁶⁾ описываетъ почти единственный примѣръ, если не считать случая *Guarnieri*³⁷⁾, не вполне доказательнаго, исключительной локализациі тифозной палочки въ желчномъ пузырьѣ безъ явленій заболѣванія клас-

сическим тифомъ. 18-лѣтній мальчикъ внезапно заболѣваетъ приступами болей въ правой половинѣ живота, головою болью, потрясающимъ ознобомъ; ни поноса, ни рвоты. При поступленіи на 10 день въ больницу сознание угнетено, бредъ. Т.—40,2. Фулигинозный языкъ; краснота въва; въ легкихъ влажные хрипы; тоны чисты; боли во всемъ животѣ; селезенка не увеличена; запоръ. На слѣдующій день болѣзненность при давленіи въ области желчнаго пузыря, безъ замѣтнаго его увеличения. На основаніи этой болѣзненности въ области пузыря дѣлаютъ пробный проколъ, 3 раза съ отрицательнымъ результатомъ и въ 4 разъ получаютъ немного гнойной жидкости. По подозрѣнію на гноиникъ печени производится операція, при которой обнаруживаются 3 небольшихъ гноиника печени, въ желчномъ-же пузырьѣ 3 камня, а также селезеноватый съ хлопьями гной. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя изъ желчнаго пузыря привело къ опредѣленію въ немъ брюшнотифозной палочки. Больной выздоравливаетъ. Въ анамнезѣ его—ни перенесеннаго брюшнаго тифа, ни раньше бывшихъ приступовъ желчной колики.

Подобный-же случай сообщаетъ въ 1898 г. *W. Cushing*³⁸⁾. У 26 лѣтней женщины за 5 дней до поступленія въ госпиталь появляется приступъ болей въ правомъ подреберьѣ. При поступленіи: t° —101 $^{\circ}$ F., животъ вздутъ, напряженъ въ области m. *gesti dextri*, болѣзненность ниже праваго ребернаго края и здѣсь-же при глубокомъ ощупываніи неясная опухоль. Печень и селезенка не увеличены. На 3-й день по поступленіи t° нормальна, напряжения и чувствительности нѣтъ; въ правомъ подреберьѣ плотная и подвижная масса, чувствительная при глубокомъ ощупываніи. При операціи на 16-й день найденъ значительно увеличенный желчный пузырь со свѣжими спайками съ салъникомъ и печеню; въ желчномъ пузырьѣ буроватая, слизистая жидкость, не похожая на желчь, и желчные камни. Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго пузыря дало чистую культуру брюшнотифозной палочки (и реакціи *Widal*'а). Въ анамнезѣ ни тифа, ни другихъ лихорадочныхъ заболѣваній, кромѣ перенесенной 10 л. назадъ пневмоніи *).

*) Въ обоихъ этихъ случаяхъ, особенно же въ первомъ, на основаніи

Въ 1896 г. *Kraus*³⁹⁾ описываетъ случай *Cholecystitis. diff. necrotis* съ послѣдовательнымъ гнойнымъ ограниченнымъ перитонитомъ у больного, умершаго отъ брюшнаго тифа въ періодъ изъясненія. Кромѣ того въ желчномъ пузырьѣ было найдено 6 желчныхъ камней. Причину такого тяжелаго пораженія пузыря авторъ считаетъ брюшнотифозную палочку, найденную имъ въ желчи въ чистой культурѣ, а также на срѣзахъ изъ стѣнки пузыря въ воспалительно инфильтрированной ткани. Этотъ-же авторъ, вслѣдствіе сообщенія *Chiari*, при всѣхъ вскрытіяхъ тифозныхъ больныхъ производилъ съ 1894 г. бактериологическое изслѣдованіе содержимаго желчнаго пузыря и пришелъ къ тѣмъ-же результатамъ, что и *Chiari*.

Въ томъ-же году *Anderson*⁴⁰⁾ опубликовалъ случай прободнаго холецистита. При вскрытіи умершаго отъ брюшнаго тифа въ періодъ изъясненія Пейеровыхъ бляшекъ былъ найденъ расширенный желчный пузырь съ мелкими язвами на его слизистой оболочкѣ, изъ которыхъ одна была прободная, что и дало общій перитонитъ. Кромѣ того въ d. *cysticus* находился камень. Въ перитонеальной жидкости при бактериологическомъ изслѣдованіи оказалась тифозная палочка.

Въ 1897 г. *Lowrens Mason* наблюдалъ случай гнойнаго холецистита у 30-лѣтней женщины, развившагося въ концѣ 3-й недѣли тифа и кончившагося выздоровленіемъ. У больной въ виду сильной болѣзненности и опухли въ области желчнаго пузыря, при невозможности по причинѣ крайней слабости больной сдѣлать лапаротомію, проколомъ пузыря была выпущена серозно-гнойная съ фекальнымъ запахомъ жидкость. Микроскопическое изслѣдованіе полученной жидкости показало присутствіе желчныхъ пигментовъ и кристалловъ холестеарина, гнойныхъ и эпителиальныхъ вѣтвочекъ, а также короткихъ съ закругленными концами подвижныхъ палочекъ. Камней въ пузырьѣ ощущать нгдой не удалось. Бактеріологическое изслѣдованіе жидкости, сдѣланное д-ромъ *Pearce*'омъ, обнаружило въ ней чистую культуру палочки *Eberth*'а.

Интересный, но не доказательный случай тифознаго холецистита только анамнеза и клинической картины, намъ кажется, было-бы рискованно безусловно отрицать существованіе брюшнаго тифа.

цистита приводит *Dungern*⁴¹⁾. Тифозная палочка въ чистой культурѣ была найдена спустя 14½ лѣтъ послѣ брюшнаго тифа въ гнойникѣ, связи котораго съ желчнымъ пузыремъ не было однако же установлено.

Въ томъ-же году сообщены еще два случая. Д-ръ *W. Richardson*⁴²⁾ описываетъ случай, гдѣ у больной съ неясной картиной тифа развилась ниже праваго ребернаго края плотная и очень болѣзненная опухоль; при изслѣдованіи подъ эфирнымъ наркозомъ опухоль эта оказалась подвижной и распространяющейся къ спинѣ. При операціи найденъ растянутый желчный пузырь, наполненный грязно-бурой, гнойной жидкостью; въ duct. cystic. — съ трудомъ извлеченный камень. Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго желчнаго пузыря показало въ немъ присутствіе брюшнотифозной палочки въ чистой культурѣ. Во второмъ случаѣ при операціи, произведенной проф. *Halsted*^{омъ}⁴³⁾ 3½ мѣсяца спустя послѣ протекшаго безъ осложненій брюшнаго тифа, были также найдены гной и камни въ желчномъ пузырьѣ и свѣжій перитонитъ; изъ содержимаго желчнаго пузыря были выдѣлены брюшнотифозныя палочки.

Наконецъ, укажу на случаи *Miller*'а⁴⁴⁾ и *Wunscheim*'а⁴⁵⁾, описанные въ 1898 г.

Въ первомъ случаѣ въ желчи и «молочнаго» вида жидкости, полученныхъ изъ желчнаго пузыря при операціи 7 лѣтъ спустя послѣ повидимому перенесеннаго брюшнаго тифа, была найдена палочка, оказавшаяся при бактериологическомъ изслѣдованіи, включая и реакцію *Widal*'а, брюшнотифозной. Стѣнки желчнаго пузыря были сильно утолщены и въ полости его лежали желчные камни. Причиною воспаленія по автору въ данномъ случаѣ была тифозная палочка.

Wunscheim сообщаетъ о случаѣ нагноенія и смертвенія желчнаго пузыря при брюшномъ тифѣ; желчный пузырь къ тому-же оказался спаяннымъ посредствомъ волокнисто-гноянаго выпота съ толстой кишкой, на стѣнкѣ которой въ этомъ мѣстѣ располагались 3 глубокия язвы. Хотя тифозная палочка вмѣстѣ съ золотистымъ стафилококкомъ была найдена только въ гною между желчнымъ пузыремъ и толстой кишкой, изъ содержимаго-же желчнаго пузыря не могла быть получена, авторъ

всетаки полагаетъ, что брюшнотифозная палочка послужила причиной смертвенія стѣнокъ пузыря, а выселившіеся чрезъ язвы кишки на мѣстѣ спаекъ стафилококки еще болѣе усилили это пораженіе.

Въ русской литературѣ описаны, насколько мнѣ извѣстно, только три случая тифознаго холецистита, все кончившіеся выздоровленіемъ; это случаи д-ра *Алексеева*⁴⁶⁾, д-ра *Канцеля*⁴⁷⁾ и недавно опубликованный д-ромъ *Рокицкимъ*⁴⁸⁾ случай „Cholecystitis typhosa calculosa“.

Д-ръ *Алексеевъ* описалъ случай брюшнаго тифа, осложнившася нагноеніемъ желчнаго пузыря съ развитіемъ мѣстнаго слипчиваго перитонита. У 5-й лѣтней дѣвочки во вторую половину заболѣванія тифомъ появилась болѣзненность и опухоль въ правомъ подреберьи, соотвѣственно области желчнаго пузыря. Опухоль при дыханіи передвигалась и приложенная рука ясно ощущала шумъ тренія. 5—6 дней спустя развилась рѣзкая болѣзненность живота; раньше опредѣлявшаяся опухоль при изслѣдованіи менѣе замѣтна*). При операціи по вскрытіи брюшной полости вышла серозная жидкость, окрашенная желчью; кишки найдены сплееными; въ желчномъ пузырьѣ и въ окружности его оказался гной. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя обнаружило присутствіе въ немъ тифозной палочки въ чистой культурѣ.

Во второмъ случаѣ у больной, поступившей въ больницу вторично послѣ выздоровленія отъ брюшнаго тифа, вслѣдствіе появленія болей въ правомъ hypochondrium и грушевидной формы опухоли въ области желчнаго пузыря была сдѣлана операція, при которой былъ найденъ перитонитъ и гиперемированный, утолщенный, спаянный съ прилегающими кишками желчный пузырь; прободенія стѣнки пузыря не было, но въ полости его оказался желчный камень. Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго пузыря показало присутствіе брюшнотифозной палочки.

Въ случаѣ д-ра *Рокицкого* у тифозной больной вслѣдствіе предполагавшагося гнойнаго холецистита была сдѣлана опе-

*) Авторъ не безъ основанія объясняетъ оба послѣднія явленія происшедшимъ въ это время прорывомъ желчнаго пузыря.

рація. Желчный пузырь оказался спаяннымъ съ сальникомъ; стѣнки его были значительно утолщены; въ полости же найдено небольшое количество мутной, слизистой, но не гнойной жидкости и 58 мелкихъ, легко крошившихся при сдавливании камешковъ. Какъ изъ содержимаго желчнаго пузыря, такъ и изъ центральныхъ частей одного изъ камней была получена чистая разводка брюшнотифозной палочки.

Вышеприведенная литература, за исключеніемъ работы *Chiari*, заключаетъ такимъ образомъ по большей части единичные, какъ бы исключительные случаи разсматриваемаго поражения при брюшномъ тифѣ, отмѣчавшіеся авторами сначала просто по ихъ рѣдкости, а затѣмъ и ради выясненія этиологіи страданія. Кромѣ того значительная часть изъ нихъ (по меньшей мѣрѣ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ) осложнена присутствіемъ желчныхъ камней. Послѣдніе же и сами по себѣ способны, какъ это показываетъ и работа *В. Яновскаго*⁴⁹⁾, вызывать измѣненія стѣнокъ пузыря. Въ такихъ случаяхъ брюшнотифозная палочка, проникая въ желчный пузырь, повидимому, лишь усиливаетъ эти измѣненія и служитъ причиною болѣе тяжелыхъ поражений. Описанные однако случаи тяжелыхъ поражений желчнаго пузыря въ присутствіи одной брюшнотифозной палочки показываютъ, что эта послѣдняя и сама по себѣ можетъ служить причиною такихъ измѣненій. Если эти послѣдніе и не такъ часты, какъ полагаютъ *Dominici*⁵²⁾, *Dupré*⁵³⁾, всегаки, какъ намъ кажется, они должны быть чаще, чѣмъ это слѣдуетъ изъ статистическихъ данныхъ. *Doppler*⁶⁰⁾ опредѣляетъ частоту гнойныхъ поражений желчнаго пузыря при брюшномъ тифѣ въ 0,2%, *Hölscher*¹⁾, включая сюда и случаи *Doppler*'а, даетъ ту же цифру: на 2000 вскрытій онъ отмѣчаетъ въ 5 случаяхъ дифтеритическіе процессы съ отслойкой слизистой и нагноеніемъ желчнаго пузыря (между ними 1 случай прободенія пузыря съ послѣдующимъ ограниченнымъ перитонитомъ). Впрочемъ же *Louis*⁴⁾ приводитъ гораздо болѣе большой процентъ такихъ поражений, найдя на 50 вскрытій имъ случаевъ брюшнаго тифа 3 раза нагноеніе желчнаго пузыря. Однако въ нашѣмъ статистическомъ матеріалѣ, насколько удалось по-

знакомиться съ нимъ, о пораженіяхъ желчнаго пузыря не упоминается. Весьма вѣроятно, что эти пораженія, какъ часто не сказывающіяся при жизни, очень легко ускользаютъ отъ вниманія и при вскрытіи; затѣмъ нѣкоторые случаи напр. язвенныхъ поражений могутъ вѣдь подвергаться и обратному развитію, и наконецъ, какъ это показываютъ отдѣльныя наблюденія, проникая въ желчный пузырь въ теченіи брюшнаго тифа палочка *Eberth*'а можетъ обнаружить патогенное дѣйствіе лишь мѣсяцы и даже годы спустя по окончаніи основной болѣзни. Все это, думается, говорить за то, что приведенныя цифры *Hölscher*'а и *Doppler*'а вѣроятно малы.

Какъ часто сопровождаются тифозныя заболѣванія начальными (легкими) степенями поражений желчнаго пузыря трудно судить по отсутствію въ этомъ отношеніи опредѣленныхъ данныхъ. *Schüppel*²³⁾ думаетъ, что при брюшномъ тифѣ завѣдомо существуютъ катарральныя измѣненія желчнаго пузыря. *Штрюмпель*⁵⁴⁾ же, *Brouardel* и *Thoinot*⁵⁵⁾ не находятъ возможнымъ опредѣлить частоту легкихъ поражений желчнаго пузыря даже приблизительно. Цѣнную работу поэтому даетъ *Chiari*³⁵⁾. Въ 10-ти изъ 12 изслѣдованныхъ имъ гистологически случаевъ, гдѣ брюшно-тифозная палочка оказалась въ чистой культурѣ найдено было воспаленіе слизистой оболочки желчнаго пузыря, т. е. больше, чѣмъ въ 80%.

Такъ какъ систематическія изслѣдованія по этому вопросу имѣются только у *Chiari*, намъ казалось не лишнимъ проанализировать тѣ-же изслѣдованія, пользуясь болѣе богатымъ матеріаломъ. Еще больше побудило насъ къ этому встрѣтившіеся при началѣ работы случай тяжелаго язвеннаго поражения пузыря, послужившаго даже причиною опаснаго кровотеченія изъ ткани печени.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію своихъ наблюденій, долженъ сказать нѣсколько словъ объ условіяхъ, которыя по возможности соблюдался при работѣ и о самомъ методѣ.

Работа собственно распадается на 2 части: одну — составляютъ бактериологическія изслѣдованія содержимаго желчнаго пузыря, другую — гистопатологическія измѣненія стѣнокъ

его. Случаи брались по преимуществу въ зимнее время (изъ 64 только 15 приходится на лѣтнее время), и по возможности, особенно для гистопатологическихъ изслѣдованій, такіе, гдѣ вскрытіе производилось не позже 24 часовъ послѣ смерти. Въ 4 случаяхъ желчный пузырь вмѣстѣ съ желчью былъ взятъ черезъ 4 часа послѣ смерти: въ двухъ изъ нихъ (№ 63 и 392) произведено только бактериологическое и микроскопическое изслѣдованіе желчи; въ двухъ-же другихъ кромѣ того и микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ изъ стѣнки пузыря (№№ 686 и 749). Тотчасъ по вскрытіи трупа перевязывался желчный протокъ, желчный пузырь вырѣзывался и обмывался 0,1% растворомъ сулемы или же погружался на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа въ тотъ-же растворъ. Затѣмъ на какомъ-либо мѣстѣ стѣнки пузыря прижигалась раскаленнымъ пинцетомъ и вскрывалась въ этомъ мѣстѣ стерилизованными ножницами. Черезъ разрѣзъ стѣнки платиновымъ ушкомъ бралась съ различныхъ мѣстъ полости пузыря жидкость, которой заставлялись (для послѣдующей разливки въ чашечки Petri) пробирки съ 10% мясонецпонной слабо-щелочной желатиной*), часто также (въ послѣдней половинѣ случаевъ) съ питательной средой *Elsner*'а (15% картофельная желатина съ прибавленіемъ 1% йодистаго калия) или средой *Kaschida* (къ $1\frac{1}{2}$ % агарь-агару прибавлялось 2% молочнаго сахара, 1% мочевины и 3% лакмусовой настойки). Вслѣдъ затѣмъ содержимое желчнаго пузыря подвергалось какъ макроскопическому (на присутствіе конкрементовъ), такъ и микроскопическому изслѣдованію. Въ большинствѣ случаевъ колоніи снимались только съ послѣднихъ 2-хъ пластинокъ, такъ какъ на 1-ой нерѣдко развивались слишкомъ многочисленныя колоніи. Снимались какъ колоніи, по виду похожія на тифозныя, такъ и другія, чѣмъ-либо отличающіяся отъ первыхъ. Точнаго опредѣленія вида другихъ бактерий, кромѣ тифозной и обыкновенной кишечной, не производилось. Діагнозъ тифозной палочки устанавливался по ея подвижности, по обез-

*) Слабощелочная реакція желатинны достигалась прибавленіемъ 4% NaOH, необходимое количество котораго для получения этой реакціи устанавливалось титрованіемъ буфона 0,1%, отъ 4% NaOH, причемъ показателемъ служилъ фенолфталеинъ.

цвѣчиванію при окраскѣ по *Gram*'у, по росту по уколу на желатинѣ и агарь-агарѣ безъ сахара (скудный ростъ на поверхности), а также и съ прибавленіемъ къ нимъ 2% винограднаго сахара*), на картофелѣ, по неспособности давать индолую реакцію и свертывать молоко**). Въ случаяхъ №№ 720, 749, 750, 785, 842, 864, 871, 38, 628, 90, 99) производилась и реакція *Widal*'а (въ разведеніи 1:16—1:30, въ случаяхъ-же №№ 720, 871, 864 только съ сухою кровью). Кровь для реакціи получалась изъ пальца отъ больныхъ въ разгарѣ тифа. Во всѣхъ случаяхъ ограничивались изслѣдованіемъ реакціи подъ микроскопомъ.

За тифозныя палочки принимались только тѣ, которыя удовлетворяли въ совокупности всѣмъ признакамъ, характернымъ на только что приведенныхъ средахъ и реакціяхъ для палочки *Eberth*'а. Долженъ замѣтить однако, что на питательной средѣ *Elsner*'а⁵³⁾ не всегда получался описанный авторомъ видъ колоній (мелкія, блестящія, похожія на капельку воды колоніи), а иногда на ней развивались и другія бактеріи, помимо тифозной и кишечной. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ тифозная палочка, посѣянная и на обыкновенной питательной желатинѣ въ чашкахъ Petri, могла быть хорошо замѣтна только на 3—4 сутки, тогда какъ обыкновенная кишечная палочка выростала уже на 2-ны сутки. Разжижающія желатину бактеріи развивались почти всегда въ количествѣ одной—двухъ колоній, даже на 1-ой пластинкѣ, тогда какъ тифозная палочка на той-же пластинкѣ получалась въ многочисленныхъ колоніяхъ.

Такъ какъ цѣль работы заключалась и въ томъ, чтобы прослѣдить измѣненія стѣнокъ пузыря въ присутствіи одной ти-

*) Только на 5-мя сутки судили о неспособности палочки развивать газъ, такъ какъ, хотя въ большинствѣ случаевъ развитіе газа кишечной палочкой происходило очень быстро (на 2-ны сутки), въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе газа получалось медленное и въ небольшомъ количествѣ.

***) О неспособности палочки свертывать молоко судили также только послѣ 3—4 сутки; для контроля при этомъ ставилась пробирка съ тѣмъ-же стерилизованнымъ молокомъ, но безъ всякаго посѣва. Для отличія тифозной палочки отъ какоюй-либо щелочеобразующей палочки, также не свертывающей молоко, привитое молоко испытывалось на реакцію лакмусовой бумаги.

фозной палочки, то для микроскопическаго изслѣдованія брались только тѣ случаи, гдѣ при бактериологическомъ изслѣдованіи находились въ желчи однѣ тифозныя палочки *). Выбиралось по возможности такіе случаи, гдѣ вскрытіе производилось не позже сутокъ (отъ 12—20 ч. спустя послѣ смерти, исключая №№ 56, 88, 99, а въ случаяхъ №№ 686, 749 даже спустя 4 часа послѣ смерти). Кусочки для изслѣдованія брались съ различныхъ частей стѣнокъ пузыри и уплотнились въ спирту, муллеровской жидкости и иногда сулемѣ. Для задыблыванія уплотненныхъ препаратовъ употреблялась преимущественно восковая смѣсь *Altmann*'а и иногда целлоидинъ. Полученные срѣзы (изъ восковой смѣси) укрѣплялись 40 или 50% спиртомъ на предметномъ стеклѣ, на которомъ уже и производилась дальнѣйшая обработка ихъ. Окраска срѣзовъ производилась квасцовымъ карминомъ *Grenacher*'а и квасцовымъ гематоксилиномъ *Heidenhain*'а; для дополнительной окраски служилъ эозинъ; часто также употребляли и дававшую красивые препараты окраску по *V. Gieson*'у. Для окраски на бактеріи служили карболовый фуксинъ *Ziehl*'а и щелочная синька *Löffler*'а.

Всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ было 64, изъ нихъ 63 съ бактериологическимъ изслѣдованіемъ, а 27 также и съ гистологическимъ. Въ одномъ случаѣ (№ 103) вслѣдствіе изліянія содержимаго желчнаго пузыря въ кишечникъ бактериологическаго изслѣдованія не было сдѣлано.

Приступая къ изложенію данныхъ своихъ наблюденій, приведемъ прежде всего результаты бактериологическаго изслѣдованія желчи. Данные этого изслѣдованія наглядно видны изъ слѣдующей таблицы (стр. 23 табл. I).

Такимъ образомъ изъ 63 случаевъ въ 51 были найдены брюшнотифозныя палочки; изъ нихъ въ 36 случаяхъ, т. е. болѣе чѣмъ въ половинѣ (58%) получены изъ желчи однѣ тифозныя палочки, въ 15-ти случаяхъ тифозныя палочки вмѣстѣ съ другими бактеріями и въ 12 тифозныхъ палочекъ совсѣмъ не найдено. Изъ другихъ бактерій чаще всего встрѣчалась обыкновенная кишечная палочка.

*) Само собою разумѣется, что уплотнять препараты приходилось отъ всѣхъ случаевъ.

Таблица I.

№ по порядку изслѣдованія.	№ протокола вскрытія.	Черезъ сколько часовъ послѣ смерти взята желчь для изслѣдованія.	Найдены-ли тифозныя палочки.	Найдены-ли и другія бактеріи.	№ по порядку изслѣдованія.	№ протокола вскрытія.	Черезъ сколько часовъ послѣ смерти взята желчь для изслѣдованія.	Найдены-ли тифозныя палочки.	Найдены-ли и другія бактеріи.
1	893	22	+	+	34	120	22	+	—
2	894	24	+	+	35	211	18	+	—
3	899	27	++	—	36	222	14	++	—
4	904	24	++	—	37	380	28	++	+
5	905	23	++	—	38	392	4	++	+
6	919	14	—	+	39	393	12	++	+
7	923	22	—	+	40	416	22	—	+
8	930	40	—	+	41	650	12	—	+
9	943	28	—	+	42	659	22	—	+
10	948	14	—	+	43	670	18	—	+
11	950	30	—	+	44	676	18	—	+
12	961	19	—	+	45	686	4	—	+
13	968	30	—	+	46	691	32	—	+
14	969	21	—	+	47	692	15	—	+
15	972	44	—	+	48	693	28	—	+
16	981	24	—	—	49	694	15	—	+
17	990	24	—	—	50	717	12	—	+
18	991	29	—	—	51	720	22	—	+
19	3	23	—	—	52	745	14	—	+
20	13	29	—	—	53	749	4	—	+
21	17	32	—	—	54	750	23	—	—
22	18	22	—	—	55	785	24	—	—
23	37	22	—	—	56	842	12	—	—
24	43	23	—	—	57	864	15	—	—
25	46	30	—	—	58	871	48	—	+
26	48	30	—	—	59	878	24	—	+
27	50	27	—	—	60	103	17	—	не сдѣлано изслѣдованія
28	53	12	—	—	61	628	22	+	—
29	56	25	—	—	62	90	22	+	—
30	63	4	—	—	63	99	30	+	—
31	79	24	—	—	64	852	12	+	—
32	88	30	—	—					
33	91	15	+	—					

повенная кишечная палочка. Такъ какъ по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ тифозная палочка очень долгое время способна сохранять свою жизнеспособность въ желчи, то не безинтереснымъ, кажется, прослѣдить присутствіе ея въ желчи въ различные периоды брюшного тифа. При этомъ мы руководствовались при опредѣленіи времени тифа данными вскрытія, хотя и въ такомъ случаѣ нельзя избѣгать затрудненій.

Разсматривая свой матеріалъ съ этой точки зрѣнія, изъ слѣдующей таблицы (стр. 25 табл. II) видимъ во-1-хъ, что проникновеніе тифозной палочки въ желчный пузырь происходитъ уже въ первый періодъ брюшного тифа: въ періодъ набуханія желчистаго аппарата кишекъ и начинающагося некроза она встрѣчается даже значительно чаще, чѣмъ въ дальнѣйшемъ теченіи, что подтверждается уже тѣмъ, что въ этомъ періодѣ тифа изъ 16 случаевъ въ 15, т. е. въ 93% тифозная палочка найдена въ чистой культурѣ. Во вторыхъ, по мѣрѣ дальнѣйшаго теченія тифа число случаевъ нахожденія тифозной палочки въ желчи постепенно падаетъ. Изъ 38 случаевъ въ періодъ язвъ и рубцеванія ихъ тифозная палочка найдена въ чистой культурѣ въ 19 случаяхъ, что составляетъ только 50%. Еще рѣже встрѣчается тифозная палочка въ желчи въ періодъ выздоровленія. Изъ 10 такихъ случаевъ она найдена въ чистой культурѣ только въ 2-хъ т. е. въ 20%. Служать-ли отрицательные результаты изъ періода выздоровленія выраженіемъ того, что тифозная палочка не попала въ желчный пузырь и въ ранніе періоды или-же проникшая туда вначалѣ она потомъ утратила свою жизнеспособность, сказать трудно. На основаніи наибольшаго частаго присутствія ея въ желчи въ первое время заболѣванія, скорѣе слѣдовало-бы допустить вторую возможность.

Не вдаваясь въ подробное изложеніе вопроса о посмертномъ проникновеніи микроорганизмовъ въ различные ткани трупа, остановлюсь на немъ, лишь насколько это касается нашихъ наблюденій. Не составляетъ-ли присутствіе тифозной палочки въ желчи въ приведенныхъ наблюденіяхъ только результатъ посмертнаго ея проникновенія въ желчный пузырь? Едва-ли можетъ явиться сомнѣніе въ проникновеніи тифозной палочки еще при жизни въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ стѣн-

Таблица II.

Періодъ набуханія и начала некроза.				Періодъ язвъ и начала рубцеванія *)			
№ по порядку исслѣдованія.	Найдена-ли тифозная палочка.	Найдена-ли и другая бактерія.		№ по порядку исслѣдованія.	Найдена-ли тифозная палочка.	Найдена-ли и другая бактерія.	
5	+	-		1	+	+	28
8	+	-		2	+	-	31
25	+	-		3	+	-	33
29	+	-		4	+	-	37
30	+	-		7	+	+	41
32	+	-		10	+	-	42
34	+	-		12	+	-	44
35	+	-		13	+	-	45
36	+	-		15	+	+	46
38	+	-		16	+	-	47
49	+	-		18	+	+	48
53	+	-		19	+	+	50
55	+	-		20	+	+	51
56	+	-		21	+	+	54
57	+	-		22	+	+	59
58.	-	+		23	+	+	61
				24	+	+	62
				26	+	+	63
				27.	+	+	64

— 16; изъ нихъ въ 15 одна тиф. пал. = 93%.

— 38, изъ нихъ въ 19 одна тиф. пал. = 50%.

Періодъ выздоровленія.			
№ по порядку исслѣдованія.	Найдена-ли тифозная палочка.	Найдена-ли и другая бактерія.	
6	-	+	39
9	-	+	40
11	-	+	43
14	+	+	52
17	+	-	60

не сдѣлано изслѣдованія.

— 10; изъ нихъ въ 2-хъ одна тифозная пал. = 20%.

*) Случаи этой группы по трудности распределить ихъ по періодамъ тифа приходится соединить въ одну группу.

ки пузыри были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію и гдѣ оказались большія или меньшія измѣненія. Что же касается остальныхъ случаевъ, по крайней мѣрѣ тѣхъ изъ нихъ, въ которыхъ найдена только одна тифозная палочка и гдѣ желчь бралась для изслѣдованія въ зимнее время и до истечения сутокъ, то и въ этихъ случаяхъ намъ кажется не безъ значительной доли вѣроятія можно принять въ большинствѣ случаевъ еще прижизненное проникновеніе тифозной палочки въ желчный пузырь; иначе слѣдовало-бы ожидать болѣе частаго присутствія въ желчи и другихъ микроорганизмовъ и между ними такого частаго обитателя кишечника, какъ обыкновенная кишечная палочка. Нельзя не указать по этому поводу на работу *Marfan'a* и *J. G. Nann*⁵⁴). Эти авторы дѣлали посѣвы изъ различныхъ органовъ отъ 16 труповъ дѣтей и пришли къ заключенію, что бактериологическое изслѣдованіе труповъ черезъ 24—36 часовъ послѣ смерти, по крайней мѣрѣ зимою, имѣютъ полную цѣнность. Далѣе *Dupré*, изслѣдуя желчь 8 не тифозныхъ труповъ, нашелъ ее стерильною въ 6 случаяхъ, при чемъ въ 2-хъ его случаяхъ желчь была взята для изслѣдованія спустя 48—50 часовъ послѣ смерти. Наконецъ, еще больше заставляютъ признать прижизненное проникновеніе тифозной палочки въ желчный пузырь вышеупомянутыя литературныя указанія, гдѣ тифозная палочка была найдена въ желчи различными авторами еще при жизни больныхъ, а также и клиническіе случаи перитонитовъ при прободеніи желчнаго пузыря въ теченіи брюшнаго тифа. Все это, вмѣстѣ взятое, заставляетъ насъ думать, что мы имѣли дѣло въ нашихъ случаяхъ съ прижизненнымъ проникновеніемъ тифозной палочки въ желчный пузырь, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ она была найдена въ чистой культурѣ. Попавъ-же въ желчь, брюшнотифозная палочка находить въ ней для себя хорошую питательную среду^{*)} и, развиваясь, можетъ оказывать свое патогенное дѣйствіе на ткань желчнаго пузыря.

*) Работы: Бажанова (Еженед. клин. газ. №№ 5—6, 1885 г.), Михайловича (Диссерт. 1898, Спб.), Leubuscher'a (Zeitsch. f. kl. Med., т. 17, 1890 г.) и др.

Микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ желчнаго пузыря произведено нами въ 27 случаяхъ. Въ 24 изъ нихъ найдена въ желчи одна тифозная палочка, а въ 3 остальныхъ кромѣ тифозной палочки найдены и другіе микроорганизмы; если мы присоединяемъ эти послѣдніе случаи къ 24 первымъ, то дѣлаемъ это на томъ основаніи, что и въ нихъ, повидимому, первую причинною измѣненія служили тифозныя палочки, другія же бактеріи проникли лишь въ послѣдствіи или попали въ желчный пузырь только въ слѣдствіе непосредственнаго соединенія съ кишечникомъ при прободеніи желчнаго пузыря (№№ 3, 103); возможно также, что найденный въ стѣнкѣ желчнаго пузыря (№ 103) стрептококкъ усилилъ существовавшія до того измѣненія.

Изъ 27 случаевъ только въ 2-хъ не удалось отмѣтить измѣненій, если не считать мѣстную пролиферацию эпителія въ случаѣ № 692. Остальные случаи по степени оказавшихся измѣненій можно раздѣлить на 3 группы.

Располагая матеріалъ на 3 группы, надо сказать, что ясной границы между первыми двумя группами нельзя провести, такъ какъ нѣкоторые случаи изъ первой группы могутъ быть съ одинаковымъ правомъ помѣщены и во вторую группу. Въ первую группу относится 10 случаевъ (№№ 905, 43, 120, 211, 686, 720, 785, 842, 864, 38), въ которыхъ измѣненія ограничивались преимущественно слизистой оболочкой. Во многихъ изъ этихъ случаевъ слизистая оболочка значительными участками лишена эпителія. Трудно сказать, какую долю участія въ этой отслойкѣ эпителія, помимо посмертныхъ измѣненій, принимаетъ патологическій процесс. Сохранившіяся эпителиальныя кѣтки нерѣдко представляются набухшими, плохо окрашиваются или же измѣняются до полного ихъ распада; мѣстами же эпителій находится въ состояніи пролиферации. Сосуды слизистой оболочки растянуты и густо набиты красными кровяными шариками, иногда же они очень обильны, какъ въ случаѣ № 905, гдѣ мѣстами встрѣчаются кровозлиянія въ ткани слизистой оболочки. Слизистая оболочка или-же только складки ея пронизана круглыми различной величины элементами, среди которыхъ иногда попадаются и овальной

формы клѣтки, въ видѣ полосъ или въ видѣ скопленій неправильными островками, — рѣдко болѣе равномерно (№ 905). Уже во многихъ изъ этихъ случаевъ можно видѣть мѣстами распространение инфильтраціи отчасти и на мускульный слой. На сѣзѣжахъ изъ спиртовыхъ препаратовъ, окрашенныхъ фуксиномъ *Ziehl's* или щелочной синькой *Löffler's*, въ 6 случаяхъ удалось доказать присутствіе въ слизистой оболочкѣ палочекъ, по формѣ и величинѣ похожихъ на тифозныя. Эти палочки, располагающіяся то кучками (№№ 211, 38, 720, 785, 842), то по одиночкѣ (№ 43), занимаютъ или складки слизистой оболочки, или же и толщу, но всегда ближе къ ея свободному краю. Болѣе глубокаго проникновенія палочекъ въ другіе слои стѣнки пузыря замѣтить не удалось.

Вторую группу составляютъ 9 случаевъ (№№ 894, 948, 961, 981, 56, 88, 91, 749, 393), въ которыхъ воспалительный процессъ не ограничивается слизистой оболочкой, но занимаетъ и глубже лежащія слои. Въ этихъ случаяхъ и слизистая оболочка оказывается сильнѣе пораженной. Гиперемія ея выражена рѣзче; часто сосуды такъ многочисленны, что заполняютъ всю толщю многихъ складокъ слизистой оболочки; нерѣдко дѣло доходитъ даже до крововизляній (№№ 894, 961, 981, 91). Сосуды подбрюшиннаго слоя также обильны и богаты кровью. Обычно рѣзче выражено и пропитываніе слизистой оболочки грануляціонными элементами, распространяющееся въ послѣдней на мышечный слой. Просматривая препараты можно видѣть во многихъ случаяхъ непосредственное продолженіе пронизывающихъ слизистую оболочку элементовъ въ мышечный слой по соединительной ткани между мышечными пучками, иногда настолько, что мышечные пучки кажутся какъ бы раздвинутыми (№№ 749, 981, 91). Часто круглыя клѣтки проникаютъ между отдѣльными волокнами, раздвигая ихъ, иногда такъ густо, что затемняютъ ткань въ этихъ мѣстахъ (№№ 894, 981, 91, 749). Наконецъ, во многихъ изъ этихъ случаевъ воспалительное пропитываніе — или слабо выраженное, или болѣе значительное — занимаетъ и прилегающую къ мышечному слою часть подбрюшиннаго преимущественно въ видѣ полосъ вдоль сосудовъ или въ видѣ скопленій вокругъ поперечно перерѣзанныхъ сосудовъ.

Особенно сильныя измѣненія съ воспалительнымъ новообразованиемъ имѣются въ случаѣ № 91. Кромѣ значительнаго пропитыванія грануляціонными элементами слизистой оболочки и мускульнаго слоя подбрюшинный слой представляется утолщеннымъ; часть его, прилегающая къ мышечному слою значительно инфильтрована грануляціонными элементами; въ остальной же части между раздвинутыми волокнами соединительной ткани заложены какъ мелкія круглыя клѣтки, такъ и большія величины (съ круглымъ или лопастнымъ ядромъ), а также большія угловатая клѣтки. Кромѣ того въ одномъ мѣстѣ подбрюшиннаго слоя на границѣ съ мышечнымъ имѣется густое скопленіе круглыхъ клѣтокъ, имѣющее видъ miliarнаго гноинчика.

Въ слизистой оболочкѣ многихъ изъ этой группы случаевъ найдены такіе-же бактерии, расположенныя то кучками (№№ 894, 749), то отдѣльными (№ 961, 56); въ случаѣ № 749 кучки подобныхъ бактерий найдены и въ мышечномъ слоѣ.

Въ 3-ю группу входятъ остальные 6 случаевъ, гдѣ патологическій процессъ достигаетъ значительной степени.

Изъ нихъ прежде всего остановимся на случаѣ № 628, показывающемъ какого развитія могутъ достигать воспалительныя измѣненія стѣнки желчнаго пузыря. Рѣзко выраженная инфильтрація грануляціонными элементами въсѣхъ слоевъ стѣнки пузыря, значительная гиперемія напоминаютъ нѣкоторые случаи изъ второй группы. Но кромѣ этого въ подбрюшинномъ слоѣ этого случая на ограниченномъ мѣстѣ дѣло доходитъ до образованія значительной величины гноинчика съ расплываніемъ подлежащей ткани и съ развитіемъ грануляціонной ткани въ окрестности его. Подбрюшинный слой представляется утолщеннымъ. Воспалительная инфильтрація мѣстами распространяется также на серозный слой. Въ случаѣ № 852 воспалительныя измѣненія также захватываютъ всѣ слои стѣнки пузыря, но въ этомъ случаѣ процессъ сопровождается образованіемъ гнойнаго экссудата въ полость пузыря. Наконецъ, въ остальныхъ 4-хъ случаяхъ слизистая оболочка значительными участками подвергается некрозу, ведущему къ образованію язвъ. Число язвъ или незначительно (2—3), какъ

въ наблюденьяхъ №№ 90—99, или же число ихъ велико (№ 3). Однѣ изъ язвъ ограничиваются только слизистой оболочкой (№ 99), другія же захватываютъ мышечный слой или проникаютъ даже до серознаго покрова (№ 90); наконецъ, и этотъ послѣдній вовлекается въ процессъ и конечнымъ исходомъ является прободеніе. Просматривая препараты этихъ случаевъ, можно видѣть рядомъ съ болѣе или менѣе значительной инфильтраціей слизистой оболочки вдали отъ язвъ отдѣльные участки ея, гдѣ ткань плохо окрашивается, но гдѣ еще можно различить ея строеніе и инфильтрирующія ее кѣтки. На ряду съ таковыми измѣненіями слизистая оболочка въ области язвъ представляется уже въ видѣ безструктурной, плохо окрашивающейся мелкозернистой массы, въ которой только кое-гдѣ можно отличить отдѣльные лейкоциты, еще удерживающіе окраску. Въ области болѣе глубокихъ язвъ и слѣдующіе слои представляются въ видѣ такой-же безструктурной, распадающейся ткани съ сильной инфильтраціей въ окрестности грануляціонными элементами, среди которыхъ много распадающихся въ видѣ различной величины зеренъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ въ подбрюшинномъ слоѣ кромѣ того имѣется воспалительное новообразование: среди круглыхъ и овальной формы кѣтокъ, заложенныхъ между раздвинутыми волокнами старой соединительной ткани, встрѣчаются и набухшія веретенообразной формы кѣтки, часто располагающіяся рядами. Особенно выражены этотъ воспалительный процессъ въ случаяхъ № 3 и 103, въ которыхъ онъ переходитъ также на брюшину, а въ мѣстахъ прилежанія пузыря къ печени также на кѣтчатку и глссонову капсулу. Въ обоихъ этихъ случаяхъ въ подбрюшинномъ слоѣ попадаютъ мѣстами значительныя скопленія гнойныхъ элементовъ, инфильтрирующихъ также покрывающую пузырь брюшину. Слѣдствіемъ распространенія воспалительнаго процесса на брюшину въ послѣднихъ двухъ случаяхъ было образованіе плотныхъ сращеній съ соседними органами, между прочимъ, и съ прилегающей кишкой, въ которую и произошло прободеніе. Образованіе такого ограниченнаго перитонита въ нашихъ случаяхъ показываетъ, что распространеніе воспалительнаго процесса на

брюшину было еще до прободенія стѣнки пузыря. За исключеніемъ случаевъ № 99 и № 852 во всѣхъ остальныхъ въ слизистой оболочкѣ найдены палочки, по формѣ и величинѣ похожія на тифозныя и располагающіяся то кучками (№ 90), то по одиночкѣ. Кромѣ того эти палочки видны также въ полости гнойника среди распавшейся ткани, а также въ области язвъ. Въ случаѣ № 103 кромѣ палочекъ въ ткани можно видѣть и располагающіяся короткими цѣпочками стрептококкъ.

Если разсмотрѣть теперь эти измѣненія по времени тифа, то оказывается, что въ періодѣ набуханія желѣзистаго аппарата кишечника воспалительныя измѣненія стѣнки пузыря выражены менѣе сильно (въ 6-ти изъ 9 случаевъ поражена преимущественно слизистая оболочка) и что большею частью только въ послѣдующемъ теченіи тифа процессъ распространяется на остальные слои стѣнки. Только въ 2-хъ изъ 8 случаевъ (если не считать случая № 692, гдѣ измѣненій не найдено) періода язвъ измѣненія стѣнки пузыря ограничиваются преимущественно слизистой оболочкой; въ остальныхъ случаяхъ или воспалительная инфильтрація выражена рѣзче и захватываетъ всѣ слои стѣнки, или-же процессъ сопровождается образованіемъ гнойника въ стѣнкѣ пузыря (№ 628) или образованіемъ гнойнаго экссудата (№ 852). Наконецъ, въ этомъ же періодѣ воспалительныя измѣненія могутъ сопровождаться образованіемъ язвъ (№ 90 и 99), иногда очень глубокихъ (№ 90). Такой же почти силы и характера измѣненія стѣнки пузыря и въ періодѣ рубцеванія. Насколько обусловливаются значительныя пораженія стѣнки пузыря случая № 91 возвратомъ брюшнаго тифа, трудно сказать, тѣмъ болѣе, что въ случаѣ № 894 также съ возвратомъ тифа, измѣненія стѣнки мало чѣмъ отличаются отъ выраженныхъ измѣненій другихъ случаевъ.

Случай № 393 изъ періода закончившагося тифа показываетъ, что воспалительныя измѣненія стѣнки пузыря могутъ быть и по окончаніи брюшнаго тифа. Въ литературѣ имѣется нѣсколько случаевъ, когда тифозный холециститъ (о характерѣ пораженія судили по отсутствію въ желчи брюшно-тифозныхъ палочекъ) находили болѣе или менѣе долгое время спус-

тя послѣ перенесеннаго тифа. Для такихъ послѣтифозныхъ заболѣваній желчнаго пузыря нѣкоторые авторы (*Dupré, Cushing*) допускаютъ, что тифозная палочка, проникшая въ желчный пузырь во время тифа, можетъ находиться въ латентномъ состоянiи и что потомъ подъ влиянiемъ какихъ-то причинъ она можетъ проявлять свою вирулентность.

Такимъ образомъ рядомъ съ присутствiемъ тифозной палочки въ желчномъ пузырьѣ имѣются и измѣненiя его стѣнки, лоскащiя характеръ воспаленiя различныхъ степеней. Ограничиваясь въ легкихъ случаяхъ поражениемъ одной только слизистой оболочки, въ болѣе развитыхъ процессъ можетъ распространяться на слѣдующiе слои стѣнки пузыря и даже на покрывающую его брюшину. Въ первые недѣли брюшнаго тифа измѣненiя эти обычно слабо выражены, хотя и въ это время они могутъ достигать иногда значительной силы (№ 749). Однако болѣе степени развитiя процессъ достигаетъ только въ позднѣйшемъ теченiи тифа.

Имѣющiяся у насъ наблюденiя позволяютъ сдѣлать лишь вѣроятныя предположенiя, что процессъ заканчивается только по окончанiи тифа (или вѣрнѣе по устраненiи производящей его причины) и что исходомъ его является или полное заживленiе, или мало замѣтныя нарушенiя ткани въ случаяхъ, когда измѣненiя были незначительны и только въ меньшинствѣ случаевъ, когда процессъ, носившiй характеръ продуктивнаго воспаленiя, достигаетъ значительной силы, получаютъ такiя утолщенiя стѣнки, какъ въ наблюденiяхъ № 91 и особенно въ № 628. При распространенiи воспалительнаго процесса на серозный слой могутъ быть или утолщенiя этого слоя, или мѣстный перитонитъ съ образованiемъ спаекъ съ сосѣдними органами (какъ въ случаѣ № 3 и 103). Въ отдѣльныхъ случаяхъ воспалительный процессъ можетъ принимать гнойный характеръ или же патогенное (токсическое) дѣйствiе палочки *Eberth's* сказывается некрозомъ слизистой оболочки и образованiемъ болѣе или менѣе глубокихъ язвъ. *Da Kosta*⁵⁵⁾, указывая, что холериститъ при брюшномъ тифѣ составляетъ тяжелое осложненiе, какова бы ни была его форма, имѣетъ въ виду послѣднiя, рѣзко выраженные пораженiя желчнаго пузыря. Изъ 58,

собранныхъ имъ въ литературѣ случаевъ, въ 39 — наблюдался смертельный исходъ, въ 4-хъ — исходъ неизвѣстенъ и только въ 15-ти случаяхъ наступило выздоровленiе.

Если тифозная палочка и способна въ извѣстныхъ случаяхъ лежать въ основѣ некрозирующихъ процессовъ въ желчныхъ путяхъ, какъ думаетъ *Chiari*, тѣмъ не менѣе едва ли можно согласиться съ мнѣнiемъ *Dominici, Dawriac'a*, которые, хотя и очень осторожно, высказываютъ именно мнѣнiе, что и по отношенiю къ желчному пузырю тифозная палочка сохраняетъ присущiя ей особенности (образованiе язвъ), какими она обладаетъ по отношенiю къ кишечнику. Помимо уже того, что воспалительныя измѣненiя въ желчномъ пузырьѣ оказываются въ большинствѣ случаевъ, язвенныя же пораженiя его стѣнокъ только въ нѣкоторыхъ, этого не слѣдовало ожидать и на томъ основанiи, что для образованiя язвъ въ желчномъ пузырьѣ не имѣется такихъ анатомическихъ условiй, какiя существуютъ для этого въ кишечникѣ.

Что касается до времени появленiя разбираемаго пораженiя стѣнокъ пузыря, то оно можетъ быть уже въ первые недѣли брюшнаго тифа: по крайней мѣрѣ въ 9 изъ 10 изслѣдованныхъ случаевъ язвъ периода набуханiя железистаго аппарата кишечника оказались измѣненiя стѣнокъ пузыря. На основанiи этого, намъ кажется, заключенiе *A. Dawriac'a*⁵⁶⁾, что „холериститъ есть осложненiе конца тифа“ не вѣрно, хотя, какъ упомянуто выше, *Hagenmuller* на позднемъ появленiи этого осложненiя даже строитъ свою теорiю происхожденiя холеристита при тифѣ. Глубокiе разрушительные процессы, какъ гнойный холериститъ, язвенныя измѣненiя стѣнокъ пузыря, нельзя отнести къ какому-нибудь опредѣленному времени тифа: они могутъ быть на 3, 4, 5-й недѣляхъ. Въ случаѣ № 103 язвенный холериститъ былъ найденъ при вскрытiи больного, умершаго въ периодѣ закончившагося брюшнаго тифа. Однако обширныя патологическiя измѣненiя, поведшия къ образованiю спаекъ съ сосѣдними органами, говорятъ за то, что и здѣсь начало процесса должно быть отнесено къ болѣе раннему времени. Выводитъ заключенiе, какъ дѣлаютъ это нѣкоторые авторы, о частотѣ такихъ пораженiй въ извѣстномъ периодѣ ти-

фа по нахождению ихъ въ этомъ періодѣ при вскрытіи было-бы ошибочно. Справедливо, какъ намъ кажется, полагають *Brouardel* и *Thoinot*⁵²⁾, которые говорятъ, что „пораженія желчнаго пузыря свойственны періоду самаго разгара брюшнаго тифа, такъ что и конечный исходъ такихъ поражений—прободеніе—наблюдается обыкновенно во время самаго тифа“.

Вопросъ о пути проникновенія тифозной палочки въ желчный пузырь остается открытымъ. Противъ проникновенія тифозной палочки непосредственно изъ кишечнаго канала черезъ желчные протоки говорить, по мнѣнію *Chiari*, присутствие ея въ желчи въ чистой культурѣ. Интересно было-бы въ этомъ отношеніи произвести бактериологическія изслѣдованія содержимаго печеночнаго и пузырянаго протоковъ и прослѣдить ихъ измѣненія. Вполнѣ сознавая всю важность подобнаго изслѣдованія, мы тѣмъ не менѣе не могли сдѣлать этого вслѣдствіе затруднительности одновременнаго изслѣдованія содержимаго пузыря и протоковъ при большомъ количествѣ реакцій для установки діагноза тифозной палочки.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволимъ себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Въ теченіи брюшнаго тифа больше, чѣмъ въ половинѣ случаевъ желчь содержитъ тифозную палочку въ чистой культурѣ.

2) Наичаще тифозная палочка содержится въ желчи въ ранніе періоды тифа; чѣмъ больше прошло времени отъ начала заболѣванія, тѣмъ возможность ея нахожденія въ желчи уменьшается. Не смотря на это она можетъ быть найдена и въ періодъ закончившагося тифа и даже, какъ показываютъ литературные случаи, мѣсяцы и годы спустя послѣ тифа.

3) Рядомъ съ присутствіемъ тифозной палочки въ желчномъ пузырьѣ наблюдаются и измѣненія его стѣнокъ. Эти измѣненія, нося въ большинствѣ случаевъ воспалительный характеръ, поражаютъ или только слизистую оболочку, или и другіе свои стѣнки пузыря. Въ отдѣльныхъ же случаяхъ процессъ можетъ сопровождаться образованіемъ гнойнаго экссудата или

образованіемъ язвъ, которые могутъ служить причиною перитонита или вслѣдствіе прободенія, или *per continuitatem*.

4) Надо допустить, что легкія воспалительныя измѣненія, вызываемыя тифозною палочкою въ желчномъ пузырьѣ въ теченіи брюшнаго тифа, по окончаніи болѣзни разрѣшаются или оставляють послѣ себя мало замѣтныя нарушенія ткани. Въ случаяхъ же болѣе развитыхъ, въ которыхъ процессъ достигаетъ значительной степени, могутъ получаться и значительныя утолщенія его стѣнокъ.

5) Можно думать (хотя прямыхъ доказательствъ и нѣтъ), что, находясь въ желчномъ пузырьѣ въ періодѣ выздоровленія, тифозная палочка, попадая вмѣстѣ съ желчью въ кишечникъ, можетъ при особенныхъ благопріятныхъ для этого условіяхъ служить причиною возвратовъ брюшнаго тифа; или-же (какъ на это указываютъ случаи, описанные въ литературѣ) она можетъ быть причиною обострѣній существующихъ процессовъ въ желчномъ пузырьѣ (желчныя колики).

6) Затемняемая другими явленіями брюшнаго тифа, пораженія желчнаго пузыря въ большинствѣ случаевъ не сказываются при жизни и открываются только при вскрытіи; иногда же они даютъ такія рѣзкія явленія (какъ было и въ нашемъ случаѣ № 3), которые указываютъ на мѣсто пораженія уже при жизни больнаго.

Препараты были демонстрированы проф. *К. Н. Виноградову*, прив. доц. *В. П. Доброклонскому* и прозектору больницы другу *Е. А. Пастору*.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить искреннюю и глубокую благодарность за дѣльныя указанія и совѣты многоуважаемому проф. *К. Н. Виноградову*.

Также приношу искреннюю и глубокую благодарность главному доктору больницы, многоуважаемому *В. П. Доброклонскому*, какъ за совѣты и указанія, которыми приходилось пользоваться при исполненіи бактериологической части ра-

боты, такъ и за предоставленіе полной возможности произвести эту работу.

Такъ какъ мысль о работѣ была внушена многуважаемымъ д-ромъ *Е. А. Пасторомъ*, который не отъязывался и помочь при работѣ, то приношу и ему искреннюю благодарность.

Приложеніе.

Протоколы вскрытій случаевъ только съ бактериологическимъ изслѣдованіемъ желчи.

I. Случаи изъ періода набуханія желез. аппарата кишекъ.

№ 930 *). Вас. М., 31 г., поступилъ 1/хп 95 г., умеръ 9/хп 95 г. въ 8 ч. веч., вскрытіе 11/хп черезъ 40 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyrphus (набуханіе Пейеровыхъ бляшекъ безъ изъясненія; брызжеечныя железы увеличены, на разрѣзахъ блѣдно-красны; селезенка немного увеличена—3-ья недѣля). *Degeneratio adiposa myocardii et hepatis. Nephritis parench. ac. Hypostasis pulmonum et bronchitis purul. ac. lobar. infer.*

Желчный пузырь мало наполненъ не густой желчью; камней нѣтъ. На препаратахъ изъ желчи при микроскопическомъ изслѣдованіи подвижныя палочки въ значительномъ количествѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только тифозной палочки.

№ 46. Вас. Аф., 25 л., поступилъ 5/1 96 г., умеръ 13/1 96 г. въ 6 ч. у., вскрытіе 14/1 черезъ 30 час.

Epicrisis: Peotyrphus (3-ья недѣля—сильное набуханіе слизистой оболочки нижняго конца ilei и железистаго аппарата на протяженіи болѣе 1 м. безъ изъясненій). *Tumor. ac. lienis (16—9—4). Pneumonia cat. ac. duplex lobar. infer. et partim super. dissemin. Degen. parench. myocardii et hepatis. Nephritis bacterica.*

Желчный пузырь содержитъ значительное количество темно-зеленой, мало тягучей желчи. Стѣнки его, кромѣ желчной окраски мѣстами, видимыхъ измѣненій не представляютъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—кромѣ эпителиальныхъ клѣтокъ значительное количество подвижныхъ палочекъ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи тифозной палочки въ чистой культурѣ.

№ 63. Мих. Ух., 18 л., пост. 11/1 96 г., ум. 17/1 96 г. въ 8 ч. ве-

*) ММ означаютъ ММ протокол. вскрытія.

чера, вскр. 18/1 через 27 ч. послѣ смерти; пузырь взятъ 3 часа спу-
сти послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (2-я нед.—мозговидное набуханіе желези-
стаго аппарата coli et ilei безъ признаковъ поверхностнаго некро-
за). Pneum. group. dextra lobi sup. in stadio hepatis rubr. (плевра
покрыта тонкимъ фибринозн. налетомъ). Nephrit. parench. ac.
Degen. parench. hepatis et myocardii. Pneum. cat. ac. lob. inf. dextr.
(2—3 узла).

Желчный пузырь мало наполненъ прозрачной, свѣтло-желтаго
цвѣта, тягучей желчью. Камней нѣтъ. Стѣнки пузыря гиперемиро-
ваны. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—отдѣльные
эпителиальные клѣтки и подвижныя въ значительномъ количествѣ
палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи дало чистую куль-
туру брюшнотифозныхъ палочекъ.

№ 222. Сиг. Г—ъ, пост. 23/п 96 г., ум. 27/п въ 10 ч. в., вскр.
28/п 96 г. черезъ 14 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (2—3 недѣля—мозговидное набуханіе Пейфе-
ровыхъ бляшекъ ilei и брызжеечныхъ железъ безъ изъязвленія).
Pneum. cat. ac. dupl. lobar. infer. Laryngitis ulcerosa. Degen. pa-
rench. myocardii. Periparotitis ac. dextra.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ свѣтлой, водянистой
желчью. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи,
кромѣ отдѣльныхъ клѣтокъ эпителия, подвижныя короткія палочки
въ значительномъ количествѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе по-
казало присутствіе въ желчи только тифозной палочки.

№ 392. Ек. С—а, 17 л., пост. 18/iv 96 г., ум. 25/iv въ 8 ч. в.,
вскр. 26/iv; желчный пузырь взятъ для изслѣдованія черезъ 4 ч. по-
слѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (3-ья нед.—hyperplasia gland. Peyerii ilei
sine necrose). Pneum. group. dextr. lob. inf. et cat. ac. sin. Degenera-
tio parench. myocardii, hepatis, renum. Hyperplasia ac. lienis.

Желчный пузырь растянутъ темно-зеленаго цвѣта, мутной, тягу-
чей желчью. Камней нѣтъ. Стѣнки пузыря мѣстами гиперемирова-
ны, мѣстами темно-зеленаго цвѣта. Микроскопическое изслѣдованіе
желчи показало много эпителиальныхъ клѣтокъ и подвижныя палоч-
ки. При бактериологическомъ изслѣдованіи найдена только брюшно-
тифозная палочка.

№ 871. Гр. Шк—ъ, поступ. 24/x 96 г., ум. 2/xi въ 8 ч. у., вскр.
4/xi черезъ 48 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (2 нед.—мозговидное набуханіе Пейфе-
ровыхъ бляшекъ нижняго конца ilei и солитарныхъ железъ coli на
всемъ протяженіи). Pneum. cat. ac. lobaris lobi inf. sin. et lobularis
lobi inf. dextr. Laryngitis ulcerosa incip. Degen. parench. myocardii
et hepatis. Nephrit. parench. ac. Tumor ac. lienis.

Желчный пузырь умѣренно растянутъ свѣтло-коричневою жел-
чью съ кирпичнаго цвѣта легко расправляемыми крупинками въ осад-
кѣ. Камней нѣтъ. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало
обыкновенную кишечную палочку и разжижающіе желатину кокки.

II. Случаи изъ періода изъяс и начала рубцеванія.

№ 899. П. П—ъ, 22 л., поступ. 24/xi, ум. 1/xi 95 г., въ 8 ч.
40' у., вскр. 2/xi черезъ 27 ч. послѣ смерти.

Epicrisis. Neo-et Colotyphus (3-я нед.). Peritonitis acutissima per-
forativa.

Въ полости таза немного гнойнаго выпота; брюшина тонкихъ
кишечъ ярко-краснаго цвѣта; стѣнка ilei на разстояніи 42 см. отъ
соесум на поверхности противоположной мѣсту прикрѣпленія брыз-
жейки перфорирована; отверстие представляется со стороны брю-
шины величиною съ булавочную головку, со стороны слизистой
язва на Пейферовой бляшкѣ въ 1 $\frac{1}{2}$ см. съ толстыми, подрытыми
краями и желтымъ распадомъ по дну. Нижний отдѣлъ ilei на про-
тяженіи 1 м. показываетъ на мѣстахъ Пейферовыхъ бляшекъ и соли-
тарныхъ железъ такого-же вида язвы. Въ солонъ близъ соесум на
солитарныхъ железахъ язвы величиною до 1 см. Селезенка 17—
10—5.

Желчный пузырь содержитъ много свѣтло-зеленой, на днѣ мутно-
ватой желчи. Камней нѣтъ. Серозный покровъ пузыря гиперемиро-
ванъ, мѣстами зеленоватаго цвѣта.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—кѣтки эпителия
и подвижныя палочки въ значительномъ количествѣ. Бактеріологи-
ческое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только тифозной
палочки.

№ 968. Пв. Ив—ъ, 19 л., пост. 8/xi 95 г., ум. 20/xi 3 ч. д.,
вскр. 21/xi черезъ 20 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (3 недѣли). Hyperaemia peritonei visceralis.
Pneumon. group. dextr. lob. sup. Nephrit. bacter. sin.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество свѣтлой,
водянистой желчи. Камней нѣтъ. Наружная поверхность пузыря
гиперемирована. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи не-
большое количество подвижныхъ палочекъ. Бактеріологическое из-
слѣдованіе обнаружило въ желчи только тифозную палочку.

№ 972. В. А—ъ, 34 л., пост. 15/xi 95 г., ум. 20/xi 2 ч. 45' д.,
вскр. 22/xi черезъ 44 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (5 и $\frac{2}{3}$ недѣли—язвы, частью очистившія-
ся съ приставшимъ краемъ, частью по дну покрыты желтымъ рас-
падомъ; одна изъ послѣднихъ въ центрѣ перфорирована. Селезенка

нормального объема). Peritonitis purul. totalis perforat. Enterorrhagia. Degener. parench. myocardii et hepatis.

Желчный пузырь мало наполнен гниучей желчью. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи немного подвижныхъ палочекъ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи тифозной и обыкновенной кишечной палочекъ.

№ 50. М. Ив.—ъ, 20 л., пост. 1/1 96 г., ум. 14/1 8 ч. у., вскр. 15/х черезъ 27 час. послѣ смерти.

Epicrisis: Peo-et Colotyphus (3-я недѣля.—глубокія язвы съ валкообразными, угольными краями и желтымъ распадомъ по дну, одна язва геморрагически инфильтрована). Bronchitis ac. Desquamatio nasi post erysipelatem. Anaemia.

Желчный пузырь умеренно наполненъ водянистой свѣтло-желтаго цвѣта желчью. Камней нѣтъ. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи обнаружило тифозную палочку и кокки.

№ 53. Ст. Е.—ъ, 18 л., пост. 20/хп 95 г., ум. 14/1 11 ч. в., вскр. 15/1 96 г., черезъ 12 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (5-я недѣля—атоническія язвы на рѣзко пигментированныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ съ вилыми, подрытыми краями, покрыты желтымъ налетомъ и дизентерическимъ налетомъ въ складкамъ mucosae ilei). Pneumonia catarrhalis acuta duplex. Parotitis suppurat. dextra. Infarctus multiplex renum cum suppuratio-ne. Hepatitis interstitialis diff. et cicatricee hepatis (лѣвая доля мала, состоитъ главнымъ образомъ изъ рубцовой ткани). Septico-pyemia.

Желчный пузырь малъ, содержитъ небольшое количество темно-зеленой, водянистой, на днѣ мутноватой желчи. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны кѣтки эпителия и подвижныя короткія палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе тифозной палочки и разжижающихъ желатину кокковъ (одна колонія на 2-й пластинкѣ).

№ 691. Ив. Т.—ъ, 25 л., пост. 14/вп 96 г., ум. 22/вп 2 ч. н., вскр. 23/вп черезъ 32 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peo-et Colotyphus (4 недѣля—на протяженіи 140 см. ilei на Пейеровыхъ бляшкахъ язвы до 2 см., проникающія болѣею частью до брюшины, двѣ изъ нихъ въ центрѣ перфорированы). Peritonitis fibrinoso-purul. perforativa totalis. Degeneratio adiposa hepatis. Laryngitis ulcerosa. Pneumonia catarrhal. ac. lobi infer. sin.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество тягучей темно-зеленого цвѣта желчи съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ на препаратахъ изъ желчи много эпителиальныхъ кѣтокъ и подвижныя палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало въ чистой культурѣ обыкновенную кишечную палочку.

№ 750. Вас. С.—ъ, 20 л., пост. 1/х 96 г., ум. 15/х въ 11¹/₂ ч. у., вскр. 16/х черезъ 23 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3-я недѣля—на протяженіи 1 м. въ нижнемъ концѣ ilei на мѣстѣ увеличенныхъ Пейеровыхъ бляшекъ язвы, покрытыя желтымъ распадомъ; одна изъ нихъ проникаетъ до брюшины, которая въ этомъ мѣстѣ имѣетъ мертвѣлый видъ и покрыта фибриознымъ налетомъ; соответственная петля ilei рыхло спаяна съ передней стѣнкой живота). Peritonitis fibrin. ac. part. adhaes. Laryngitis ulcerosa. Pneumon. cat. ac. lobi infer. dextr. Degeneratio adiposa hepatis.

Желчный пузырь умеренно наполненъ свѣтло-зеленой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—кѣтки эпителия и подвижныя палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало присутствіе тифозной палочки въ чистой культурѣ (реакція Widal'я : 16).

№ 893. Ал. Ут.—ъ, 17 л., пост. 28/х 95 г., ум. 29/х 1 ч. 45' д., вскр. 30/х черезъ 22 ч. послѣ смерти.

Epicr. Peotyphus (6-ая нед.—рѣзкая пигментация всей слизистой оболочки ilei и подживающія язвочки на Пейеровыхъ бляшкахъ). Pneum. ca. ac. lobar. inf. et abscessus metastat. lobar. super. Abscessus metastat. hepat. (2 нарыва величиною съ лѣсной орѣхъ). Abscessus milares renum. Hyperplasia ac. lienis. Parot. supp. dextr. Pyaemia. Въ толстой кишкѣ (col. transvers.) одна поперечная язва въ 3 см. с. подрытыми мягкими краями и чистымъ дномъ, образованнымъ мускулатурой.

Желчный пузырь умеренно наполненъ темной, водянистой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ желчи значительное количество очь подвижныхъ палочекъ; при бактериологическомъ же изслѣдованіи получены тифозная и обыкновенная кишечная палочки.

№ 904. Ана Ст., 17 л., пост. 16/х 95 г., ум. 2/хп, вскрыт. 3/хп черезъ сутки послѣ смерти.

Epicrisis: Peo-et Colotyphus (въ ileum рядомъ съ пигментированными, частью оживающими язвами, свѣжее набуханіе солитарныхъ железъ и отдаленныхъ фолликулъ Пейеровыхъ бляшекъ, въ colon многочисленія, свѣже набухшія солитарныя железки и въ верхнемъ концѣ пигментированныя рубцующіяся язвочки). Enterorrhagia. Otitis met purul. dextr. Anaemia acuta.

Желчный пузырь умеренно наполненъ свѣтлой, не тягучей желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны въ значительномъ количествѣ подвижныя короткія палочки, бактериологическое же изслѣдованіе обнаружило только тифозную палочку.

№ 923. Ник. Ук., 18 л., пост. 14/х 95 г., умерь 8/хп 2 ч. 30' д., вскр. 9/хп через 22 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (pygmentatio et ulcera atonica ilei— $\frac{2}{3}$ нед.) Infarc. haemorrhagic. lobi sup. pulmon. dextr. Pneum. cat. ac. lob. inf. Pleurit. fibrin. ac. lob. inf. dextr. Desquamatio faciei post. erysipelatem.

Желчный пузырь мало наполненъ темно-желтой желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—кѣтки эпителия и много подвижныхъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получены тифозная и обыкновенная кишечная палочки.

№ 991. П. Л.—ъ, 22 л., пост. 13/хп 95 г., ум. 27/хп въ 6 ч. у., вскр. 28/хп через 29 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus ($\frac{2}{3}$ нед.—большою частью очистиившіяся язвы съ подрытыми краями, изъ которыхъ одна на 3-ей Пейеровой бляшкѣ имѣетъ сквозное отверстие въ 1 мм. на расстояніи 18 см. отъ Баугиніевой заслонки). Peritonitis acutissima totalis perfor. Laryngitis ulcerosa. Pneumon. catarrh. ac. lobar. inf. Degenerench. hepatis.

Желчный пузырь наполненъ тягучей, свѣтло-зеленой желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи эпителиальные кѣтки и подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе желчи показало присутствіе тифозныхъ палочекъ и кокковъ.

№ 13. Ив. Ар—ъ, 23 л., пост. 9/хп 95 г., ум. 4/л 96 г. въ 6 ч. у. вскр. 5/л через 29 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus ($\frac{4}{5}$ нед.—атоническія язвы ile сь вѣлыми подрытыми краями и рѣзкой пигментацией). Infarctus lobi inf. pulm. sin. cum exit. in suppurationem (велич. сь куриное яйцо). Pleuritis seroso-pur. sinister. Hyperaemia peritonei ilei et jejuni. Infarctus renis dextr. cum suppurat. Hyperplasia ac. lienis. Otit. md. purul. duplex. Perihepatitis adhaesiva chron.—Septico-pyаemia.

Желчный пузырь сильно наполненъ свѣтло-желтой внизу мутной желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—кѣтки эпителия и много подвижныхъ палочекъ. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи обыкновенной кишечной палочки и разжижающихъ желатину кокковъ (2 колоніи).

№ 17. Мих. К., пост. 15/хп 95 г., ум. 5/л 96 г. въ 4 ч. у., вскр. через 32 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-et Colotyphus (4-ая нед.—очистиившіяся язвы сь пигментированными краями, изъ нихъ одна на разстояніи 50 см. отъ сосисъ сквозная) Peritonit. perfor. acutiss. tot. Hyperplasia con-

puscul. Malpygii lienis. Degenerat. parench. myocardii. Pneumon. cat. ac. dextra lob. sup. et inf. disseminata.

Желчный пузырь умеренно наполненъ мутноватой свѣтло-коричневой желчью. Слизистая его мѣстами гиперемирована. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—одиночные зернистые (гнойные) шарики, въ большомъ количествѣ подвижныя палочки и много кѣтокъ эпителия. Бактериологическое изслѣдованіе желчи показало тифозную и обыкновенную кишечную палочки.

№ 18. Зоя Ст., 23 л., пост. 16/хп 95 г., ум. 5/л 96 г. въ 1 ч. д., вскр. 6/л через 22 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (4-ая нед.—атоническія язвы на увеличенныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ сь подрытыми вѣлыми краями на протяжении больше метра ilei). Infarct. lobi inf. pulm. sin. cum suppurat. (величиною сь льеной орхъ). Pleuritis fibrinoso-purul. sin. Degenerat. parench. myocardii.

Желчный пузырь обильно наполненъ темно-зеленой, тягучей желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало въ желчи только обыкновенную кишечную палочку.

№ 37. Ал. Пл—ъ, 18 л., поступ. 14/хп 95 г., ум. 10/л 96 г. въ 2 ч. д., вскр. 11/л через 22 часа.

Epicrisis: Peotyphus (6-ая нед.—2 атоническія язвы сь подрытыми краями на Пейеровыхъ бляшкахъ). Infarct. lobi inf. pulmon. dextr. (величиною сь яблоко) cum exitu in gangraenam. Bronchit. et peribronchitis ac. pulm. sin. Degenerat. parench. myocardii.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество темно-желтой, не тягучей желчи сь легко растирающимися зернистымъ осадкомъ. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—кѣтки эпителия и небольшое количество подвижныхъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получена обыкновенная кишечная палочка и разжижающе желатину кокки (одна колонія на 2-ой пластинкѣ).

№ 48. Ник. М., 20, пост. 26/хп 95 г., ум. 14/л 96 г. въ 5 ч. у., вскр. 15/л 96 г. через 30 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (4-ая нед.—очистиившіяся язвы сь подрытыми краями на слегка пигментированныхъ и увеличенныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ). Bronchit. et peribronchit. ac. dupl. Degener. parench. myocardii et hepatis. Nephrit. bacterica dupl. Otitis med. purul. sin. et otit. purul. partis petros. ossis temporal. sin.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество не густой, свѣтлой желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ на препаратѣхъ изъ желчи видны отдѣль-

ныя кѣтки эпителия и подвижныя короткія палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало тифозную палочку въ чистой культурѣ.

№ 380. Вас. Л.—ъ, 24 л., пост. 2/iv 96 г., ум. 20/iv, вскр. 21/iv черезъ 28 ч.

Epicrisis: Peotyphus (3—4 нед.—частю очистившіяся, частю еще покрытыя желтымъ распадомъ язвы Пейеровыхъ бляшекъ ilei на протяженіи 1 м.) Laryngitis ulcerosa cum oedema mucosae. Angina gangraenosa palat. moll. et picarum. Bronchopneumonia catar. ac. dupl. lobar. inf. Ruptura mm. recti abdominis. Degener. parench. myocardii. et hepatis.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество не густой, свѣтло-вишневаго цвѣта желчи съ зернистымъ осадкомъ. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны кѣтки эпителия и подвижныя палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи тифозной палочки и кокковъ.

№ 650. Петръ Г., 29 л., поступ. 12/vii 96 г., ум. 5/viii 12 ч. 30', вскр. 5/viii, черезъ 10 ч.

Epicrisis: Peo- et Colotyphus (1 м.—частю очистившіяся язвы на Пейеровыхъ бляшкахъ съ геморрагическими краями и дномъ, частю пигментныя рубцы, также въ colon). Pneum. catar. ac. lobar. infer. et peribronchit. ac. Infarct. lobi sup. pulm. dextr. Otitis med. purul. dextr. Degenerat. parench. hepatis et myocardii. Nephrit. parench. ac. Hyperplasia ac. lienis (18—10—3).

Желчный пузырь хорошо наполненъ темной, не тягучей желчью съ зернистымъ осадкомъ. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ на препаратахъ изъ желчи видны кѣтки эпителия и подвижныя палочки въ небольшомъ количествѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало чистую культуру тифозныхъ палочекъ.

№ 659. Вас. Сп., 23 л., пост. 17/vii 96 г., ум. 9/viii въ 1 ч. д., вскр. 10/viii, черезъ 22 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (4/5 нед.—въ нижнемъ концѣ ilei на хвѣтѣ увеличенныхъ Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ железахъ частю очистившіяся, частю рубцующіяся язвы, частю пигментированные рубцы. Такія же измѣненія на солитарныхъ железахъ colonis ascendents). Infarctus multiplex pulmon. dext. Embolia arter. fossae Sylvii sin. Encephalomalacia.

Желчный пузырь мало наполненъ тягучей, темноватою желчью Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны отдѣльныя кѣточки эпителия и въ большемъ количествѣ подвижныя палочки. Бактеріоло-

гическое изслѣдованіе желчи показало только обыкновенную кишечную палочку.

№ 693. Ник. Т. 21 г., пост. 6/viii 96 г., ум. 23/viii въ 7 ч. у., вскр. 24/viii черезъ 28 часовъ послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (5/6 нед.—пигментация Пейеровыхъ бляшекъ ilei). Pneum. catar. ac. sin. lob. inf. et sup. Degeneratio parench. myocardii et hepatis. Laryngitis ulcerosa et perichondritis necrotica cartilag. arythenoid. Hyperaemia peritonei. Situs inversus organorum thoracis et abdominis totalis.

Желчный пузырь малъ, содержитъ небольшое количество темно-зеленоватаго цвѣта желчи съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны кѣтки эпителия въ порядочномъ количествѣ и подвижныя палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только обыкновенной кишечной палочки.

№ 676. Ал. А.—ъ, 32 л., пост. 15/vii 96 г., ум. 16/viii въ 4 ч. д., вскр. 17/viii, черезъ 18 час. послѣ смерти.

Epicrisis: Peo- et Colotyphus (4/5 нед.—на пигментированныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ и солитарныхъ железахъ язвы до 3-хъ стм. съ чистымъ дномъ, образованнымъ мускулатурой). Tumor ac. lienis. Trombosis arteriae iliac. sin. Infarct. multipl. pulmon. et pneumon. hypostatica. Infarct. renis dextri.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ темнозеленою желчью съ мутнымъ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ. Серозная оболочка блѣстая-бѣлаго цвѣта, утолщена, мѣстами гиперемирована.

Подъ микроскопомъ на препаратахъ изъ желчи видны кѣтки эпителия, одиночные бѣлые зернистые (гноявые) шарики и подвижныя палочки.

Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи тифозной и обыкновенной кишечной палочекъ.

№ 717. Г. Р.—ъ, 21 г., поступ. 18/viii 96 г., умеръ 1/ix въ 11 ч. в., вскр. 2/ix, черезъ 12 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3—4 недѣли). Degeneratio parench. myocardii. Degeneratio adiposa hepatis. Tumor ac. lienis (18—11—4). Nephritis parench. ac. et bacterica. Otitis med. purul. sin. Въ ileum на протяженіи 1 1/2 м. отъ coecum на мѣстѣ увеличенныхъ Пейеровыхъ бляшекъ очистившіяся язвы до 4 стм. съ приставшими ко дну краями, послѣднее образовано поперечно-полосатою мускулатурой.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ водянистой, свѣтло-желтаго цвѣта желчью.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны отдѣльныя кѣтки эпителия

и въ значительномъ количествѣ короткія и длинныя подвижныя палочки. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получены тифозная и обыкновенная кишечная палочки.

III. Случаи изъ периода выздоровленія.

№ 79. Анна М., пост. 8/xii 95 г., ум. 23/i 96 г., вскр. 24/i, черезъ сутки послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (7/8 нед.—pigmentatio glandul. Peyeri). Gangraena pedis sin. et phlegmone cruris sin. Thrombosis arter. fossae Sylvaniae et embol., encephalomalacia corpor. striati sin. flav. (величиною съ грецкій орѣхъ). Infarctus lobi inf. pulmon. dextri cum suppuratione. Lien multiplex (7). Peritonit. chron. adhaes. et situs inversus coeci et colonis.—Pyaemia.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество темной, тягучей желчи. Камней нѣтъ. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи тиф. и обыкнов. кишечной палочки и microc. tetrag. (?)

№ 919. Ек. Т—а, 30 л., пост. 5/xi 95 г., ум. 7/xii, въ 10 ч. 30' в., вскр. 8/xii, черезъ 12 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Cicatrices et pigmentatio glandul. Peyeri post ileotyphum. Infarctus multiplex renum. Leptomeningitis purul. basilaris. Parotitis suppur. dextra. Degener. adiposa cordis. Pneumon. catarrh. lobar. infer.—Pyaemia.

Желчный пузырь умеренно наполненъ тягучей, темно-зеленой желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи небольшое количество эпителиальныхъ клѣтокъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получена только одна разжижающая колонія на 1-й пластинкѣ (случайная примѣсь?).

№ 943. П. С—ъ, 29 л., пост. 24/x 95 г., ум. 14/xii 95 г., вскр. 15/xii, черезъ 28 час. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (pigmentatio et cicatrices gland. Peyeri ilei). Pneum. croup. sin. lobi inf. totius. (stad. hepatis flav.) et lobi sup. sin. part. (stad. hepat. rubrae). Pleuritis fibrin. lobi infer. sin. Atrophia cordis, lienis, hepatis et renum.

Желчный пузырь мало наполненъ не тягучей, свѣтлой желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи видны клѣтки эпителия и въ очень незначительномъ количествѣ подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только обыкновенной кишечной палочки.

№ 950. Вл. Ч—ъ, 18 л., пост. 10/xi 95 г., ум. 15/xii въ 2 ч. н., вскр. 16/xii, черезъ 30 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (1 1/2 мѣс.—pigmentatio et cicatrices gland. Peyeri et solit. ilei et coli). Laryngitis ulcerosa. Bronchitis ichorosa et peribronchitis gangraenosa lobi sup. pulm. sin. Hyperplasia lienis Degener. parench. myocardii.—Septicaemia.

Желчный пузырь умеренно наполненъ темной, слизистой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны клѣтки эпителия и подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только обыкновенной кишечной палочки.

№ 969. Як. Ос—ъ, 26 л., пост. 31/x 95 г., ум. 20/xii въ 2 ч. 55' д., вскр. 21/xii, черезъ 21 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Cicatrices et pigmentatio ilei post typhum. Infarctus multiplex lienis cum suppuratione. Peritonitis fibrinoso-purul. et haemorrh. totalis. Pleurit. ac. haemorrh. diaphragm. duplex.—Septico-pyaemia.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество водянистой, темно-зеленой (бурой) желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи — отдѣльныя клѣтки эпителия и много подвижныхъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получены тифозная и обыкновенная кишечная палочки.

№ 416. Ст. Д—ъ, 27 л., пост. 14/x 96 г., ум. 1/v, въ 1 ч. д., вскр. 2/v, черезъ 22 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Pigmentatio glandul. Peyeri ilei et follic. coli post ileotyphum; cicatrix region. parotid. dextr. Pneumonia caseosa tubercul. sin. cum cavernis. Pneum. croup. dextra lobi sup. et infer. in stad. hepatis at. griseae cum pleurit. fibrin. pur. Hyperplasia lienis.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество тягучей, темноватой желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи — клѣтки эпителия и подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи обыкновенной кишечной палочки и microc. tetrag. (?)

№ 670. Т. Ф—ъ, 19 л., пост. 16/vii 96 г., ум. 14/viii въ 5 ч. в., вскр. 15/viii, черезъ 18 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Pigmentatio glandul. Peyeri post ileo-typhum (рѣзкая пигментация первыхъ 3-хъ блѣшекъ). Decubitus regionis sacral. (cum gangraena cutis). Abscessus multipl. lobi sup. pulmon. dextri et pneumonia. catarrh. lobaris lobi inf. sin. Abscessus miliar. renum. Otitis med. purul. sin.—Pyaemia.

Желчный пузырь умеренно наполненъ не густой, свѣтло-желтаго цвѣта желчью. Камней нѣтъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи получены на 1-ой пластинкѣ 2 разжижающія желатину колоніи.

№ 745. Ник. К—ъ, 28 л., поступ. 17/viii 96 г., ум. 12/ix въ 10 ч. 15' в., вскр. 13/ix, черезъ 14 час. послѣ смерти.

Epicrisis: Ileotyphus (in sanatione—cicatrices glandul. Peyerii ilei). Bronchopneumon. purul. dextra et pleuritis fibrinosa purul. dextr. Nephritis bacterica et abscessus in cortic. renis sin. Peritonit. purul. (non perforat.) Degenerat. parench. muscul. et hepatis. Hyperplasia lienis.

Желчный пузырь малъ съ утолщенными, гипермированными стѣнками; наружный покровъ бѣловатаго цвѣта. Въ полости его небольшое количество мутноватой, не густой желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—много эпителиальныхъ клѣтокъ, отдѣльные зернистые шарики и порядочное количество подвижныхъ палочекъ. Бактеріологическое изслѣдованіе желчи показало присутствіе тифозной и обыкновенной кишечной палочки.

№ 990. Ан. Д.—а, 16 л., пост. 27/x 95 г., ум. 26/xi въ 10 ч. 50' у. вскр. 27/xi черезъ 24 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Cicatrices ilei post typhum. Pleuropneumonia group. dextr. lobi med. total. et part. lobi inf. Hepar lobat. luetic. Leptomenigitis chron.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество темпозеленой, не тягучей желчи. Складки слизистой оболочки пузыря уплощены. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ желчи видны въ небольшомъ количествѣ подвижныя толстыя палочки, бактеріологическое же изслѣдованіе желчи обнаружило тифозную палочку въ чистой культурѣ.

Краткія исторіи болѣзней и протоколы вскрытій случаевъ съ бактеріологическимъ и гистологическимъ изслѣдованіемъ.

I. Случаи изъ періода набуханія железистаго аппарата кишечника.

№ 905. Марія Т., 17 л., поступила 27/xi 95 г., на 8-й день болѣзни съ выраженнымъ тифознымъ состояніемъ, явленіями бронхита въ легкихъ, увеличенной селезенкой, поносомъ. Т° 39,5. Въ слѣдующіе дни при тѣхъ-же объективныхъ явленіяхъ—тяжелое тифозное состояніе съ бредомъ и возбужденіемъ. 2/xii въ 12 ч. 30' д. смерть (на 6-й день по поступленіи). Вскрытіе 3/xii черезъ 23 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-et Colotyphus (набуханіе железистаго аппарата безъ изъязвленія и некроза). Degeneratio parenchymatosa hepatis et myocardii. Nephritis parenchym. ac. Tumor ac. lienis. Hypostas. pulmonum.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество не густой, темно-зеленой желчи съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много эпителиальныхъ клѣтокъ и подвижныя палочки въ небольшомъ количествѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ желчи только тифозныхъ палочекъ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: слизистая оболочка лишена эпителия почти на всемъ протяженіи. Мѣстами болѣе равномерная, мѣстами же въ видѣ болѣе густыхъ скопленій инфильтрація слизистой оболочки (преимущественно складокъ ея) круглыми съ малыми поясомъ протоплазмы и болѣе величины одноядерными клѣтками. Инфильтрирующие слизистую оболочку элементы иногда проникаютъ и въ мышечный слой, располагаясь между мышечными пучками. Сосуды, слизистой оболочки въ особенности, многочисленны, растянуты и густо набиты красными кровяными шариками. Мѣстами въ слизистой оболочкѣ встрѣчаются группы красныхъ кровяныхъ шариковъ внѣ сосудовъ. Ближе къ свободному краю слизистой оболочки очень рѣдко попадаются отдѣльныя палочки, по формѣ и величинѣ напоминающія тифозныя.

№ 56. П.—ъ II—ъ, 14 л., поступилъ 6/1 96 г., на 6-й день заболѣванія съ подавленнымъ сознаніемъ, вздутымъ, чувствительнымъ животомъ, поносомъ. Со стороны внутреннихъ органовъ только сухіе хрипы въ легкихъ; т° 39,8; Р. 120. Въ слѣдующіе дни появленіе розеолъ, увеличеніе селезенки; безвѣдное состояніе съ возбужденіемъ и бредомъ. Умеръ 15/1 въ 10 ч. у. (на 9 день по поступленіи).

Вскрытіе 16/1 черезъ 25 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-et Colotyphus (начало 3-й недѣли—начинающійся, поверхностный некрозъ Пейеровыхъ бляшекъ, мозговидно набухшихъ). Pneumonia catarrh. acutiss. duplex. Nephrit. parench. ac. Degeneratio adiposa hepatis (островками). Degeneratio parench. myocardii. Tumor ac. lienis.

Желчный пузырь наполненъ мало тягучей, свѣтлой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—эпителиальныя клѣтки (частью съ незамѣтнымъ ядромъ) и подвижныя палочки. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозныхъ палочекъ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Сохранившіяся мѣстами эпителиальныя клѣтки слизистой оболочки безъ ясныхъ границъ съ плохо замѣтнымъ ядромъ; отъ нѣкоторыхъ клѣтокъ остался только зернистый распавъ. Слизистая оболочка мѣстами довольно густо пронизана мелкими, одноядерными, кругло-кѣлочными элементами. Тѣ-же элементы изрѣдка проникаютъ и въ мышечный слой, распро-

Срашиваются между пучками волокон; небольшие скопления их встречаются также вокруг некоторых сосудов в подбрюшинном слое. Сосуды растянуты и набиты красными шариками. Отдельные бактерии в слизистой оболочке на различной глубине.

№ 88. Васил. К.—ъ, 19 л., поступил 5/1 96 г. При поступлении на 10-й день болезни выраженное тифозное состояние; в легких явления бронхита; селезенка увеличена; понос; t° 38,8; P. 100. 22/1 рѣзкое тифозное состояние; явления катарральной пневмонии в легких. 25/1 возбужденіе, безсознательное состояние; t° 39,9. Умерь в 5 ч. веч.

Вскрытіе 26/1 через 19 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3-я недѣля—набуханіе солитарныхъ железъ и Пейеровыхъ бляшекъ ilei съ начинающимся поверхностнымъ омертвѣніемъ). Pneumonia catarrh. ac. duplex lobor. infer. Synecchia pleurae dextr. lobi inf. Degeneratio parenchym. hepatis et myocardii. Nephritis parench. ac.

Желчный пузырь содержит небольшое количество темноватой, мало тягучей желчи. Камней нѣтъ. Стѣнки пузыря мѣстами гиперемированы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—эпителиальные кѣтки въ значительномъ количествѣ и подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозныхъ палочекъ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителия нѣтъ почти на всемъ протяженіи слизистой оболочки; оставшіяся кое-гдѣ кѣтки набухши, плохо окрашены. Нѣкоторыя складки слизистой оболочки, мѣстами также и остальная часть ея, густо пропитаны одноядерными съ малымъ полюсомъ протоплазмы и большей величины круглыми кѣтками; между круглыми элементами попадаются также овальной формы кѣтки. Часто мелкіе круглые элементы проникаютъ въ мышечный слой въ видѣ полюса, а иногда въ видѣ густыхъ скопленій между мышечными пучками, или-же эти элементы располагаются также между отдельными мышечными волокнами, раздвигая послѣднія. Небольшія скопленія такихъ элементовъ встречаются и въ подбрюшинномъ слое (въ частяхъ, прилегающихъ къ мышечному). Въ этомъ слое однако часто попадаются разбросанныя одноядерныя (рѣдко съ двумя ядрами или съ однимъ бесквитообразнымъ) кѣтки, а также большія явсія съ пузырьковиднымъ ядромъ. Сосуды слизистой оболочки густо набиты красными кровяными шариками. Бациллъ въ ткани найти не удалось.

№ 120. М. Н.—ъ, 17 л., поступилъ 28/1 96 г. на 12-й день болезни съ сильно выраженнымъ тифознымъ состояніемъ. Въ легкихъ явления разлитого бронхита. Животъ вздутъ, болезненъ въ правой подвздошной области. Селезенка выходитъ на 2 пальца изъ

подъ реберъ. Поносъ. T° 40,0. Въ слѣдующіе дни тифозное состояние рѣче. Пульсъ частый, малый. Дыханіе учащено, поверхностно. Смерть на 5-й день по поступленіи 1/1 въ 1 ч. 30' дня. Вскрытіе 2/1 черезъ 22 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (конецъ 2-й недѣли—мозговидное набуханіе Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ железъ на протяженіи 2 м. ilei безъ некроза). Tumor ac. lienis (19—14—5). Pneumonia catarrh. ac. sin. lobaris et dextra disseminata. Degeneratio parench. myocardii et hepatis. Nephritis parenchymatosa ac.

Желчный пузырь малъ, содержит небольшое количество не густой, светло-желтой желчи. Камней нѣтъ. Слизистая оболочка пузыря мѣстами гиперемирована. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—значительное количество подвижныхъ палочекъ и кѣтки эпителия. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе одной тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителия слизистой оболочки нѣтъ. Мѣстами въ слизистой оболочкѣ небольшія скопленія круглыхъ со скудной протоплазмой кѣтокъ въ видѣ полюса или гнѣздъ. Сосуды густо набиты кровяными шариками. Бациллъ въ ткани не найдено.

№ 211. Як. И.—ъ, 19 л., поступилъ 21/1 96 г. на 9-й день болезни.

При поступленіи глубокое тифозное состояние, явления бронхита въ легкихъ, увеличенная селезенка, розеола; поносъ; t° 40,0. 26/1 явления катарральной пневмонии въ нижней долѣ лѣваго легкаго. Тифозное состояние съ бредомъ. Пульсъ очень малъ, частъ. Смерть въ 5 ч. 10' веч. Вскрытіе 27/1 черезъ 18 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (конецъ 2-ой недѣли—мозговидное набуханіе Пейеровыхъ бляшекъ съ поверхностнымъ некрозомъ на первой отъ Баугиніевой заслонки). Pneumonia catarrh. ac. duplex lobar. infer. Tumor ac. lienis. Degeneratio parench. myocardii.

Желчный пузырь утѣренно наполненъ светло-желтой, не тягучей желчью. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—кѣтки эпителия и подвижныя палочки. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Слизистая оболочка лишена эпителия на всемъ протяженіи. Въ слизистой оболочкѣ попадаются разбросанныя, богатыя протоплазмой и мелкія одноядерныя круглыя кѣтки и только рѣдко мѣстами послѣднія располагаются болѣе гѣсно, образуя неправильные островки. Сосуды растянуты и наполнены кровью. Ближе къ свободному краю слизистой оболочки встречаются расположенныя кучками бациллы,

№ 694. М.—ъ М.—ъ, поступилъ 21/уш 96 г., на 2-ой день бо-
лѣзни.

При поступленіи рѣзкое тифозное состояніе; въ легкихъ явленія
распространеннаго бронхита; поносъ; t° 39,5. 23/уш на 3-й день по
поступленіи безсознательное состояніе, шанозъ конечностей; пузырь
частый, малый. Смерть въ 9 ч. веч. Вскрытіе 24/уш черезъ 14 ч.
послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-Colotyphus (2 недѣли—рѣзкое, мозговидное опу-
ханіе солитарныхъ железъ и Пейеровыхъ бляшекъ, первыхъ также по
всему тракту толстыхъ кишекъ). Pneumonia catarrh. ac. dissemin.
duplex. Degeneratio parench. myocardii et hepatis. Tumor ac. lienis
(18—12—4^{1/2}).

Желчный пузырь умѣренно наполненъ водянистой, свѣтло жел-
таго цвѣта желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—большое количе-
ство эпителиальныхъ кѣлѣтокъ и короткихъ подвижныхъ палочекъ
отдѣльно и кучками.

Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе только
тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Слизистая оболочка
на всемъ протяженіи представляетъ однообразную, плохо восприни-
мающую ядерныя краски ткань. Эпителиа нѣтъ. Мѣстами въ поверх-
ностномъ слоѣ слизистой оболочки замѣчаются бациллы, отдѣльными
и расположенныя кучками.

Найденныя измѣненія этого случая слѣдуетъ считать за резуль-
татъ посмертныхъ измѣненій; за это говорить однообразная картина
измѣненій на всемъ протяженіи слизистой оболочки.

Чтобы до нѣкоторой степени уснѣнить себя,—не могла ли сама
желчь именно брюшнотифознаго больнаго вызывать такія измѣненія
уже послѣ смерти, по предложенію многоуважаемаго проф. К. Н.
Виноградова, былъ взятъ желчный пузырь при вскрытіи (черезъ 21
ч. послѣ смерти) брюшнотифознаго больнаго и крѣпко перевязанъ
по срединѣ; изъ одной половины были взяты части стѣнокъ для гис-
тологическаго изслѣдованія, а другая половина пузыря съ остав-
шейся желчью была оставлена при t° 15—16 С. на 8 часовъ; только
послѣ этого были взяты и изъ нея части стѣнокъ для гистологиче-
скаго изслѣдованія. Затѣмъ былъ взятъ желчный пузырь отъ боль-
наго, умершаго отъ крупозной пневмоніи (вскрытіе произведено че-
резъ 24 ч. послѣ смерти). Такимъ же образомъ и въ этомъ случаѣ
были взяты части стѣнокъ пузыря для гистологическаго изслѣдова-
нія. Какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ можно было убѣ-
диться лишь въ томъ, что слизистая оболочка пузыря черезъ 8 ча-
совъ по вскрытіи измѣнялась настолько, что значительно хуже вос-

принимала ядерныя краски, чѣмъ въ случаяхъ, взятыхъ тотчасъ по
вскрытіи.

№ 749. М. К.—ъ, 22 л., поступилъ 9/ix 96 г., на 2-ой недѣлѣ за-
болѣванія съ выраженнымъ тифознымъ состояніемъ, явленіями
бронхита въ легкихъ, поносомъ; t° 40,0. 11/ix рѣзкое тифозное со-
стояніе съ бредомъ при тѣхъ же объективныхъ явленіяхъ. 13/ix въ
нижнихъ доляхъ легкихъ обильные мелкіе хрипы. 14/ix въ 6 ч. у.
смерть на 6-ой день по поступленіи.

Желчный пузырь взятъ для изслѣдованія 4 часа спустя послѣ
смерти.

Epicrisis: Neotyphus (2-я недѣля—на протяженіи 2-хъ м. ilei рѣз-
ко увеличенныя Пейеровы бляшки и солитарныя железы покрыты
желтымъ поверхностнымъ струпомъ). Tumor ac. lienis (16—10—5).
Degeneratio parench. myocardii et hepatis. Hypertrophia glandul. thy-
roid. Pneumonia catarrh. ac. dupl. lobar. infer. Pleurit. fibrin. ac. Ne-
phrit. parench. ac.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ свѣтлой, мутноватой
желчью съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ. На слизистой
оболочкѣ пузыря расширенныя сосуды.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много кѣлѣтокъ
эпителиа, одиночные зернистые (гнойные) шарики и значительное ко-
личество подвижныхъ палочекъ. Бактериологическое изслѣдованіе
обнаружило присутствіе только тифозной палочки (реакція *Widal*'и
1:16).

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Оставшіяся кое-гдѣ
эпителиальныя кѣлѣтки безъ ясныхъ границъ, набухшія, протоплазма
ихъ, иногда и ядро, плохо красятся. Слизистая оболочка или болѣе
равномерно, или въ видѣ болѣе густыхъ скопленій пронизана одно-
ядерными кругло-кѣлочными элементами, среди которыхъ встрѣча-
ются и овальной формы кѣлѣтки. Тѣми же элементами пронизанъ и
мышечный слой, иногда въ видѣ густыхъ скопленій между мышеч-
ными пучками, или же круглые элементы проникаютъ и между от-
дѣльными волокнами, причемъ эти послѣдніе тогда раздвинуты и
мышечный слой кажется какъ бы разрѣженнымъ. Въ подбрюшин-
номъ слоѣ между волокнами соединительной ткани разсыяны одно-
ядерныя мелкія и большія величины (также одноядерныя,—рѣже съ
2-мя ядрами или съ однимъ неправильнымъ) круглыя кѣлѣтки; здѣсь
встрѣчаются также и большія плоскія (угловатыя) кѣлѣтки съ пу-
зырьковиднымъ ядромъ. Сосуды слизистой оболочки, мѣстами и под-
брюшиннаго слоя, растянуты и набиты красными кровяными ша-
риками. Въ слизистой оболочкѣ и мышечномъ слоѣ попадаютъ
кучки бациллы.

№ 785. Пв. Р.—ъ, 19 л., поступилъ 26/ix 96 г., на 5-й день (?)
болѣзни съ значительнымъ тифознымъ состояніемъ, поносомъ. Объ-

активно со стороны внутренних органов только явления бронхита в легких. Т° 39,5. В следующие дни резкое тифозное состояние с бредом; пульс малый, частый. 1/x в 10¹/₂ ч. у. на 7-й день по поступлении смерть. Вскрытие 2/x через 24 ч. после смерти.

Epicrisis: Neotyrphus (2-ая неделя). Degeneratio parenchym. myocardii, hepatis, renum.

Желчный пузырь умеренно наполнен водянистой, светло-желтой желчью, на дне мутноватой. Камней нет. Наружный покров пузыря мстами гиперемирован.

При микроскопическом исследовании желчи — эпителиальные клетки, одиночные зернистые (гнойные) шарики, а также значительное количество подвижных палочек. Бактериологическое исследование (и реакция *Widal*'я 1 : 16) показало присутствие одной тифозной палочки.

Микроскопическое исследование срывов: Слизистая оболочка лишена эпителия почти на всем протяжении; оставшиеся кое-где эпителиальные клетки отстали от подлежащей ткани, набухшие, частью с мало заметными ядрами, частью же от них остались только зернистый распад. Небольшая, мстная, в виде скоплений, инфильтрация слизистой оболочки мелкими и большей величины круглыми, одноядерными клетками. Значительно реже и меньшими скоплениями эти элементы пронизывают и мышечный слой. Сосуды растянуты и набиты кровяными шариками. Ближе к свободному краю слизистой оболочки встречаются расположенные кучками бациллы.

№ 842. Ник. К.—ъ, 18 л., поступил 19/x 96 г. в конце 2-ой недели заболевания. При поступлении выраженное тифозное состояние, явления бронхита в легких, увеличенная печень и селезенка, понос; т° 40,3. В следующие дни глубокое тифозное состояние с бредом; в легких явления катаральной пневмонии в левой нижней доле. Умерь 22/x в 10 ч. 30' и., на 4-ый день по поступлении. Вскрытие 23/x через 12 ч. после смерти.

Epicrisis: Neotyrphus (конец 2-ой недели—мозговидное набухание Пейеровых бляшек почти на всем протяжении ilei без признаков некроза). Tumor ac. Henis (18—10—4). Pneumonia catarrh. ac. duplex. Degeneratio parench. hepatis.

Желчный пузырь содержит небольшое количество светло-коричневой, не густой желчи. Камней нет. Слизистая оболочка пузыря мстами гиперемирована.

При микроскопическом исследовании желчи—эпителиальные клетки и подвижные короткия палочки в значительном количестве. Бактериологическое исследование показало присутствие тифозной палочки в чистой культуре (реакция *Widal*'я 1 : 16).

Микроскопическое исследование срывов: Эпителий слизистой

оболочки большею частью сохранены, набухший, мстами в состоянии пролиферации; иногда границы между клетками не ясны; иногда же плохо красятся и ядра. Слизистая оболочка мстами пронизана грануляционными элементами. Подобными же элементами пронизан (значительно меньше) и мышечный слой между мышечными пучками. Сосуды слизистой оболочки обильны, растянуты и набиты красными кровяными шариками. В слизистой оболочке встречаются расположенные кучками бациллы.

№ 864. Ал. А.—ъ, 20 л., поступил 27/x 96 г. При поступлении на 6-ой день болезни значительное тифозное состояние с бредом. В легких разбрызанные сухие и влажные хрипы. Живот вздут. Селезенка выходит на 1 палец из под ребер. Понос. Т° 39,0. Ть же явления до дня-смерти. Умерь на 5 день по поступлении (31/x в 8 ч. в.) при упадке сердечной деятельности и падении температуры до 36,8. Вскрытие 1/x через 15 ч. после смерти.

Epicrisis: Neotyrphus (3-ья неделя)—Пейеровы бляшки на протяжении 1¹/₂ м. увеличены, красны, рзмеччатого вида. Pneumonia catarrh. ac. lobar. infer. Degeneratio parench. myocardii, hepatis et renum. Tumor ac. Henis.

Желчный пузырь содержит небольшое количество светло-желтой водянистой желчи. Камней нет. Слизистая оболочка желчного пузыря мстами гиперемирована.

Под микроскопом в желчи—эпителиальные клетки в небольшом количестве и подвижные короткия палочки, отдельные и кучками. При бактериологическом исследовании получена только тифозная палочка.

Микроскопическое исследование срывов: Эпителий слизистой оболочки сохранены мстами; эпителиальные клетки—набухшие, плохо окрашиваются, часто отстали от подлежащей ткани. Слизистая оболочка у основания некоторых складок пронизана в виде небольших скоплений грануляционными элементами. Ть же элементы изрдка проникают и между мышечными пучками. Сосуды слизистой оболочки растянуты и наполнены кровью. Бацилл в ткани найти не удалось.

II. Случаи из периода образования язв.

№ 961. Ив. Д.—ъ, 23 л., поступил 5/x 95 г., на 8-ой (?) день болезни в глубоком тифозном состоянии; т° 40,2. В легких явления распространенного бронхита; живот вздут, чувствителен; селезенка увеличена; понос. 10/x в обьих нижних долях легких явления катаральной пневмонии; дыхание сильно учащено; пульс частый (110—120), слабого наполнения. Такое состояние

продолжается до 18/хп, дни смерти (въ 4 ч. дни). Вскрытие 19/хп через 19 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (3-ья недѣля—частью очистившіяся извы на Пейеровыхъ бляшкахъ и солитарныхъ железахъ съ желтымъ распаломъ по дну, съ подрытыми краями). Pneumonia catarrh. ac. lobaris lobi infer. dextr. et bronchitis ac. lobi infer. sin. Myocarditis interstit. chron. diff. Tumor ac. lienis.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество свѣтлой, мало тягучей желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—немного эпителиальныхъ клѣтокъ, одиночные красные шарики и значительное количество подвижныхъ короткихъ палочекъ. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружило одинъ видъ колоній—тифозныхъ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителиальный покровъ слизистой оболочки болѣею частью отсталъ отъ подлежащей ткани, мѣстами его совсѣмъ нѣтъ; эпителиальныя клѣтки—набухшия, плохо красятся, съ мало замѣтными границами. Слизистая оболочка, преимущественно же складки ея, мѣстами довольно густо пронизана грануляционными элементами; среди круглыхъ элементовъ попадаются клѣтки овальной формы. Тѣ же элементы, иногда въ значительномъ количествѣ проникаютъ между мышечными пучками въ мышечный слой и въ прилегающую къ мышечному слою часть подбрюшиннаго, гдѣ они располагаются преимущественно возлѣ сосудовъ. Сосуды всѣхъ слоевъ многочисленны, растянуты и набиты красными кровяными шариками. Мѣстами въ слизистой оболочкѣ видны группы красныхъ кровяныхъ шариковъ между элементами ткани внѣ сосудовъ. Въ поверхностномъ слоеъ слизистой оболочки попадаются отдѣльныя бациллы.

№ 981. П. А.—а, 17 л. При поступленіи въ больницу 13/хп 95 г., на 5-ый день болѣзни, значительное тифозное состояніе, явленія бронхита въ легкихъ, увеличенная селезенка, розеола, поносъ, t° 40,4. 17/хп явленія катаральной пневмоніи въ лѣвой нижней долѣ. 18/хп тѣ же явленія въ легкихъ и справа. Тяжелое тифозное состояніе до дня смерти. Умерла на 11-ый день по поступленіи, 23/хп въ 10 ч. 45' у.; вскрытие 24/хп черезъ 24 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (3-ья недѣля—поверхностное изъязвленіе мозговидно набухшихъ Пейеровыхъ бляшекъ). Tumor ac. lienis (15—10—4). Pneumonia catarrh. ac. duplex lobarum inferiorum. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Nephritis parenchym. ac.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ свѣтлой, водянистой, визну мутноватой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много клѣтокъ эпителия, отдѣльныя зернистыя шарики и подвижныя короткія па-

лочки. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружило тифозныя палочки въ чистой культурѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителия на слизистой оболочкѣ нѣтъ. Слизистая оболочка мѣстами болѣе равномерно, мѣстами же (особенно складки ея) въ видѣ болѣе густыхъ скопленій пронизана грануляционными элементами; среди мелкихъ круглыхъ элементовъ встрѣчаются и болѣе величины одноядерныя,—рѣдко съ двумя ядрами или съ однимъ неправильнымъ,—кѣтки. Мышечный слой также значительно пронизанъ подобными элементами, при чемъ въ мѣстѣ густыхъ скопленій мышечные пучки кажутся раздвинутыми. Только возлѣ нѣкоторыхъ сосудовъ, притомъ въ незначительномъ количествѣ, замѣчаются вышедшіе близкіе шарики и въ подбрюшинномъ слоеъ. Сосуды, особенно слизистой оболочки, многочисленны, растянуты и набиты красными кровяными шариками. Мѣстами въ слизистой оболочкѣ значительныя группы красныхъ кровяныхъ шариковъ между элементами ткани внѣ сосудовъ. Бациллъ въ ткани не найдено.

№ 692. Гр. Б.—ъ, 19¹/₂ л., поступилъ 6/хп 96 г. на 7-ой день болѣзни. Значительное тифозное состояніе. Печень и селезенка увеличены. Поносъ. Т° 40,2. Въ слѣдующіе дни явленія бронхита въ легкихъ, розеола на кожѣ живота. 22/хп паденіе температуры до 37,0, а въ 8 ч. веч. (22/хп) на 16 день по поступленіи смерть при упадкѣ сердечной дѣятельности. Вскрытие 23/хп черезъ 16 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-Colotyphus (3 недѣли—сплошное набуханіе слизистой оболочки, надъ которой немного возвышаются Пейеровы бляшки и солитарныя железы съ незначительными очичающимися язвочками). Pneum. catarrh. acuta duplex lobarum infer. Laryngitis ulcerosa. Nephritis interstitialis chron. et parenchym. ac. Pyelitis ac. Degeneratio parenchymat. hepatis.

Желчный пузырь умѣренно наполненъ водянистой, свѣтло-коричневой желчью. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны въ небольшомъ количествѣ эпителиальныя клѣтки и подвижныя палочки, отдѣльныя и кучками. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителия почти повсюду сохраненъ, мѣстами въ состояніи пролифераціи. Инфильтраціи не замѣтно. Бациллъ въ ткани найти не удалось.

№ 720. Ив. К.—ъ, 23 л., поступилъ 19/хп 96 г. на 2-ой недѣлѣ болѣзни съ тифознымъ состояніемъ, явленіями бронхита въ легкихъ, увеличенной селезенкой, поносомъ; t° 39,8. 27/хп сознание помрачено; въ легкихъ много мелкихъ влажныхъ хриповъ; пульсъ учащенъ, малаго наполненія. Тѣ же явленія до дня смерти 2/хп (въ 1 ч.

30' д., на 15-ый день по поступлении). Вскрытие 3/ix через 22 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-et Colotyphus (3 нед.). Pneumonia catarrh. ac. duplex lobar. infer. Degeneratio parench. myocardii et hepatis. Tumor ac. lienis (16—10—4^{1/2}). Nephritis parench. ac. Вѣ леум на протяжении 170 см. Пейеровы бляшки и солитарныя железы увеличены, выстоятъ, блѣдно окрашены, съ поверхностными язвочками, проникающими до submucosa. Въ colon на всемъ протяжении солитарныя железы увеличены.

Желчный пузырь умеренно наполненъ не густой, буровато-зеленой желчью съ легко растираемыми крупинками въ осадкѣ. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много эпителиальныхъ клѣтокъ и подвижныхъ короткихъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи найдена только тифозная палочка.

Микроскопическое изслѣдование сръзовъ: Слизистая оболочка значительными участками лишена эпителия; оставшіяся клѣтки отсоединены отъ подлежащей ткани, набухшія, плохо окрашены. Инфильтрація слизистой оболочки или разбросанными, или мѣстами болѣе густо въ видѣ небольшихъ скопленій, круглыми со скудной протоплазмой и болѣе величинами одноядерными клѣтками. Нѣкоторыя клѣтки плохо окрашиваются и представляются въ видѣ блѣднаго остова безъ ядра. Въ слизистой оболочкѣ попадаются расположенныя кучками бациллы.

№ 38. Ф. С.—ъ, 16 л., поступилъ 26/xii 96 г. на 8-й день болѣзни. При поступленіи небольшое тифозное состояніе, сухіе и влажные хрипы въ легкихъ, увеличенная селезенка, поносъ; t° 39,0. 31/xii сильное тифозное состояніе; на кожѣ живота нѣсколько розеолъ. 11/i 97 г. тифозное состояніе съ буйнымъ бредомъ; пульсъ малаго наполненія, учащенъ. 15/i въ 3 ч. 50' д. смерть на 21-ый день по поступленіи. Вскрытие 16/i черезъ 20 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-Colotyphus (начало 4-ой недѣли—очистившіяся язвы на Пейеровыхъ бляшкахъ и въ colon ascendens на фолликулахъ). Peribronchitis et pneumonia catarrh. ac. lobarum infer. Synchia pleur. partial. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Laryngitis typhosa. Tumor lienis.

Желчный пузырь содержитъ значительное количество не густой, свѣтловатой желчи. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ въ желчи—эпителиальныя клѣтки и подвижныя палочки. При бактериологическомъ изслѣдованіи (и реакціи Widal'я 1:30) найдены только тифозныя палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе сръзовъ: Эпителий сохраненъ участками, иногда въ состояніи пролифераціи. Слизистая оболочка, преимущественно складки ея, пронизана мѣстами грануляціонными

элементами. Иногда эти элементы проникаютъ и между мышечными пучками. Сосуды растянуты и набиты красными кровяными шариками. Въ слизистой оболочкѣ встрѣчаются бациллы, расположенныя кучками.

№ 628. Ег. Ф.—ъ, 23 л., поступилъ 28/viii 97 г. на 15-ый день болѣзни.

При поступленіи значительное тифозное состояніе; дѣятельность сердца хорошая; въ легкихъ явленія бронхита; животъ вздутъ и болѣзненъ въ правой подвздошной области; селезенка увеличена; поносъ; t° 39,2. Тѣ же явленія и въ слѣдующіе дни. 3/ix розеолы на кожѣ живота. 4/ix кишечное кровотеченіе съ паденіемъ температуры до 37,0. 5/ix тоже кровотеченіе и смерть въ 2 ч. дня (на 9-ый день по поступленіи). Вскрытие 6/ix черезъ 22 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Neo-Colotyphus (3 недѣли—на протяжении почти 2 м. lei) Пейеровы бляшки рѣзко увеличены, мозговидны и покрыты желтымъ несмываемымъ распадомъ; нѣкоторыя представляють глубокія язвы; въ colon солитарныя железы мозговидны, увеличены до горошины, сидятъ часто, съ распадомъ по верхушкамъ). Enterorrhagia. Tumor ac. lienis. Anaemia ac.

Серозный покровъ желчнаго пузыря гиперемированъ. Стѣнки его особенно у дна утолщены; въ этой же части пузыря на нижней поверхности въ толщѣ стѣнки имѣется гнойникъ, наполненный густымъ гноемъ. Полость пузыря уменьшена. Желчь мутна, въ небольшомъ количествѣ. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны эпителиальныя клѣтки, бѣлые зернистыя шарики (гноинные) въ небольшомъ количествѣ и много короткихъ подвижныхъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи желчи и содержимаго гнойника обнаружено присутствіе только тифозныхъ палочекъ (реакція Widal'я 1:30).

Микроскопическое изслѣдованіе сръзовъ: Эпителий слизистой оболочки и железъ сохраненъ мѣстами; однѣ изъ эпителиальныхъ клѣтокъ съ хорошо выраженными ядрами, но плохо окрашивающейся протоплазмой, въ другихъ же и ядра плохо замѣтны; на нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий въ состояніи пролифераціи. Слизистая оболочка пронизана, мѣстами въ видѣ густыхъ гнѣздныхъ скопленій или въ видѣ полосъ, грануляціонными элементами; иногда такія густыя скопленія располагаются вокругъ слизистыхъ железъ. Среди инфильтрирующихъ слизистую оболочку одноядерныхъ круглыхъ элементовъ съ малымъ поясомъ протоплазмы встрѣчается значительное число и болѣе величинами клѣтокъ также одноядерныхъ или (рѣже) съ 2-мя ядрами, иногда же ядро въ нихъ подковообразной формы. Въ мѣстахъ, гдѣ инфильтрація не такъ обильна можно видѣть между круглыми элементами и овальной формы клѣтки. Въ нѣ-

которых мѣстах пронизывающіе слизистую оболочку элементы въ видѣ полосы тянутся между мышечными пучками въ мускульный слой и отсюда въ подбрюшинный. Кроме того, густыя скопления ихъ окружаютъ мышечные пучки или же отдѣльные круглыя кѣтки проникаютъ и между мышечными волокнами. Въ подбрюшинномъ слое скопленія грануляціонныхъ кѣтокъ замѣчаются вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ; въ этомъ же слое попадаются кромѣ разсыянныхъ лейкоцитовъ также большія плоскія кѣтки, иногда съ однимъ или двумя вытянутыми концами. Препараты изъ области брюшника въ подбрюшинномъ слое показываютъ распавшуюся, зернистую, плохо воспринимающую окраску массу, среди которой иногда только попадаются еще обрывки волоконъ и отдѣльные воспринимающіе окраску лейкоциты или зернистый распадъ ихъ; къ периферіи можно видѣть уже больше воспринимающихъ окраску кѣтокъ. Въ окружности распавшейся массы на всемъ протяженіи этой части стѣнки пузыря располагаются между раздвинутыми волокнами старой соединительной ткани ряды овальныхъ и сочныхъ веретенообразныхъ кѣтокъ съ заложеными между ними круглыми элементами и много наполненными кровью капилляровъ. Подбрюшинный слой представляется мѣстами очень утолщеннымъ. Серозный покровъ мѣстами инфильтрированъ. Сосуды слизистой оболочки и подбрюшиннаго слоя многочисленны, растянуты и набиты красными кровяными шариками. Мѣстами въ слизистой оболочкѣ замѣтны кровоизлиянія. Отдѣльно расположенныя бациллы встрѣчаются какъ въ слизистой оболочкѣ, такъ и среди распада гнойника.

№ 90. Ад. В.—ъ, 23 л., поступилъ 24/1 98 г. въ началѣ 4-ой (?) недѣли заболѣванія съ значительнымъ тифознымъ состояніемъ, явлениями бронхита въ легкихъ, увеличенной селезенкой, поносомъ; 1^о 40, 2. Тя же явления и въ слѣдующіе дни, 29/1 коматозное состояніе, цѣловъ конечностей, едва ощутимый пульсъ; въ 1 часть дня (на 6-й день по поступленіи) смерть. Вскрытіе 30/1 черезъ 22 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3—4 нед.). Cholecystitis ulcerosa necrotic. Purpuraemia peritonei.

Брюшина тонкихъ кишекъ гиперемирована. Печень увеличена, передній край ея закругленъ, ткань маркаго вида; плотность нормальна, границы долекъ обозначены желтыми полосками. Селезенка рѣзко увеличена, ткань темновишневаго цвѣта, рыхла, пульса мало выскабливается. Въ слизистой оболочкѣ ilei на протяженіи 2 м. отъ сосис Пейерovy бляшки и солитарныя железы сильно опухли, краснаго цвѣта, съ язвами до 2 см., проникающими до мышечнаго слоя; края язвъ подрыты; дно многихъ изъ нихъ покрыто еще желтымъ не смываемымъ распадомъ. Брыжеечныя железы увеличены до сливы, въ разрѣзѣ сочны, красны; въ нѣкоторыхъ желтыя некротически

гнѣзда. Гортань безъ измѣненій; легкія свободно проходими; сердце нормальной величины; мускулатура матоваго вида; клапаны безъ измѣненій. Почки нормальнаго объема, капсула сдвигается расщепляясь, частью съ разрывомъ корковаго слоя; послѣдній уплотненъ; изъ верхушки выдавливается много гноевидной жидкости. Желчный пузырь рѣзко увеличенъ въ объемѣ (2 гусиныхъ яйца). Брюшина его сильно налита кровью; стѣнки во многихъ мѣстахъ некротизированы, выпячиваются въ видѣ плоскихъ пузырей, грязно-зеленаго цвѣта, но до перфорации дѣло не дошло. Пузырь наполненъ темной, мутной желчью съ сфроватымъ осадкомъ. Слизистая показываетъ многочисленныя язвы; одна изъ язвъ величиною до 1¹/₂ см. съ вишнящими кѣлками. Большіе желчныя протоки проходими, безъ измѣненій. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видно большое количество эпителиальныхъ кѣтокъ (часто съ плохо красящимся ядромъ и мутной протоплазмой), гнойные шарики и красные кровяные въ небольшомъ количествѣ; много подвижныхъ палочекъ отдѣльныхъ и собранныхъ въ кучки. Бактеріологическое изслѣдованіе (и реакція *Widal*'я 1 : 30) показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе сръзговъ:

Слизистая оболочка лишена эпителия почти на всемъ протяженіи; только кое-гдѣ встрѣчаются плохо окрашивающіяся эпителиальныя кѣтки. Складки слизистой оболочки уплощены; значительными участками ткань ея некротизирована. Остальная часть слизистой оболочки, а также и мышечный слой мѣстами очень густо въ видѣ гнѣздныхъ скопленій или полосъ пронизаны грануляціонными элементами. Въ подбрюшинномъ слое также замѣчаются иногда значительныя скопленія грануляціонныхъ элементовъ; кромѣ круглыхъ кѣтокъ здѣсь видны мѣстами овальной формы кѣтки, а также сочныя веретенообразныя, располагающіяся иногда правильными рядами, иногда въ различныхъ направленіяхъ; кромѣ того въ подбрюшинномъ слое встрѣчаются большія плоскія кѣтки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ слизистой оболочки капилляры обильны и густо набиты кровяными шариками. Препараты изъ области поверхностныхъ язвъ показываютъ распавшуюся, безструктурную, плохо воспринимающую окраску ткань слизистой оболочки, въ которой иногда еще можно видѣть отдѣльные кругло-кѣточные элементы, еще воспринимающіе окраску, или распадъ ихъ въ видѣ большей или меньшей величины зеренъ; въ области другихъ язвъ разрушенію подвергается и мышечный слой; наконецъ, въ области глубокихъ язвъ всѣ слои стѣнки пузыря до серозной представляютъ безструктурную, мелкозернистую, плохо окрашивающуюся массу. Въ окружности таковыхъ некротическихъ мѣстъ замѣчается обильное скопленіе грануля-

пionныхъ кѣтокъ, среди которыхъ многія представляются въ видѣ зернистаго распада. Серозный покровъ въ такихъ мѣстахъ также инфильтрованъ. Въ слизистой оболочкѣ попадаются бациллы, одиночныя или кучками; такая-же бацилла встрѣчается и въ распадѣ ткани въ области язвъ.

№ 99. Вл. С.—нѣ, 17 лѣтъ, поступилъ 22/1 98 г. на 3-й день (?) заболѣванія. При поступленіи т° 40,0. Выраженное тифозное состояніе, поносъ. Объективныхъ измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ, кромѣ отдѣльныхъ свистовъ въ груди, не замѣтно. Въ дальнѣйшемъ теченіи бредъ, возбужденіе; кровотеченіе изъ десенъ. 1/п сильная припухлость въ подчелюстной области и на передней сторонѣ шеи. При разрывѣ гноя не получено. 2/п въ 3 ч. ночи на 12-ый день по поступленіи больной умеръ. вскрытіе 3/п черезъ 30 часовъ послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3-ья недѣля—мозговидное набуханіе лимфатическаго аппарата ilei съ одной поверхностной язвой на 2-ой Пейеровой бляшкѣ). Pneumonia catarrh. ac. duplex loborum infer. Cholecystitis ulcerosa typhosa (пузырь сильно растянутъ до величинъ 2-хъ гусиныхъ яицъ). Tumor ac. lienis. Phlegmone circumscript. Iarungis. Phlegmone region. submental.—Septico-pyæmia.

Желчный пузырь содержитъ большое количество свѣтлой, мало тягучей желчи съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ. Серозный покровъ мѣстами значительно гиперемированъ, мѣстами окрашенъ желчью. На слизистой оболочкѣ одна просвѣчивающая черезъ серозную язва и двѣ поверхностныхъ. Ductus cysticus проходимъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много эпителиальныхъ кѣтокъ (частью мутно-зернистыхъ) и въ небольшомъ количествѣ зернистые (гнойные) шарики и одиночныя красныя кровяныя; значительное количество подвижныхъ палочекъ отдѣльныхъ и расположенныхъ кучками. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружало колони тифозныхъ палочекъ (реакція *Widal*'я 1:30) и разжижающихъ желатину кокковъ (точнаго опредѣленія не сдѣлано).

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Слизистая оболочка также лишена эпителия. Складки ея уплощены. Такое же пропитываніе грануляціонными элементами въ видѣ скопленій или позостъ всѣхъ слоевъ стѣнки, какъ въ № 90. На мѣстѣ язвы некрозъ слизистой оболочки съ инфильтраціей въ окружающей. Микроорганизмовъ въ ткани на срѣзахъ не удалось найти.

№ 852. С. Х.—ъ, 20 лѣтъ, поступилъ 20/xi 98 г., на 10-ый (?) день болѣзни въ тифозномъ состояніи, съ явленіями бронхита въ легкихъ, поносомъ; т° 39,3. Въ слѣдующіе дни—рѣзкое тифозное состояніе; въ нижнихъ доляхъ легкихъ явленія катарральной пневмоніи. Умеръ 3/xi въ 11 ч. н. на 14 день по поступленіи. Вскрытіе 4/xi черезъ 12 ч. послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (начало 5-ой недѣли—Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы изъязвлены, язвы очистившіяся отъ распада, дно блестятъ). Bronchopneumonia ac. duplex lobar. infer. Degeneratio parenchym. myocardii, hepatis, renum. Hyperplasia lienis ac. Cholecystitis suppurativa.

Желчный пузырь наполненъ значительнымъ количествомъ гнойно-слизистой жидкости. Стѣнки пузыря сильно гиперемированы. Камней нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи содержимаго пузыря найдено много гнойныхъ шариковъ и кѣтокъ эпителия, а также подвижныхъ палочекъ—отдѣльныхъ и собранныхъ въ кучки.

Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Сохранившіяся кое-гдѣ эпителиальныя кѣтки плохо окрашиваются, съ неясными границами, мѣстами-же отъ кѣтокъ остался только зернистый распадъ. Слизистая оболочка диффузно, мѣстами однако въ видѣ болѣе густыхъ скопленій, пронизана круглыми одноядерными со скудной протоплазмой и болѣеи величины также одноядерными,—рѣже съ 2-ми ядрами,—кѣтками; болѣею частью эти кѣтки съ рѣзко окрашеннымъ ядромъ, частью же онѣ блѣдны или отъ ядра остался только зернистый распадъ; мѣстами среди круглыхъ встрѣчаются овальной формы кѣтки. Тѣ-же элементы въ видѣ скопленій между пучками, или проникая слое между отдѣльными волокнами, пропитываютъ и мышечный слой, а также часть подбрюшиннаго слоя, прилегающую къ мышечному. Бациллъ въ ткани найти не удалось.

III. Случаи изъ періода начала рубцеванія.

№ 894. О. В.—ъ, 26 л., поступилъ 20/xi 95 г. При поступленіи глубокое тифозное состояніе съ бредомъ. Въ легкихъ явленія бронхита. Животъ вздутъ, оба подреберья болѣзненны. Поносъ. т° 38,6. Пульсъ малый, 94 удара въ минуту. Въ слѣдующіе дни полное безсознательное состояніе; животъ также вздутъ; стулъ частъ, жидокъ. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ обильныя мелкіе влажные хрипы. 30/xi смерть на 11-ый день пребыванія въ больницѣ.

Вскрытіе 1/xii черезъ 24 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (3/4 недѣля—пигментированныя и рубцующіяся язвочки на Пейеровыхъ бляшкѣхъ). Colotyphus (мозговидное набуханіе солитарныхъ железъ по всей длинѣ толстыхъ кишечекъ). Hyperplasia ac. glandul. lymphat. mesenterii. Peribronchitis ac. lobar. infer. Nephritis bacterica. Hyperaemia piae matris.

Желчный пузырь умеренно наполненъ не тягучей, свѣтлой,

внизу мутноватой желчью съ зернистымъ осадкомъ. Стѣнки пузыри гиперемированы. Камней нѣтъ.

Подъ микроскопомъ на препаратахъ изъ желчи—эпителиальные клѣтки, одиночные зернистые шарики и подвижныя палочки въ значительномъ количествѣ. Бактериологическое изслѣдованіе обнаружилъ тифозныя палочки въ чистой культурѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителиальный покровъ слизистой оболочки значительными участками сохраненъ; мѣстами клѣтки его въ состояніи пролиферации, мѣстами же онѣ набухшия, плохо окрашены, съ неясными границами. Слизистая оболочка пронизана грануляціонными элементами, мѣстами въ видѣ густыхъ гнѣздныхъ скопленій или въ видѣ полосъ, мѣстами же болѣе равномерно; среди круглыхъ элементовъ встрѣчаются клѣтки овальной формы. Грануляціонные элементы, хотя и менѣе сильно, инфильтрируютъ также и мышечный слой и мѣстами подбрюшинный,— послѣдній преимущественно въ окружности сосудовъ. Сосуды въ особенности слизистой оболочки многочисленны, растянуты и густо набиты красными кровяными шариками (такіе растянутые сосуды занимаютъ большую часть нѣкоторыхъ складокъ). Мѣстами въ слизистой оболочкѣ попадаются группы красныхъ кровяныхъ шариковъ, располагающихся между элементами ткани внѣ сосуда. Въ слизистой оболочкѣ встрѣчается расположенныя кучками бациллы.

№ 948. М. К.—ъ, 23 л. поступилъ 21/хІ 95 г. на 3-ій день болѣзни съ явленіями бронхита въ легкихъ, увеличенной селезенкой и запоромъ, T—39,0. Въ слѣдующіе дни при тѣхъ-же объективныхъ явленіяхъ со стороны внутреннихъ органовъ появляется тифозное состояніе; нѣсколько разъ рвота; стулъ жидокъ. 8/хІ t° падаетъ до 36,6 и затѣмъ даетъ только небольшие вечернія повышенія. Появляется бредъ, слабость. 14/хІ пульсъ едва прощупывается; шанозъ конечностей; въ 11 ч. веч. смерть (на 24 день по поступленіи).

Вскрытіе 15/хІ черезъ 14 часовъ послѣ смерти.

Ergicrisis: Peotyrphus (¾ нед.—очистившіяся язвы Пейеровыхъ бляшекъ съ пигментированными и подрытыми краями). Bronchitis ac. lobar. infer. Degeneratio parench. myocardii, hepatitis, genum.

Желчный пузырь содержитъ небольшое количество жидкой свѣтло-коричневаго цвѣта желчи съ легко растирающимися кирпичнаго цвѣта крупинками въ осадкѣ. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—отдѣльныя эпителиальныя клѣтки и значительное количество подвижныя палочекъ. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Эпителий слизистой оболочки мѣстами сохраненъ, иногда въ состояніи пролиферации; нѣкоторыя эпителиальныя клѣтки плохо воспринимаютъ окраску.

Слизистая оболочка, мѣстами довольно густо, пронизана грануляціонными элементами; въ мѣстахъ менѣе сильныхъ скопленій среди круглыхъ элементовъ встрѣчаются клѣтки овальной формы и иногда веретенообразной. Мышечный слой между пучками и подбрюшинный въ окружности сосудовъ пронизаны тѣми-же элементами, но менѣе значительно. Бациллы въ ткани на срѣзахъ найти не удалось.

№ 3. П. Ж.—а, 24 л., поступила 23/хІ 95 г. При поступленіи на 2-ой недѣль болѣзни небольшое тифозное состояніе, явленія бронхита въ легкихъ, увеличенныя печень и селезенка, поносъ; t° 39,7. 29/хІ тифозное состояніе выражено рваче; въ груди разбросанныя сухіе и подъ лопатками влажныя хрипы. Животъ не вздутъ, не болѣзненъ; t° 39,3 утр. и 39,7 веч. 1/хІ животъ вздутъ, напряженъ, но не болѣзненъ; рвота желчью; t° 39,6. Тѣ-же явленія до 4/хІ, когда появляется болѣзненность въ правомъ подреберьѣ, въ области выходящей изъ подъ реберъ печени. 7/хІ подъ нижнимъ краемъ печени прощупывается плотная, округленной формы, величиною съ кулакъ опухоль, смѣщающаяся при дыхательныхъ движеніяхъ и доходящая по сосковой линіи до уровня пупка. 8/хІ желтизна склеръ; t° 38,5 утр. и 38,7 веч. Въ слѣдующіе дни боль въ области опухоли и самая опухоль меньше, такъ что послѣднюю не удается отграничить отъ печени. 13/хІ болѣзненность всего живота; мелкопузырчатые хрипы въ нижнихъ доляхъ легкихъ; рвочко тифозное состояніе. Тѣ-же явленія при прогрессирующей слабости, сонливости и въ слѣдующіе дни. 31/хІ кишечное кровотеченіе и 1/л при паденіи температуры смерть въ 1 ч. 30' дня (на 40-й день по поступленіи).

Вскрытіе 2/л черезъ 23 часа послѣ смерти.

Малокровное тѣло. Сердце нормальнаго объема, вилы; мускулатура блѣдна. Оба легкія свободны; растянуты; ткань повсюду проходима для воздуха, на разрывахъ изъ мелкихъ бронхъ выдавливается много гноевидной слизи, по нижнему краю нѣсколько темно-красныхъ плотныхъ гнѣздъ катаральной пневмоніи, величиною съ горошину. Печень уплощена, ткань блѣдна, рыхла. Желчный пузырь плотно сращенъ съ салникомъ и Flexura colica dextra, образовавъ отграниченное гнойное воспаленіе брюшины. Въ пузырь много жидкой и свернувшейся крови, стѣнки его изъявлены многочисленными язвами, проникающими съ одной стороны въ ткань печени, съ другой въ стѣнку colonis, продыравивъ послѣднюю въ мѣстѣ спаекъ съ пузыремъ. Въ содержимомъ толстыхъ кишекъ значительная примѣсь крови, слизистая оболочка тонкихъ (ilei) пигментирована, особенно рѣзко фолликулы и Пейеровы бляшки; на нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ имѣются рубцующіяся плоскія язвы, на другихъ—рубцы. Селезенка увеличена немного, ткань ея

сѣро-краснаго цвѣта, очень рыхла. Камней не найдено ни въ пузырь, ни въ кишечникъ.

Epicrisis: Neotyphus (конецъ 6-ой недѣли). Cholecystitis ulcerosa cum haemorrhagia in vesicam felleam. Communicatio vesicae felleae cum flexura colica dextra. Peritonitis circumscripta. Haemorrhagia in tractum intestinale.

Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго изъ желчнаго пузыря показало присутствіе кромѣ тифозной палочки, еще обыкновенной кишечной (изъ другихъ видовъ выдѣлены streptococcus pyog. и micr. tetragen.).

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Нѣкоторые складки слизистой оболочки уплощены. Эта послѣдняя въ большей своей части лишена эпителия и мѣстами пронизана, также какъ и мышечный слой грануляціонными элементами, иногда довольно густо. Подбрюшинный слой утолщенъ; мѣстами въ немъ встрѣчаются обширные густыя скопленія круглыхъ одноядерныхъ или съ 2-мя ядрами клѣтокъ, изъ которыхъ многія плохо окрашиваются. Въ остальной части подбрюшиннаго слоя между раздвинутыми соединительнотканными волокнами заложены иногда въ значительномъ количествѣ какъ мелкія одноядерныя, такъ и большія величины также одноядерныя или же съ 2-мя ядрами клѣтки, а также набухшія овальныя и располагающіяся иногда рядами веретенообразныя; здѣсь же попадаютъ и большія плоскія клѣтки съ пузырьковиднымъ ядромъ. Печеночная капсула, а также и клѣтчатка между пузыремъ и печенью, мѣстами значительно инфильтрованы грануляціонными элементами. Особенно густо располагаются эти элементы вдоль сосудовъ. Въ области язвъ некрозъ ограничивается или только слизистой оболочкой или захватываетъ и остальные слои стѣнки. Многочисленныя бациллы въ некротизированной ткани въ области язвъ, а также одиночныя и въ другихъ мѣстахъ слизистой оболочки.

№ 43. А.—ъ Ш., 17 л., поступилъ 27/xp 95 г., на 4-й (?) день заболѣванія.

При поступленіи тифозное состояніе, поносъ; со стороны внутреннихъ органовъ явленія бронхита въ легкихъ; t° 39,4; Р. 90, 2/l явленія катаральной пневмоніи справа; сильное тифозное состояніе; задержаніе мочи. Угнетенное сознаніе съ періодами проясненія при тѣхъ же объективныхъ явленіяхъ со стороны внутреннихъ органовъ до дня смерти, 12/l въ 12¹/₂ ч. д. (на 17 день по поступленіи).

Вскрытіе 13/l черезъ 23 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Neotyphus (5-я недѣля—поверхностныя, частью рубцующіяся язвы въ нижнемъ концѣ ilei съ тонкими, приставшими ко дну краями). Pneumon. catarrh. ac. dupl. Hyperaemia riae matris

et plexus choroid. Degeneratio parenchym. myocardii et hepatis. Nephrit. parench. ac.

Желчный пузырь содержитъ умѣренное количество свѣтлой, водянистой желчи съ хлопьевиднымъ осадкомъ. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи большое количество клѣтокъ эпителия и подвижныя палочки въ значительномъ количествѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ: Слизистая оболочка на значительномъ протяженіи лишена эпителия; оставшіяся эпителиальныя клѣтки отслоены, набухшія, плохо окрашиваются. Мѣстная инфилтрація слизистой оболочки въ видѣ полосъ или гнѣздныхъ скопленій, иногда довольно густыхъ, грануляціонными элементами; изрѣдка эти элементы проникаютъ и между мышечными пучками. Въ слизистой оболочкѣ попадаютъ отдѣльно расположенныя бациллы.

№ 91. А.—ъ X., 16 л., поступила 12/xp 95 г. на 2-й недѣлѣ заболѣванія.

При поступленіи небольшое тифозное состояніе; явленія бронхита въ легкихъ; увеличенная селезенка; розеола на кожѣ живота; поносъ; t° 39,0. Съ 31/xp больная стала поправляться; t° упала до 36,0—37,0 и держалась такъ до 10/l, когда она снова поднялась выше 38,0. Снова тифозное состояніе, увеличеніе селезенки, распространенныя хрипы въ легкихъ. 17/l появилась болѣзненность живота, t° 39,5—40,3. 20/l рѣзкое тифозное состояніе при тѣхъ же явленіяхъ. 24 и 25/l сильныя боли живота, упадокъ сердечной дѣятельности; въ 9 ч. 15' веч. 25/l больная умерла (на 45 день по поступленіи).

Вскрытіе 26/l черезъ 15 час. послѣ смерти.

Малокровное и истощенное тѣло: Сердце нормальнаго объема, вяло, жиру почти нѣтъ; мускулатура блѣдна, тусклаго вида, въ полости незначительныя обезцвѣченные сгустки. Оба легкія свободны, плевро нижнихъ долей усѣяна точечными кровоизліяніями; въ заднихъ отдѣлахъ этихъ долей прощупывается много плотныхъ гнѣздъ (величиной съ горошину, на разрѣзахъ темно-краснаго цвѣта), выступающихъ довольно рѣзко. Въ брюшинѣ около литра гнойнаго экссудата, грязно-сѣраго цвѣта. Брюшина инъцирована, мутна. Свободный конецъ сальника приросъ къ корню брызжейки, въ которой заключаются двѣ творожисто перерожденныя железы величиною съ вишню. Остальныя железы брызжейки увеличены до миндаля, на разрѣзахъ краснаго цвѣта. Селезенка 17—10—3¹/₂, капсула сморщена, слегка утолщена, ткань равномерно темно-вишневаго цвѣта, рыхла почти не соскабливается. Печень 27—18—10, ткань на разрѣзѣ желтаго цвѣта, волокнѣ глинистаго вида, дрябла.

ь нижнемъ отдѣлѣ ilei на протяженіи 1 метра Пейеровы бляшки увеличены, плоски, темно-аспиднаго цвѣта; на нѣкоторыхъ изъ нихъ язвы съ тонкими, приставшими ко дну краями, на другихъ—пигментированные рубцы. На мѣстахъ сильно увеличенныхъ солитарныхъ железахъ толстыхъ кишекъ (въ особенности colon. desc. и flexig. sigm.) круглой формы язвы, проникающія до мускулатуры, утолщенные, мягкіе края ихъ не подрыты, по дну виденъ желтый, не смываемый распадъ; одна изъ нихъ, ниже flex. colica sin. слезовная брюшина поверхъ нея омертвѣлаго вида съ отверстіемъ въ 1 м. Въ правой почкѣ узелокъ съ желтой точкой въ центрѣ, на разрьбѣ представляеть длинную полоску черезъ весь корковый слой. Въ растянутомъ желудкѣ много жидкости съ ясной примѣсью желчи.

Epicrisis: Peotyphus (stad. sanationis); Colotyphus (stad. ulcerationis) cum perforatione colonis descendentis. Peritonitis purul. totalis. Pneumonia catarrh. ac. lobar. infer. Nephrit. bacterica dextra.

Желчный пузырь наполненъ водянистой, блѣдно-зеленой, мутноватой желчью. Камней нѣтъ. Серозный покровъ значительно гиперемированъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи—много эпителиальныхъ кѣлѣтокъ, одиночные гнойные шарики и большое число подвижныхъ палочекъ. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе только тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе сѣрвокъ: Эпителий слизистой оболочки сохраненъ участками, иногда въ состояніи пролифераціи. Слизистая оболочка мѣстами болѣе равномерно, мѣстами же въ видѣ густыхъ гнѣздныхъ скопленій пронизана грануляционными элементами. Среди одноядерныхъ круглыхъ кѣлѣтокъ съ малымъ поясомъ протоплазмы встрѣчаются и богатая протоплазмой также одноядерныя, рѣдко съ 2-я ядрами. Въ мѣстахъ менѣе сильныхъ скопленій встрѣчаются кѣлѣтки овальной и иногда веретенообразной формы. Мышечный слой также значительно инфильтрованъ грануляционными элементами, располагающимися между мышечными пучками, или-же круглыя кѣлѣтки проникають и между воловнами, иногда очень густо. Значительная инфильтрація этими элементами и части подбрюшиннаго слоя, прилегающей къ мышечному. Въ остальной части подбрюшиннаго слоя между раздвинутыми воловнами соединительной ткани заложены какъ мелкія круглыя кѣлѣтки, такъ и богатая протоплазмой (съ круглымъ или лопастнымъ ядромъ), а также встрѣчаются большія угловатыя или вытянутыя съ одного, иногда съ 2-хъ концевъ кѣлѣтки. Въ одномъ мѣстѣ подбрюшиннаго слоя непосредственно подъ мышечнымъ имѣется густое скопленіе круглыхъ кѣлѣтокъ, имѣющее видъ милаарнаго гнойника. Сосуды всѣхъ слоевъ многочисленны, растянуты и набиты красны-

ми кровяными шариками. Мѣстами встрѣчаются въ слизистой оболочкѣ группы красныхъ кровяныхъ шариковъ внѣ сосудовъ. Ващилъ въ ткани найти не удалось.

№ 686. Ар. С—ъ, 27 л., поступилъ 1/ш 96 г. на 8 день болѣзни съ небольшимъ тифознымъ состояніемъ, явленіями бронхита въ легкихъ, увеличенной селезенкой, поносомъ, t° 39,3. 10/ш, въ легкихъ сзди много влажныхъ хриповъ. Розеола на кожѣ живота. Печень и селезенка увеличены, не болѣзненны. T° 38,0. 16/ш тифозное состояніе выражено рѣзче. Въ легкихъ подъ углами лопатокъ много мелкихъ влажныхъ хриповъ. Значительная слабость; пульсъ—малый, частый. 19/ш въ 1 ч. дня на 26 день по поступленіи смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Желчный пузырь взятъ для изслѣдованія черезъ 4 часа послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus (4-я недѣля—очинтившіяся и рубцующіяся язвы на рѣзко пигментированныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ ilei). Pneumonia catarrh. acutiss. duplex. omnium lobarum et pleuritis fibrinosa sicca duplex. Degeneratio parenchym. myocardii et hepatis. Nuperplasia lienis.

Желчный пузырь слегка растянутъ темноватой, не густой желчью. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны въ значительномъ количествѣ эпителиальныя кѣлѣтки и подвижныя палочки отдѣльно или кучками. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе одной тифозной палочки.

Микроскопическое изслѣдованіе сѣрвокъ: Эпителий слизистой оболочки сохраненъ только незначительными участками; отдѣльныя кѣлѣтки плохо окрашиваются, или-же на мѣстѣ ихъ виденъ зернистый распадъ. Слизистая оболочка мѣстами иногда въ видѣ густыхъ скопленій пронизана грануляционными элементами; среди круглыхъ одноядерныхъ кѣлѣтокъ попадаются кѣлѣтки овальной формы и иногда веретенообразной. Часть пронизывающихъ слизистую оболочку кѣлѣтокъ блѣдно окрашена съ незаметнымъ ядромъ. Грануляционные элементы мѣстами проникають также и между мышечными пучками.

I V. Случаи изъ періода закончившагося брюшнаго тифа.

№ 393. Ал. В—ъ, 17 л., поступилъ 26/и 96 г. на 8 день болѣзни. При поступленіи небольшое тифозное состояніе. Въ легкихъ явленія бронхита. Селезенка выходитъ изъ подъ реберъ на 2 пальца. Розеола на кожѣ живота. Поносъ. T° 40,0. 5/ш тифозное состояніе съ бредомъ. Печень увеличена, не чувствительна. 18/ш охриплость голоса и боль при глотаніи; t° спала до 37,5 и съ небольшими колебаніями держится такъ до 25/ш, когда она снова по-

выпадет; является снова тифозное состояние съ бредомъ. 27/IV на 61 день по поступленіи смерть въ 12 ч. 15' ночи.

Вскрытіе 27/IV черезъ 12 часовъ послѣ смерти.

Epicrisis: Pigmentatio et cicatrices glandul. Peyerii post ileo-typhum. Laryngitis ulcerosa. Perichondritis ac. suppurativa cum necrose cartilag. aruthenoid. Oedema lig. aryepiglotticarum (Asphyxia).

Желчный пузырь мало наполненъ светло-зеленой желчью съ легко растираемыми крупинками въ осадкѣ. Камней нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желчи видны въ небольшомъ количествѣ эпителиальные кѣтки и значительное количество подвижныхъ короткихъ палочекъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи получена только тифозная палочка.

Микроскопическое изслѣдованіе сѣрвоъ: Эпителій слизистой оболочки большею частью сохраненъ, мѣстами отслоенъ отъ подлежащей ткани; нѣкоторыя кѣтки набухшія, плохо красятя. Слизистая оболочка представляетъ мѣстами густыя скопленія грануляціонныхъ элементовъ; среди круглыхъ кѣтокъ различной величины попадаются кѣтки овальной формы. Такая-же инфильтрація мышечнаго слоя между мышечными пучками и подбрюшиннаго возлѣ сосудовъ. Въ послѣднемъ слоеъ попадаются также разбросанные лейкоциты. Сосуды многочисленны, растянуты и набиты красными кровяными шариками.

№ 103. Пр. П.—ъ, 19 л., поступилъ 16/XI 96 г. на 3-й недѣлѣ брюшнаго тифа. При поступленіи не рѣзко тифозное состояніе; явленія бронхита въ легкихъ; розеола на кожѣ живота; увеличенная селезенка; поносъ; т° 39,5. 19/XI сильная болѣзненность живота въ области epigastrii; тошнота; стула не было. 20/XI область epigastrii вздута, но меньше болѣзненна; стулъ жидокъ; т° 39,0. 21 нѣсколько свѣжихъ розеолъ; болѣзненность въ правой подвздошной; въ груди справа сзади внизу субкрепитирующіе хрипы. Съ 8/1 температура спадаетъ, болѣзненности живота не замѣтно; стулъ еще жидокъ. 29/1 снова знобъ; т° 40,0; объективно: болѣзненность живота; рвоты нѣтъ. 2/II тѣ-же явленія со стороны живота. Справа сзади у нижняго угла лопатки тупой тонъ и бронхиальное дыханіе, ниже дыханіе ослаблено. 3/II сильная болѣзненность живота; пульсъ около 120; значительная слабость; поносъ. Эти-же явленія до дня смерти. 5/II въ 6 ч. веч. (на 52 день по поступленіи).

Вскрытіе черезъ 17 часовъ послѣ смерти.

Epicrisis: Peotyphus in sanatione (пигментация Пейеровыхъ бляшекъ). Peritonitis purulenta diff. ac. (perihapatitis, perisplenitis). Cholecystitis ulcerosa cum synech. spur. cyst. felleae cum duodeno; foramen perfor. cyst. fell. in loco adhaesion. Pleurit. purul. sin. Degeneratio parenchym. myocardii, hepatis, renum.

Желчный пузырь спавшіяся, пустъ. На внутренней его повер-

ности 3 замѣтныхъ язвы, изъ которыхъ одна прободная. Желчныхъ камней не найдено ни въ пузырьѣ, ни въ кишечникѣ. Вслѣдствіе прямаго сообщенія полости пузыря съ кишечникомъ и отсутствія желчи бактериологическаго изслѣдованіе не сдѣлано.

Микроскопическое изслѣдованіе сѣрвоъ: Слизистая оболочка лишена эпителия на всемъ протяженіи. Складки ея большею частью уплощены. Среди круглыхъ одноядерныхъ кѣтокъ, пронизывающихъ слизистую оболочку, въ мѣстахъ не густыхъ скопленій попадаются кѣтки овальной формы и веретенообразной. Инфильтрирующіе слизистую оболочку элементы распространяются и на мышечный слой, мѣстами въ видѣ широкихъ полосъ, продолжающихся въ подбрюшинный слой, или-же эти элементы образуютъ густыя скопленія между мышечными пучками, причѣмъ промежутки между ними тогда кажутся широкими. Мѣстами, особенно въ частяхъ, прилегающихъ къ слизистой оболочкѣ, круглые элементы проникаютъ между мышечными волокнами, иногда настолько густо, что мышечной ткани въ такихъ мѣстахъ не видно. Подбрюшинный слой мѣстами утолщенъ. Скопленія грануляціонныхъ кѣтокъ въ видѣ гнѣздъ или полосъ возлѣ сосудовъ пронизываютъ и этотъ слой; мѣстами въ подбрюшинномъ слоеъ между раздвинутыми волокнами соединительной ткани располагаются ряды кѣтокъ веретенообразной формы съ заложенными между ними мелкими круглыми кѣтками и обильные сосуды; въ другихъ же мѣстахъ попадаютъ разбросанными круглые элементы со скудной протоплазмой и большей величины (послѣдніе часто съ неправильнымъ ядромъ). Воспалительная инфильтрація распространяется также на брюшину, а въ мѣстахъ прилежанія пузыря къ печени—на кѣтчатку и печеночную капсулу. Мѣстами въ кѣтчаткѣ и подбрюшинномъ слоеъ замѣтны обширныя скопленія круглыхъ кѣтокъ, частью распадающихся. Въ области язвъ—некрозъ ткани, захватывающій или только слизистую оболочку, или все слои стѣнки. Сосуды подбрюшиннаго слоя мѣстами обильны, растянуты и наполнены кровью. Отдѣльные бациталы и кокки въ видѣ короткихъ цѣпочекъ въ слизистой оболочкѣ и въ некротизированной и распавшейся ткани въ области язвъ.

Литература.

- 1) *Hölscher*. München. medic. Wochenschr. 1891 г. №№ 3 и 4.
- 2) *Mason*. Gall-bladder infection in typhoid fever. The Boston Medical and Surgic. Journal. 1897 г. № 19.
- 3) *Hagenmuller*. De la cholécystite dans la fièvre typhoïde. Th. de Paris. 1876 г.
- 4) *Louis*. Recherches sur la fièvre typhoïde. 1829 г.
- 5) *Griesinger*. Горячая болызна. 1866 г., стр. 327, русск. перев.
- 6) *Rokitanski*. Lehrb. der pathol. Anat. 1861 г., т. 3, стр. 285.
- 7) *Frerichs*. Klinik. d. Leberkrankh. 1861 г.
- 8) *Förster*. Handb. der spec. path. Anat. 1863 г., т. II, стр. 208.
- 9) *Hoffman*. Untersuch. über die pathol.-anat. Veränder. der Organe beim Abd.-Typh. 1869 г.; Virch. Arch. 1868 г., т. 42. Zerstörungen der Gallenblase bei Anhängung von Gallensteinen bei Typhus.
- 10) *Lendet*. Bull. de la Société anat. de Paris. 1853 г., стр. 396.
- 11) *Budd*. On Diseases of the Liver. 1857 г., цитир. по *Mason'y*.
- 12) *Foot*. Irish Hosp. Gaz. 1874 г., цитир. по *Mason'y*.
- 13) *Eichhorst*. Die Typhusepidemie in Zürich. Deutsch. Arch. f. kl. med. 1886 г., т. 39, стр. 321—324.
- 14) *Lamais*. Revue de médec. 1895 г., стр. 911.
- 15) *H. White*. Distension and commencing suppuration of the gall-bladder in association with typh. fever. Transactions of the pathol. Society of London. T. 42, стр. 181.
- 16) *Hamernyk*. Prag. Vierteljahrssch. 1846 г., т. 10, стр. 58.
- 17) *Burger*. Typh. abdom. mit Perfor. der Gallenblase. Deuts. Arch. f. kl. Medicin. 1874 г., т. 12, стр. 623.
- 18) *Liebermeister*. Цумсень. Руков. частн. патол. и тер. Т. 2, ч. 1.
- 19) *Fiedler*. Wien. Medic. Blätt. 1880 г., №№ 49—52.
- 20) *Legendre*. Accidents periton. consecut. à une choléc. suppurée avec perforat. de la vesic. bil. au debut d'une f. typh. Bull. de la Société anat. de Paris. 1881 г., т. 4, стр. 193.
- 21) *Art. Voelcker*. Ulceration of the gall-bladder in typh. fever. Trans. of the pathol. Society of London. T. 46, стр. 79.
- 22) *Williams-Monnier* and *Sheild*. A case of perforat. of the gall-bladder following typh. fev. The Lancet. 1895 г., марта 2.
- 23) *Hawkins*. On jaundice and on perforation of the gall-bladder in typhoid fever. Med.-Chir. Trans. H. 18. T. LXXX, стр. 138.
- 24) *Ranvier*. Bull. de la Soc. anat. de Paris. 1864 г., стр. 433.
- 25) *Schuppel*. Цумсень. Руков. частн. пат. и терап. 1889 г., т. 8, русск. переводе.
- 26) *Anton* und *Fütterer*. Untersuch. über Typh. abdom. München. med. Wochenschr. 1888 г., № 19.
- 27) *Schlier*. Ein Fall von phlegmon. Cholecyst. nach Typh. Deut. Arch. f. kl. Medic. 1891 г., т. 48, стр. 441.

- 28) *Gilbert* et *Girode*. Contribution à l'étude bacteriol. des voies bil. Comptes rendus hebdomad. des seances et mem. de la Société de Biologie. 1890 г., № 58.
- 29) *Gilbert* et *Girode*. Cholécyst. purulente provoquée par le bacille d'Eb. Compt. rend. hebdom. des seances et mem. de la Société de Biologie. 1893 г., стр. 957.
- 30) *Gilbert* et *Dominici*. Angioch. et cholécyst. typhiques experiment. Ibid. стр. 1033.
- 31) *Dupré*. Les infections biliaires. Th. de Paris. 1891 г.
- 32) *Dominici*. Des angiocholites et cholécystites suppurées. Th. de Paris. 1894 г.
- 33) *G. Dauriac*. Des infect. biliaires dans la fièvre typh. Th. de Paris. 1897 г.
- 34) *Chiari*. Ueber cholecyst. typhosa. Prag. med. W. 1893 г., № 22; Mercedi méd. 1893 г., № 26.
- 35) *Chiari*. Ueber Vorkommen von Typhus bacill. in der Gallenblase bei Typh. abdom. Zeitsch. f. Heilkunde. T. 15, стр. 199.
- 36) *Longuet*. Angiochol. à bacille typh. sans fièvre typh. Gazette des Hôpitaux. 1894 г., № 141.
- 37) *Guarneri*. Contributto alla pathogenesi delle infesz. biliari. Rivista gen. italiana di clin. medica. 1892 г.
- 38) *Cushing*. Typhoidal cholecystitis and cholelithiasis. Bullet. of the Johns Hopkins Hospital. 1898 г., т. 9, № 86.
- 39) *Kraus*. Ueber einen weiter. Fall von Cholecyst. diffusa necrotic. mit circumsc. Periton. suppur. Prag. med. Wochenschr. 1896 г., № 42.
- 40) *Anderson*. A case of suppur. cholecyst. Med. News 1896 г. авр. 8; цит. по Centr. f. klin. Med. 1897 г., № 5.
- 41) *Dungern*. Ueber Cholecyst. typhosa. Münch. med. Wochenschr. 1897 г. № 26.
- 42) *Mark. W. Richardson*. A case of Cholecyst. due to the typh. bacillus. Boston med. and surg. Journal. 1897 г., стр. 570.
- 43) *Halsted*. Transact. Assoc. Americ. Physic. 1897 г., цитир. по *Cushing'y*.
- 44) *B. Miller*. The presence of the bacillus typhosus in the gall-bladder seven years after typhoid fever. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. 1898 г., № 86, стр. 95.
- 45) *Wunscheim*. Typhöse Cholecyst. suppur. necrot. mit periton. circumsc. Prag. med. Wochenschr. 1898 г., № 2 и 3.
- 46) *Н. Н. Алексеев*. Дятск. медиц. 1896 г., кн. 4.
- 47) *Е. С. Камель*. Лѣтосиъ Русск. Хир. 1898 г., кн. 3.
- 48) *Рокицкий*. Лѣтосиъ Русск. хир. 1899 г., кн. 1.
- 49) *W. Janowski*. Ueber Veränder. in der Gallenblase bei Vorhandensein von Gallensteinen. Ziegler's Beiträge zur path. Anat. und allg. Pâth. 1891 г. т. 10.
- 50) *Doppler*. Ueber die Complic. des lethal. Abdominaltyph. Münch. med. Wochenschr. 1888 г., № 37 и 38.
- 51) *Штронмель*. Учебн. частн. пат. и тер. Т. I, 1894 г., русск. перев.
- 52) *P. Bronardel* и *L. Thoinot*. Брюшной тифъ. 1898 г., русск. перев.
- 53) *Elsner*. Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankh. 1896 г., т. 21, кн. 2, стр. 25.
- 54) *Marfan* et *G. Nannu*. Recherches bactériol. sur les cadavres des nouveaux et d'enfants du premier âge. Revue mensuel. des malad. de l'enfance, 1892 г. июль, стр. 301.
- 55) *Da-Kosta*. The american Journal of the medical Sciences. Juli. 1898 г.
- 56) *A. Dauriac*. Des infections biliaires dans la f. typh. Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie. 1897 г., № 59.

Положенія.

1) Способъ окраски дифтерійныхъ бациллъ по *Neisser*'у есть одинъ изъ лучшихъ способовъ ихъ опредѣленія; благодаря этому способу можно установить диагнозъ дифтерійной бациллы въ слизи, такъ какъ это постоянно подтверждается дальнѣйшимъ изслѣдованіемъ культуръ на сыровоткѣ *Löffler*'а съ этой-же слизи.

2) Гнойные менингиты при крупозной пневмоніи нерѣдко не называются при жизни больного.

3) $\frac{1}{10}$ поражений гортани при брюшномъ тифѣ, находимыхъ при вскрытіи, больше такового-же, опредѣляемаго при жизни, что много зависитъ отъ мѣста пораженія гортани.

4) Признакъ *Oliver*'а при аневризмахъ дуги аорты представляетъ не только признакъ цѣнный при установкѣ диагноза, но и признакъ ранній въ сравненіи съ другими.

5) Абсолютное молочное леченіе цинготныхъ больныхъ съ постепеннымъ повышеніемъ количества даваемого молока не имѣетъ никакихъ преимуществъ передъ другими обычными способами леченія, такъ какъ нисколько не влияетъ на теченіе болѣзни и къ тому же обременительно для больныхъ.

6) При выпотныхъ перикардитахъ необходимо по возможности рано примѣнять пробный проколъ, такъ какъ въ случаѣ гнойнаго экссудата только отъ хирургическаго леченія можно ожидать благоприятныхъ результатовъ.

Curriculum vitae.

Иванъ Петровичъ Жебровъ, сынъ купца, православнаго вѣроповѣданія, родился въ 1864 г. Среднее образованіе получилъ въ Воронежскомъ Реальномъ Училищѣ. Въ 1884 г., сдавъ экзаменъ на аттестатъ зрѣлости при Воронежской Гимназіи, поступилъ на медицинскій факультетъ Харьковскаго Императорскаго Университета, гдѣ и окончилъ курсъ со степенью лѣкаря и званіемъ уѣзднаго врача. Съ октября 1890 г. по май 1891 г. былъ прикомандированъ къ Медицинскому Департаменту. Въ 1891 г. назначенъ сверхштатнымъ ординаторомъ Александровской городской больницы въ память 19 февраля 1861 г., а съ 1893 г. состоитъ врачомъ ассистентомъ при той-же больницѣ. Съ 1894 г. по 1898 г. занимался въ Спб. Родовспомогательномъ заведеніи.

Въ 1892—93 г. сдалъ экзаменъ на степень д-ра медицины при Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Настоящую работу подъ заглавіемъ «къ вопросу о холециститѣ при брюшномъ тифѣ» представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.
