

чается в 85—90% сл.; Küchenmeister (цит. по Поссельту) говорит, что желтуха отсутствует только в $\frac{1}{3}$ случаев; Vierordt (цит. по Поссельту) на основании большого материала также считает, что желтуха при данном заболевании встречается в 80% сл. Однако по материалу проф. Васильева (43 сл.) желтуха была лишь в 40% (17 сл.).

По поводу наблюдавшихся в обоих наших случаях приступообразных повторных болей, весьма напоминающих приступы при желчно-каменной болезни (особенно во втором случае), мы можем сослаться также на монографию Поссельта, в которой приводится ряд подобных случаев бескаменной колики, наблюдавшихся различными авторами при данном заболевании. В качестве причин в этих случаях бывали различные осложнения, как-то: гнойный ангиохолит, атрезия duct. cystici, воспаление желчного пузыря, прорастание его стенки и т. п.

Заканчивая наше сообщение, мы хотели бы обратить внимание, не делая никаких предположений, на один мелкий факт, может быть случайного характера, а именно: в обоих наших случаях, а также в случае, описанном Халфеном, в анамнезе больных была перенесенная ими оспа.

О торпидной амбулаторной форме брюшнотифозной инфекции.

Я. С. Хентов.

В своей небольшой статье я хочу коснуться одной из амбулаторных форм тифа, имеющих место в г. Ростове н/Д. Во второй половине сентября при наличии еще теплых дней и отсутствии массовых гриппозных заболеваний, наблюдающихся постоянно в Ростове н/Д, при наличии эпидемии брюшного тифа, на амбулаторном приеме стали появляться лица с неопределенным каким-то заболеванием, сопровождающимся общим недомоганием, ослаблением аппетита, плохим сном и небольшой температурой до 37,7—38°. Больные все отказывались от посещения их на дому и заявляли, что не весь день они проводят в постели, что состояние их не таково, чтобы лежать. Больные не сразу в начале заболевания являлись на прием, работали и некоторые только мною были сняты с работы, ввиду наличия у них какой-то инфекции.

Таких больных у меня на приеме было 9 чел. Интересно то, что все они отмечают медленное начало, общее недомогание, отсутствие аппетита, плохой сон и небольшой жар. Никаких катаральных явлений у всех этих больных не было, за исключением одного (Сух-ов, ист. болезни № 1194), страдавшего хроническим бронхитом. Гриппозной инфекции, как выше было сказано, в городе не было. Все больные были, несмотря на отсутствие в крови плазмодиев малярии, тщательно хинизированы. Хинизация никакого эффекта не дала. Исследование мочи у всех больных не показало никаких отклонений от нормы. Рентгеноскопия легких, исследование (у некоторых двукратно) мокроты на ВК и др. флору не давало права, при отсутствии каких-либо клинических данных со стороны легких, заподозрить туберкулез, бронхоаденит или другую инфекцию.

Картина крови у большинства наблюдаемых особых отклонений от нормы не представляла, в 2 случаях количество лейкоцитов было ниже 5.000. Селезенка прощупывалась плотной консистенции у 3 лиц, у остальных селезенки за все время повышения температуры определить не удавалось. Сыпи также не удавалось наблюдать. Невозможность признания у всех этих больных гриппа, малярии, туберкулеза, бронхоаденита, несмотря на отсутствие селезенки, сыпи, характерной картины крови, заставляла при наличии в городе эпидемии брюшного тифа, паратифа, подумать именно об этих инфекциях. Прделанная реакция агглютинации на 12—15—18-й день у всех больных дала отрицательный результат. Несмотря на отрицательный результат, мною все же подозревался брюшной тиф амбулаторного типа. Все случаи представляли весьма однообразное течение—сравнительно хорошее самочувствие у б-х, небольшое повышение температуры, селезенка не увеличена, сыпи нет, катаральные явления, характерная картина крови отсутствуют. Мною были сделаны повторно реакции агглютинации, причем в 5 случаях получен положительный результат: в 3 случаях с паратифом В (1:400) и в 2 случаях с брюшным тифом (1:200). В 3 случаях реакция агглютинация была положительной на 22—25-й день болезни; в 2 случаях—только при третьем исследовании на 30-й день болезни. Все исследования на агглютинацию производились в одной и той же лаборатории с одними и теми же штаммами; при исследовании с этими же штаммами было обнаружено не мало случаев брюшного тифа на 12—14-ый день болезни. Наличие при повторном исследовании положительной реакции агглютинации в 5 из 9 наблюдаемых случаев заставляло без всякого сомнения считать у всех данных лиц заболевание брюшнотифозной инфекцией. Все наблюдаемые б-ные не переносили ранее брюшного тифа и не были вакцинированы. Течение продолжалось у всех больных не менее 1½—2 мес., когда температурная кривая становилась совершенно нормальной. Один случай (б-ая Жи-ва, ист. бол. № 15845) представляет интерес в том, что заболевание началось с желтухи и общего недомогания; желтуха держалась не более одной недели, была незначительная болезненность в области печени, селезенка не прощупывалась, реакция агглютинации дала положительный результат при вторичном исследовании и при полном отсутствии желтухи, болезненности печени. Проф. Губергрицом описаны случаи брюшного тифа в эпидемию в г. Киеве, где брюшной тиф начинался с заболевания желчных путей. Интерес всех этих случаев состоит в том, что все они по легкости своего течения относятся безусловно к группе амбулаторного тифа.

Но все эти случаи амбулаторного тифа представляют не тот амбулаторный тиф, который описывается во всех руководствах, который тянется одну-две недели и которому дается название *t. abdominalis levis* или *typhus sine typho*. Мы видели в наших случаях тоже очень легкое течение, но длящееся 1½—2 мес., течение, идущее вяло, торпидно. Liebormeister и Courshman описали формы тифа, протекающие без температуры,

Примером афебрильного тифа может послужить случай, описанный проф. Чистовичем в клинике проф. Боткина: больной-нефритик погиб при явлениях уремии, а при вскрытии были обнаружены типичные тифозные язвы. Тиф у стариков также протекает при небольших температурах. При старческих или т. н. динамических формах высота температуры

обратно пропорциональна тяжести интоксикации, селезенка часто бывает не увеличена, розеол немного или совсем нет.

Все наши случаи относятся к среднему возрасту. Мы знаем, что иногда наблюдаются пиелит, цисто-пиелит, изредка даже нефрит, а также заболевания других органов, вызванные брюшнотифозной палочкой у лиц, не имевших клинической картины брюшного тифа. Вогралик считает, что патогенез всех этих заболеваний, тогда носивших название typhus sine typho, не отличается от обычного патогенеза этой болезни; он считает, что здесь идет дело о typhus levissimus, не выявившим себя определенными клиническими симптомами, а в дальнейшем же давшим одно из обычных для этой болезни осложнений. Мы знаем теперь, что Вундерлиховская кривая не является обязательной для всех случаев брюшного тифа, необязательной является и длительность течения в одну-две недели для амбулаторного тифа. Мы имеем в наших случаях изменчивую форму амбулаторного тифа. Представляет большой интерес позднее появление реакции агглютинации.

Обыкновенно бактериологи считают, что слабая инфекция, слабый антиген вызывают слабую реакцию организма, слабое развитие агглютининов, более сильный антиген вызывает более сильное и более раннее развитие агглютининов и очень сильная инфекция, угнетающая организм, может вызвать агглютинацию слабую и, главное, — поздно.

Наши случаи, протекавшие вяло, торпидно, дали, нужно полагать поэтому, позднюю реакцию. Эти случаи представляют интерес еще с точки зрения страховой медицины.

Отнесясь поверхностно к наблюдаемым случаям, имея налицо температуру не более 37,5—37,7°, при сравнительно хорошем самочувствии (многие больные сами просились направиться на работу), можно остановиться на весьма ходком диагнозе бронхоаденита и призвать их трудоспособными. Ввиду возможных осложнений, которые могут быть и при амбулаторной форме тифа, я считаю, что таких больных, несмотря на легкость и длительность их болезни, необходимо выдерживать до полного выздоровления на больничном листке.

Выводы. 1. Существуют разные виды амбулаторного тифа, в частности амбулаторная форма, длящаяся 1½—2 месяца — торпидная форма.

2. Интересным является появление реакции агглютинации при втором и третьем исследовании, т. е. на 25—30-й день — поздняя реакция.