

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Случай chondritis et osteitis gummosa costarum et sterni.

Д-ра С. П. Порфирьева.

Изъ патолого-анатомическаго института Проф. Н. М. Любимова.

2 сентября 1903 года въ Казанскую Окружную Психіатрическую Лечебницу былъ принятъ чиновникъ Н., 32 лѣтъ, съ явленіями остраго бреда.

Въ доставленныхъ женой больного свѣденіяхъ указаній на патологическую наслѣдственность не имѣется. Спиртными напитками больной не злоупотреблялъ. Острыми заразными болѣзнями не болѣлъ. Сифилиса не имѣлъ—„за это можно головой ручаться“, какъ высказывались родственники больного. Со стороны физической организаціи особенныхъ уклоненій отъ нормы не найдено. Соматическое состояніе удовлетворительно. Первые симптомы заболѣванія были замѣчены 26 августа послѣ служебной непріятности.

10 сентября у больного на правомъ предплечьи и на лѣвой щекѣ на уровнѣ скуловой кости появились небольшіе фурункулы.

Между 16—20 на правой щекѣ, около угла рта, началъ развиваться карбункулъ.

21 числа д-ромъ Б.... былъ сдѣланъ разрѣзъ.

25 замѣчено появленіе новыхъ фурункуловъ. Больной ослабѣлъ и былъ переведенъ въ Трудное отдѣленіе.

27-го. Развились явленія сильнаго двигательнаго возбужденія. Больного въ теченіе нѣсколькихъ часовъ пришлось удерживать при помощи служителей. Дежурный ординаторъ былъ при этомъ безотлучно.

10 октября ординаторомъ отдѣленія и дежурнымъ врачомъ была замѣчена подвижность въ области 5 и 6 реберъ, на мѣстѣ соединенія хрящевой части съ костной. Внѣшнихъ знаковъ насилія не обнаружено при самомъ тщательномъ осмотрѣ. Наличие діастазовъ подтверждена ассистентомъ хирургической клиники Б. Вечеромъ больного осматривалъ врачебный инспекторъ и засвидѣтельствовалъ отсутствіе какихъ-бы-то нибыло знаковъ насилія.

Сознаніе больного затемнено. Временами опять двигательное возбужденіе.

20 октября сознаніе затемнено по прежнему, допущена была въ палату жена больного. Приглашенъ профессоръ-хирургъ Р.... Онъ констатировалъ діастазъ на мѣстѣ соединенія *manubrii sterni* съ *corpus sterni*, діастазы между 3, 4 и 5 лѣвыми реберными хрящами и ребрами, а также рѣзкое утолщеніе на мѣстѣ соединенія 8 реберного хряща съ костью и полное отсутствіе на мѣстѣ діастазовъ признаковъ воспалительной реакціи.

3 октября при явленіяхъ общей слабости больной скончался.

Клиническій діагнозъ: *dementia paralytica*.

4 октября на частичной аутопсіи обнаружено, что на лѣвой сторонѣ груди, соотвѣтственно 3-ему, 4-ому и 5-ому ребрамъ, замѣчается рѣзкое желобкообразное углубленіе, отстоящее отъ средней линіи тѣла на 3-емъ ребрѣ на разстояніи 5,5 *cm.*, на 4-омъ на разстояніи 5,5, на 5-омъ на разстояніи 7 *cm.*

При ощупываніи черезъ кожу замѣчается, что углубленіе соотвѣтствуетъ мѣсту соединенія хрящей съ ребрами, причемъ ощущается, что концы эти разошлись и значительно утолщены и при этомъ особенно на 4 ребрѣ.

При разрѣзѣ мягкихъ покрововъ по средней линіи тѣла отъ подбородка до лоннаго сращенія и, отсекарованіи мягкихъ частей лѣвой стороны, ни подъ кожей, ни между пучками большой грудной мышцы, кровоизліяній нигдѣ не замѣтно; при отсекарованіи большой грудной мышцы, въ мѣстѣ расхожденія хрящевой и реберной частей 3, 4 и 5-го реберъ, выступаетъ гноевидная жидкость въ умѣренномъ количествѣ; мышечныя волокна нѣсколько отечны; при осмотрѣ разошедшихся частей реберъ видно, что хрящевыя части по мѣрѣ приближенія къ мѣсту соединенія съ костными на протяженіи одного *cm.* расширяются, какъ-бы разбухаютъ, тоже видно и въ костныхъ концахъ; наибольшее расширеніе приходится на мѣстѣ соприкосновенія другъ съ другомъ. Поперечникъ соотвѣтственно мѣсту соединенія хрящевой и костной частей:

на 2-омъ ребрѣ 1,4;

на 3-емъ и 4-омъ 3,3;

на 5 мѣ 2,2;

поперечникъ хрящевой части 6-го ребра—1,4, костной—2,2;
поперечникъ хрящевой части 7-го ребра—1,4 костного кон-
ца 1,6.

При разрѣзѣ набухшихъ частей хрящевой и костной 3-го, 4-го и 5-го реберъ замѣчается, что ткани, какъ хряща, такъ и кости изъѣдены, рыхлы и пропитаны желтовато-сѣрыми массами; при проколѣ скапелемъ въ продольномъ направленіи, въ мѣстѣ соединенія хрящевой и костной части 7 ребра, выступаетъ красно-ватосѣрая жидкость.

На продольномъ распилѣ хрящевой и костной части ребра видно, что *perichondrium* и надкостница сильно утолщены, инфильтрированы, мѣшковидно растянуты, въ полость торчатъ изъѣденный хрящевой и костный конецъ ребра.

При отдѣленіи мягкихъ частей отъ грудной кости, ни кровоизліянія, ни гнойнаго инфильтрата, нигдѣ не замѣчается. Въ мѣстѣ соединенія рукоятки съ тѣломъ грудины *periosteum* нѣсколько утолщенъ и подъ нимъ имѣются остатки передней костной пластинки грудины; по удаленіи ея въ грудинѣ образуется полость яйцевидной формы, длиною 1,5, шириною—3,5 *cm.*; дно ея образуетъ изъѣденная задняя пластинка грудной кости; утолщенный перихондрій и надкостница отчасти гнойно инфильтрированы и разрыхлены.

При отдѣленіи мягкихъ частей съ правой стороны груди въ нихъ ни кровоизліяній, ни гнойнаго инфильтрата не замѣчается; мѣста соединенія хрящевыхъ и костныхъ частей реберъ справа не утолщены, при прокалываніи въ продольномъ направленіи замѣчается лишь легкій остеопорозъ костныхъ концовъ реберъ.

По удаленіи передней части грудной стѣнки клѣтчатка *mediastini antici* оказывается гнойно инфильтрированной.

Сердце нормальной величины, мышцы нѣсколько истончены, буровато красны.

Плевра обѣихъ сторонъ содержитъ серозную, слегка мутноватую; съ фибринозными пленками на висцеральномъ листкѣ, жидкость.

На внутренней поверхности восходящей части аорты замѣтны сѣровато-желтыя бляшки. Печень въ разрѣзѣ буроватаго цвѣта съ умѣреннымъ количествомъ крови.

Селезенка нѣсколько увеличена.

Изъ мочеиспускательнаго канала выдѣляется небольшое количество желтоватой жидкости. Резюме аутопсіи: бурая атрофія сердца, опуханіе селезенки, *mediastinitis suppurativa anterior*, *pleuritis seroso-fibrinosa duplex*, бѣлковая дегенерация печени, *ostitis*

et periostitis, chondritis et perichondritis gummosa cum gamolatione на мѣстѣ соединенія 3-го, 4-го, 5-го и отчасти 6-го реберъ лѣвой стороны; osteoporosis costarum въ слабой степени, ostitis gummosa верхняго конца corporis sterni cum gamolatione. Periostitis tibiae dextrae ossificans.

Часть полученнаго при аутопсії патологическаго матеріала въ видѣ отрѣзка одного изъ лѣвыхъ реберъ и затѣмъ мазки изъ выделяемаго уретры и гнойнаго инфильтрата передняго средостѣнія были взяты Проф. Н. М. Любимовымъ и любезно предложены мнѣ для патолого-анатомическаго и бактериологическаго изслѣдованія.

Предназначенный для микроскопическаго изслѣдованія кусокъ ребра былъ фиксированъ въ Мюллеровской жидкости, декальцинированъ въ Эбнеровской, затѣмъ былъ разрѣзанъ на 2 меньшихъ. Одинъ изъ полученныхъ т. о. отрѣзковъ захватилъ участокъ ребра на мѣстѣ соединенія хрящевой части съ костной, другой по преимуществу хрящевую часть.

Заключены были полученные отрѣзки въ целлоидинъ.

Срѣзы послѣ предварительной окраски гематоксилиномъ или гемалауномъ окрашивались или эозиномъ или пикро-фуксиномъ по Von-Gieson'у. Часть срѣзовъ была окрашена сначала сафраниномъ а потомъ пикро-индиго-карминомъ. Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ была примѣнена окраска по Грамму.

Срѣзовъ 50 были окрашены по Liel-Neelsen'у. Мазки съ выделяемымъ изъ уретры и инфильтратомъ изъ mediastinum мѣстами были окрашены Нейсеровской синькой, мѣстами же были обработаны по способу Грамма съ дополнительной окраской.

Полученная на срѣзахъ картина въ общемъ представляется слѣдующей: мѣстами, какъ въ кости, такъ и хрящѣ, замѣтны скопленія клѣтокъ различной формы и величины. Нѣкоторыя гнѣзда состоятъ исключительно только изъ круглыхъ клѣтокъ, въ другихъ-же, среди круглыхъ клѣтокъ попадаются и эпителиоидныя и веретенообразныя, въ третьихъ, послѣднія даже преобладаютъ. Такіе тяжи клѣтокъ особенно рѣзко выступаютъ на однообразномъ фонѣ основнаго вещества гіалиноваго хряща. При самомъ слабомъ увеличеніи въ поле зрѣнія попадаютъ какъ бы отдѣльные сегменты довольно своеобразной структуры: въ нихъ иногда очень ясно можно различить три отдѣльных пояса, первый поясъ уже вполне сформировавшейся фиброзной ткани, другой поясъ по преимуществу клѣточной инфильтраціи и третій съ зернистымъ распадомъ и небольшимъ количествомъ лейкоцитовъ.

Въ частности въ кости замѣтно сильное истонченіе костныхъ балокъ, доходящее иногда до полнаго ихъ уничтоженія; остеобластовъ на балкахъ нигдѣ не видно; нѣкоторые участки хряща зна-

чительно васкуляризованы, мѣстами встрѣчаются островки окостѣнія, замѣтна умѣренная пролиферація хрящевыхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ явленія эндо, мезо и періартеріита, въ венахъ—эндофлебитъ. Въ мышцахъ, на ряду съ измѣненіями сосудовъ, замѣтна атрофія мышечныхъ волоконъ и разъединеніе ихъ фиброзной соединительной тканью.

Перихондрій и надкостница нѣсколько утолщены, но безъ слѣда гуммознаго новообразованія.

При иммерсионной системѣ не трудно замѣтить, какъ въ хрящѣ, такъ и въ кости, присутствіе, поддерживающихъ обезцвѣчиваніе по Грамму, палочекъ и кокковъ. Палочки эти мѣстами образуютъ небольшія скопленія, мѣстами встрѣчаются отдѣльными экземплярами. При окраскѣ фуксиномъ съ послѣдовательнымъ обезцвѣчиваніемъ сѣрной кислотой и дополнительной окраской метиленовой синькой микроорганизмы принимаютъ цвѣтъ послѣдней.

На мазкахъ изъ уретры видны эпителий, поли и мононуклеары и стафилококкъ. Въ инфильтратѣ изъ mediastinum открыто присутствіе стафилококка и стрептококка, гонококковъ не найдено ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ.

Объединяя теперь найденныя на отдѣльныхъ срѣзахъ измѣненія, представляющія, по моему мнѣнію, ничто иное, какъ различныя стадіи процесса мы, мнѣ кажется, съ полнымъ правомъ можемъ утверждать, что первичной картиной пораженія было образование грануляціонныхъ очаговъ. Они, переходя чрезъ рядъ метаморфозъ, въ свою очередь явились причиной цѣлаго ряда послѣдовательныхъ измѣненій, какъ-то: osteoporos'a, рубцового замѣщенія и т. д.; къ этому здѣсь еще присоединилась вторичная инфекция (фурункулезъ).

Какой-же процессъ, спрашивается теперь, могъ дать такую микроскопическую картину. Туберкулезъ? Нѣтъ.

Отсутствіе типическихъ туберкуловъ, туберкулезныхъ бациллъ, наконецъ, на ряду съ этимъ, не свойственнымъ туберкулезу измѣненіемъ сосудовъ—всего этого вполне достаточно, чтобы отвергнуть его.

Актиномикозъ? Опять нѣтъ. Почему? Нѣтъ характерныхъ для него друзъ. Тифозный остеомиелитъ? Но нѣтъ Эбертовскихъ палочекъ.

Можетъ быть гоноррея? Но противъ нея говоритъ отсутствіе гонококковъ и нагноенія и своеобразное измѣненіе сосудовъ. Остается единственный процессъ сифились. А отвѣчаетъ-ли, имѣющаяся у насъ микроскопическая картина, обычно наблюдаемымъ при немъ измѣненіямъ? Да, вполне.

Характерныя измѣненія сосудовъ, интерстиціальныи міозитъ, наличность гуммозныхъ узелковъ въ костной и хрящевой ткани—

все это даетъ намъ полное право сказать, что мы имѣемъ дѣло ни съ чѣмъ инымъ, какъ съ гуммознымъ пораженіемъ реберныхъ хрящей, реберъ и грудины.

Констатированное нами пораженіе представляетъ интересъ уже само по себѣ. Гуммы реберъ, а особенно хрящей, какъ я постараюсь далѣе доказать, явленіе далеко не заурядное. Но интересъ пораженія еще увеличивается благодаря тому, что оно имѣло мѣсто у душевно больного, что оно далѣе, безъ всякихъ внѣшнихъ насилій, привело однако къ значительному нарушенію цѣлости грудной кѣтки.

Нашъ случай еще разъ такъ сказать *ad oculos* доказываетъ возможность подобныхъ случайностей, подчасъ такъ вызывающе симулирующихъ травматическія поврежденія.

Клиническая и патолого-анатомическая картина сифилитического пораженія костей вообще представляетъ собой одинъ изъ сравнительно наилучшее разработанныхъ отдѣловъ ученія о патологій сифилиса. Сифилитическія пораженія костной системы ранѣе другихъ пораженій привлекли къ себѣ всеобщее вниманіе, ранѣе другихъ получили признаніе какъ со стороны практическихъ врачей, такъ и патолого-анатомовъ и, совмѣстные труды тѣхъ и другихъ скорѣе привели къ наиболѣе полной разработкѣ этого отдѣла.

Гораздо медленнѣе шла разработка вопроса о сифилитическомъ пораженіи хрящей. Если уже въ началѣ 16 столѣтія, а тѣмъ болѣе въ половинѣ его, никто изъ врачей не отрицалъ возможности сифилитическихъ заболѣваній костной системы въ формѣ специфическаго первичнаго *osteit'a* или *periostitis*, то безъ преувеличенія можно сказать, что возможность самостоятельнаго пораженія хрящей сифилисомъ и то только въ формѣ *perichondritis*, plena voce была признана только въ 19 столѣтіи и даже ближе, ко второй половинѣ его. Въ доступной мнѣ литературѣ первое прямое указаніе на первичный сифилитическій *perichondritis* я встрѣтилъ въ работѣ Bouisson'a: „*memoires sur les tumeurs Syphilitiques des muscles et de leurs annexes*“, помещенной въ *Gazette medicale de Paris*, за 1846 г.

Описывая случай гуммознаго миозита *musculus pectoralis majori* Bouisson видимо намѣренно нотируетъ одновременное существованіе у этого больного также и гуммознаго *perichondritis* реберныхъ хрящей. Основываясь на этомъ, я позволяю себѣ думать, что указанное пораженіе, по мнѣнію автора, для того времени не представлялось зауряднымъ.

Мое предположеніе, мнѣ кажется, становится тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что даже чрезъ двадцать лѣтъ, т. е. 1866 году, Германъ Цейель, хотя и признаетъ сифилитическое пораженіе нѣкоторыхъ хрящей *de facto* существующимъ, тѣмъ не менѣе находитъ

все еще необходимымъ сдѣлать по этому пункту значительную оговорку. „Не подлежитъ сомнѣнію, пишетъ онъ въ своемъ руководствѣ къ изученію общаго сифилиса“, что носовые хрящи, хрящи вѣкъ и гортани, безъ сомнѣнія, могутъ поражаться сифилисомъ, если не самостоятельно, то по крайнѣй мѣрѣ послѣдовательно, вслѣдствіе разрушенія кожи или слизистыхъ оболочекъ, которыми они покрыты.

Сифилитическое поражение суставныхъ хрящей онъ считаетъ болѣе чѣмъ сомнительнымъ; съ увѣренностью, и видимо на основаніи личныхъ наблюденій, онъ говоритъ только о perichondritis ossificans щитовиднаго хряща. Спустя нѣсколько лѣтъ Лансеро даже во второмъ изданіи своего капитальнаго труда, „ученіе о сифилисѣ“, высказываетъ мнѣніе, что сифилисомъ могутъ поражаться далеко „не всѣ хрящи, а только тѣ изъ нихъ, которые одѣты волокнистымъ покровомъ-надхрящницей“, т. е., говоря другими словами, онъ все еще признаетъ единственную форму заболѣванія—перихондритъ. Считаю нужнымъ добавить, что главу о пораженіи хрящей онъ опять начинаетъ заявленіемъ, что хрящи могутъ поражаться сифилисомъ.

Въ 1884 г. Вирховъ указалъ на присутствіе въ хрящахъ, пораженныхъ сифилисомъ суставовъ, бѣлыхъ, лучеобразныхъ, вдавленныхъ рубцовыхъ тяжей и обратилъ вниманіе на сходство ихъ съ остатками гуммозныхъ пораженій другихъ органовъ, но болѣе определеннаго заключенія о генезисѣ ихъ не далъ. „Какова начальная стадія указаннаго пораженія хряща—этого никто не видѣлъ“, такъ резюмировалъ свой докладъ въ Берлинскомъ Медицинскомъ Обществѣ этотъ маститый ученый.

Патогенезъ пораженія хрящей при сифилитическихъ заболѣваніяхъ суставовъ въ достаточной степени выяснился только въ работѣ Карла Rascha изъ Копенгагена. Rasch выдѣляетъ, на основаніи личныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ, особую форму сифилитическаго пораженія „суставо-хондро артритъ“ и описываетъ найденныя въ хрящѣ измѣненія. Измѣненія эти сводятся къ разволокнуенію хряща съ образованіемъ villозныхъ экскресценцій, къ присутствію бѣлыхъ, вдавленныхъ, лучеобразныхъ рубцовъ различной величины и формы и другимъ деструктивнымъ аномаліямъ, начиная отъ мелкихъ, еле замѣтныхъ грязно-желтаго цвѣта эрозій, до глубокихъ дефектовъ величиною въ $2\frac{1}{2}$ и болѣе sant., съ круто-обрѣзанными острыми неправильными краями. „Кромѣ того, пишетъ авторъ, привожу это мѣсто почти дословномъ переводѣ, мною были найдены и другія измѣненія, которыя проливаютъ видимо свѣтъ на доселѣ загадочное заболѣваніе хряща. При изслѣдованіи констатируется на краю хрящевыхъ изъязвленій на суставномъ концѣ плечевой кости и olecranon нѣсколько маленькихъ

кѣлочковыхъ скопленій въ діаметрѣ отъ 70—100 micron'овъ, состоящихъ изъ круглыхъ и гигантскихъ кѣлокъ. Скопленія эти и нужно разсматривать какъ самые маленькіе гуммозные узелки (отсутствіе въ препаратахъ окрашенныхъ по Liel-Neelsen'у туберкулезныхъ бацилл)“.

„Я нашелъ, продолжаетъ авторъ, во II-мъ моемъ случаѣ нѣчто такое, что можетъ указывать на начальную стадію пораженія и что можетъ служить для уясненія доселѣ неизвѣстнаго патогеноза страданія—это, встрѣчающіяся, мѣстами желтоватыя совершенно поверхностныя эрозіи. Надо предположить, что хрящевыя изъязвленія произошли изъ гуммозныхъ инфильтрацій, а лучеобразные бѣлые рубцы должны быть разсматриваемы какъ остатки послѣ подобныхъ процессовъ, такъ что вполне оправдывается вышеприведенное предположе Вирхова“. „Такимъ образомъ страданіе хряща нужно понимать, настаиваетъ авторъ, въ смыслѣ гуммознаго хондрита“.

Совокупность только что описанныхъ измѣненій въ хрящахъ при сифилитическихъ пораженіяхъ суставовъ составляетъ главные штрихи и той патологической картины, которую представляетъ Вегнеровскій сифилитическій остео-хондритъ, хондритъ другихъ авторовъ.

Сюда нужно впрочемъ добавить отмѣченное почти всѣми авторами, работавшими надъ этимъ вопросомъ, начиная съ Вегнера до Швецова, отсутствіе остеобластовъ и, рядъ измѣненій, стоящихъ въ непосредственной связи съ ростомъ костей.

Я позволилъ себѣ такъ долго остановиться на обзорѣ историческихъ данныхъ, относящихся къ пораженію хрящей сифилисомъ, но считалъ себя въ правѣ это сдѣлать потому, что гистопатологія хряща при сифилисѣ не только въ ходячихъ учебникахъ, но и большихъ капитальныхъ трудахъ, или совсѣмъ обходится молчаніемъ, или же, если и затрогивается, то настолько поверхностно, что остается непонятной даже общая картина пораженія.

Что-же касается пораженія костей сифилисомъ, то процессъ этотъ достаточно выясненъ, какъ съ патолого-анатомической, такъ и съ клинической точекъ зрѣнія и, я поэтому ограничусь только приведеніемъ статистики разбираемыхъ локализаций.

Часто-ли вообще встрѣчается при сифилисѣ пораженіе реберъ и грудины и въ частности первичный хондритъ и оститъ? Цифровыхъ данныхъ для категорическаго отвѣта на этотъ вопросъ вообще, по моему, не достаточно. Имѣющіяся, повидимому заставляють сказать, что далеко не часто, особенно въ гуммозномъ періодѣ.

По статистическимъ даннымъ проф. Ге пораженіе грудины реберъ и позвонковъ въ гуммозномъ періодѣ составляетъ 2,6% для мужчинъ и 4,5% для женщины. Въ статистикѣ этой,

какъ разъясняетъ самъ авторъ, оститы не отдѣляются отъ періоститовъ.

За 7 лѣтъ моей работы и службы ординаторомъ въ клиникѣ венерическихъ болѣзней Казанскаго Университета, судя по даннымъ пріемнаго журнала, наблюдалось всего 762 костныхъ сифилитическихъ поражений; случаевъ періостита реберъ въ гуммозномъ періодѣ было всего за это время 14, что составляетъ 1,83%. Возможно, что въ одномъ изъ этихъ случаевъ послѣдовательно путемъ перехода былъ вовлеченъ въ страданіе и перихондрій, но случаевъ первичнаго хондрита реберныхъ хрящей не отмѣчено ни одного.

Первичный гуммозный оститъ реберъ также не отмѣченъ ни разу.

Пораженіе грудины въ формѣ гуммозныхъ періоститовъ наблюдалось 4 раза, т. е. приблизительно только въ пяти десятыхъ всѣхъ случаевъ (1,52%).

Зарегистрированъ за это время еще одинъ случай періостита грудной кости въ кондиломатозномъ періодѣ и одинъ случай извѣннаго гуммознаго остита ея.

Случай этотъ я хорошо помню, больная въ клиникѣ была всего одинъ разъ, такъ-что обстоятельно онъ прослѣженъ не былъ.

На то-же количество костныхъ сифилитическихъ поражений т. е., 762, tibia была мѣстомъ пораженіе 294 раза т. е. въ 38,5% всѣхъ случаевъ или, говоря другими словами, въ 20 разъ чаще чѣмъ ребра и въ 58 разъ чаще чѣмъ грудина.

Нѣсколько словъ по поводу только что приведенныхъ мною цифръ. Допускаю вполне, что онѣ, можетъ быть, нѣсколько ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ я бралъ въ расчетъ только тѣ случаи, гдѣ діагностическое резюме пріемнаго журнала представлялось вполне достаточнымъ для классификаціи пораженія. Поэтому, случаи съ такими датами, какъ: „ostitis ulnae, KI“ „osteo-periostitides tibiarum, отказался отъ осмотра“, „ostitis, lues?“, „tumor sterni, KI“, „caries costarum, KI“ — не заносились мною, ни въ группу общаго количества поражений, ни въ группу частныхъ локализаций.

Для сравненія приведу теперь нѣкоторыя цифровыя данныя относительно локализаций въ ребрахъ и грудинѣ другихъ процессовъ. При остромъ гнойномъ остеомиелитѣ пораженіе реберъ явленіе очень рѣдкое.

На 661 случай остеомиелита изъ приводимой Кудряшовымъ статистики Volkmann'a, Schede, Kocher'a, Lannelongue'a и Bruns'a видно, что ребра были поражены только въ трехъ случаяхъ т. е. въ 4 десятыхъ % (0,45%). Пораженія грудины совсѣмъ не наблюдалось.

За то, при недавно выдѣленномъ Chantemesse и Vidal'емъ тифозномъ остеоміэлитѣ, судя по сообщеніямъ Rauer'a, Hubener'a, Гагенъ-Торна, Жебровскаго и др., локализациа заболѣванія въ ребрахъ принадлежитъ къ наиболѣе частымъ, а у взрослыхъ и пожилыхъ, чуть даже не къ единственнымъ.

Актиномикозомъ грудная клѣтка по Kummel'ю поражается „довольно часто“ цифровыхъ данныхъ мнѣ найти не удалось.

Herand и Mignot упоминаютъ о 2 случаяхъ пораженія реберъ эхинококкомъ. Одинъ случай они наблюдали сами, другой нашли въ литературѣ.

По приводимой Schmalpus'омъ за 10 л. статистикѣ Вюрцбургской клиники на 978 случаевъ, пораженія грудины и реберъ было 35, что составляетъ 3,6%, при чемъ пораженіе реберъ наблюдалось 23 раза т. е. въ 2,35%, пораженіе грудины 12 разъ, т. е. въ 1,22%. По статистическимъ даннымъ Bilroth'a и Menzel'я на 2106 случаевъ костной бугорчатки на заболѣваніе реберъ, грудины и ключицы приходится 184 случая, т. е. 8,7%.

На 1795 случаевъ того-же заболѣванія, наблюдавшихся за послѣднія 10 лѣтъ въ Больницѣ Erpendorf'a, случаевъ пораженія грудины и реберъ было 104, что составляетъ 5,79%.

Хотя я и слишкомъ далекъ отъ того, что бы признавать за приведенными сейчасъ цифровыми данными абсолютное значеніе, тѣмъ не менѣе думаю, что онѣ всетаки съ достаточною убѣдительностью показываютъ, что lues поражаетъ грудину и ребра сравнительно рѣже, чѣмъ туберкулезъ, и что первичный гуммозный оститъ грудины и хондритъ реберныхъ хрящей явленіе сравнительно очень рѣдкое. Чаше еще повидимому наблюдаются при lues'ѣ періоститы и перихондриты на этихъ мѣстахъ.

Данный выводъ находитъ себѣ подтвержденіе и въ обзорѣ казуистической литературы.

Просматривая доступную мнѣ въ Казани литературу minimum за 10 послѣднихъ лѣтъ и, встрѣчаясь при этомъ съ цѣлой серіей приводимыхъ по разнымъ поводамъ исторій болѣзней, я нашелъ только одно специальное сообщеніе о случаѣ гуммы реберъ во французской, другое въ нѣмецкой литературѣ и одно о случаѣ гуммы грудины въ англійской.

Первое сообщеніе подъ заглавіемъ Gommies des côtes принадлежитъ Legrain'у и сдѣлано имъ въ Société de dermatologie et Syphiligraphie въ Парижѣ 8 Іюня 1897 г.

Авторъ наблюдалъ случай гуммы реберъ съ плевральными фистулами и пораженіемъ грудной клѣтки у 20 лѣтнаго наследственнаго сифилитика. Специфическое леченіе, въ теченіе мѣсяца, сначала дало нѣкоторое улучшеніе, затѣмъ развилась кахексія,

особенно усилившаяся послѣ геморрагій на поверхности фистулъ и большой умеръ.

Натура пораженія была установлена гистологическимъ изслѣдованіемъ.

Авторъ представлялъ фотографію больного до леченія.

Нагноившаяся гумма послѣ размягченія части одного изъ реберъ и гуммозные остейты на другихъ ребрахъ въ періодъ улучшенія были демонстрированы докладчикомъ на радіограммахъ.

Почти аналогичный по клинической картинѣ случай изъ поликлиники Rosental'я былъ демонстрированъ въ Берлинскомъ Дерматологическомъ Обществѣ въ 1901 г. д-мъ Коллеромъ.

У больного черезъ 2 года послѣ зараженія, появились на разныхъ частяхъ грудной клѣтки болѣе или менѣе крупныя, болѣзненные, покрытыя неизмѣнной кожей припухлости. Мѣстами наблюдались втяженія, указывавшія, что здѣсь припухлости „прорывались“. Одновременно наблюдалась болѣзненность въ области очевиднаго отростка.

Диагностическія колебанія относительно натуры страданія закончились признаніемъ сифилиса на основаніи анамнеза и успѣховъ специфическаго леченія.

Хотя въ протоколѣ засѣданія и есть указаніе, что опухоль исходила изъ самыхъ реберъ, но опредѣленнымъ названіемъ случай этотъ ни разу не обозначенъ ни самимъ авторомъ, ни въ протоколѣ засѣданія, почему мнѣ кажется и нельзя категорически утверждать, что здѣсь былъ первичный гуммозный оститъ. Возможно, что первично была поражена надкостница.

Случай гуммы внутри грудной кости описанъ д-ромъ Cole. Авторъ при явленіяхъ диспноэ, ціанозѣ и слабомъ кашлѣ, констатировалъ у больного на грудной кости возвышеніе, вышиною и шириною въ $\frac{1}{3}$ дюйма. Опухоль была упруга, эластична, безболѣзненна.

Диагнозъ д-ра Cole и предложенная соотвѣтственно этому специфическая терапія вызвала сначала бурный протестъ консультантовъ.

Въ дальнѣйшемъ, усиленіе при одномъ симптоматическомъ леченіи явленій диспноэ и ціаноза, а также открытіе новаго, аналогичнаго первому, узла на uln'ѣ и успѣхъ специфическаго леченія наглядно доказали правоту автора.

Кромѣ, приведеннаго сейчасъ спеціальнаго сообщенія о гуммѣ грудины въ англійской литературѣ, я нашелъ попутное указаніе еще на одинъ случай одновременнаго существованія гуммъ реберъ и грудины въ сообщеніи д-ра Котца: „Case of supposed transmission of syphilis to the third generation“; оно напечатано въ томъ же The Lancet и за тотъ же годъ.

Авторъ сообщаетъ со словъ другого доктора въ общемъ мало пригодную для рѣшенія трактуемаго вопроса исторію одной семьи. Въ этой семьѣ, какъ оказывается, имѣлъ мѣсто очень интересный фактъ. У двухъ представителей 3-го поколѣнія, 2-хъ двоюродныхъ братьевъ между собою, сифилисъ проявился единственнымъ и тождественнымъ симптомомъ, именно гуммами реберъ и грудины, при чемъ поражение это обнаружилось почти въ одномъ и томъ-же возрастѣ у одного въ 25, у другого въ 28 лѣтъ.

Что же касается періостита грудной кости, то указанія на него встрѣчаются уже много чаще, хотя все таки же надо сказать, въ довольно ограниченномъ числѣ.

Такъ въ послѣдней большой работѣ В. М. Тарновскаго „сифилитическая семья“, гдѣ онъ приводитъ свои наблюденія надъ 3-мя поколѣніями 30 сифилитическихъ семей и гдѣ число отдѣльных сифилитическихъ припадковъ нужно по крайнѣй мѣрѣ считать сотнями, періоститъ грудной кости отмѣченъ всего одинъ только разъ.

На крайне интересное, по моему, обстоятельство пришлось мнѣ натолкнуться въ работѣ Прейса—„сифилисъ внутреннихъ органовъ“. Авторъ приводитъ 7 подробныхъ исторій болѣзни, относящихся къ сифилису пищевода, легкихъ и сердца и во всѣхъ этихъ исторіяхъ каждый разъ отмѣчается *periostitis sterni*. Что это случайное совпаденіе, или же проявленіе какой-нибудь взаимной связи и зависимости между указанными поражениями, рѣшать не берусь, но обратить вниманіе на этотъ фактъ считаю необходимымъ.

Перехожу теперь къ дифференціальной клинической діагностикѣ наблюдающихся на грудинахъ и ребрахъ поражений. Не говоря уже о смѣшанныхъ случаяхъ, гдѣ діагнозъ можетъ встрѣтить прямо непреодолимые затрудненія, по моему, даже и чистые случаи могутъ иногда, особенно на первыхъ порахъ, поставить въ тупикъ даже и опытнаго клинициста.

Какъ, напр., отличить безъ надежнаго анамнеза, безъ пробнаго леченія, сифилитическое поражение реберъ, отъ также протекающаго тифознаго остеоміелита ихъ?

По присутствію *dolores osteocopi nocturni*?

Но, по описаніямъ многихъ авторовъ, наблюдавшихъ это заболѣваніе, боли эти такіе-же частые спутники и тифознаго остеоміелита. Также онѣ обостряются по ночамъ, длятся цѣлыми мѣсяцами, исчезаютъ и опять вновь появляются. По повышеніямъ t^0 ? Но тифозный остеоміелитъ у взрослыхъ протекаетъ повидимому чаще безъ всякаго повышенія t^0 . (Галенъ-Торна, Жебровскаго, Chede, Hintze, Achard'a, Broca, Sultan'a, Buschke, Bruni и др.).

По наличности и такъ сказать свѣжести, того или другого, этиологическаго момента? Но, не нужно забывать, что описаны случаи (Hubener'омъ Sultan'омъ Buschke и др.), гдѣ тифозный остеоміэлитъ появлялся чрезъ 4½, 5—6 и даже 7 лѣтъ и гдѣ, по заявленію авторовъ, небыло совершенно мѣста сомнѣніямъ насчетъ реинфекціи, а тѣмъ не менѣе изъ костныхъ очаговъ добывались чистыя вирулентныя культуры Эбертовскихъ палочекъ.

Какъ показываетъ ниже приводимое сообщеніе проф. Орлова, не всегда выводять изъ затрудненія при діагностикѣ макроскопическій видъ даже уже и вскрытаго очага.

Въ 1889 г. авторъ наблюдалъ у дѣвушки, чрезъ 8 мѣсяцевъ послѣ шести недѣльнаго тифа, припухлость больше берцовой кости правой голени и сильныя боли на мѣстѣ припухлости. Постукиваніе кости выше и ниже припухлости было безболѣзненно, зыбленія не наблюдалось. Послѣ 2-хъ недѣль безуспѣшнаго іодистаго леченія произведена была операція; оказалось, что между надкостницей и шероховатой поверхностью берца помѣщалась сѣровато-красная масса величиною съ лѣсной орѣхъ. По удаленіи этой массы въ обнаженной кости найдена полость, въ которой заключалась такая же масса.

Спрашивается, чѣмъ такой случай по внѣшнему виду отличается хотя бы отъ сифилитическаго пораженія? По крайнѣй мѣрѣ, по мнѣнію автора, масса сильно походила на туберкулезныя, сапныя, сифилитическія и др. гранулемы. Натура страданія выяснена была только послѣ того какъ путемъ развонокъ и прививокъ было установлено въ грануляціонной массѣ присутствіе жизнеспособныхъ и вирулентныхъ палочекъ Эберта.

Bellouard въ Bulletins de la societe Anatomique de Paris за 1879 г. также даетъ очень подробное описаніе случая, гдѣ костное страданіе грудины даже послѣ удаленія секвестра и неоднократнаго расщепленія фистулезныхъ ходовъ такъ походило по внѣшнему виду на гумму, что даже ввело на нѣкоторое время въ заблужденіе Lansego и Gosselin'a.

Діагностическія колебанія стоили больному очень дорого. Послѣ безуспѣшнаго специфическаго леченія больной чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ погибъ отъ вторичной саркомы легкихъ и почки.

Kürster наоборотъ вылучилъ опухоль грудины, а она оказалась между тѣмъ гуммой.

По понятной для всѣхъ причинѣ, я не буду болѣе останавливаться на припоминаніи и перечисленіи ошибокъ при діагностикѣ разбираемыхъ заболѣваній. Я полагаю, что и приведенныхъ мною примѣровъ вполне достаточно, что-бы согласиться, какъ подчасъ трудна бываетъ дифференціальная діагностика встрѣчаю-

щихся на грудины и ребрахъ поражений съ одной стороны, и какъ своевременность и опредѣленность ея необходимы для цѣлей леченія съ другой.

Въ виду этого я позволю себѣ смѣлость обратить вниманіе на наблюденія Гагенъ-Торна и Жебровскаго надъ кровяной сывороткой и лейкоцитозомъ во время костныхъ поражений послѣ тифа и разъ эти, пока еще единичныя наблюденія подтвердятся—предложить немедленно утилизировать ихъ для діагностическихъ цѣлей насколько вообще можно полагаться на эту реакцію.

Какъ сообщается въ цитируемой мной работѣ „свойство кровяной сыворотки ко времени появленія пораженія костей бываетъ то же, что и въ началѣ тифа, она даетъ реакцію Vidal'я, агглютинацію тифозныхъ бациллъ. Лейкоцитозъ повышается“.

Авторы сообщаютъ случай, гдѣ количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ съ 2200 ко времени нагноенія возросло до 13,300.

Отмѣченныя сейчасъ наблюденія, по моему, много могутъ помочь при діагностикѣ и въ извѣстной категоріи случаевъ спасти отъ далеко не безразличной ошибки.

Такъ по крайнѣй мѣрѣ представляется мнѣ дѣло съ теоретической точки зрѣнія. Другой конечно вопросъ—что дастъ опытъ.

Въ заключеніе считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить признательность глубокоуважаемому профессору Н. М. Любимову за любезно предоставленный мнѣ матеріалъ и за руководство при моихъ гистологическихъ обследованіяхъ.

Также приношу благодарность директору казанской окружной психіатрической лечебницы В. И. Левчаткину за разрѣшеніе воспользоваться исторіей болѣзни, протоколомъ вскрытія и макроскопическими препаратами.

ЛИТЕРАТУРА:

Wegner. Ueber hereditäre Knochensyphilis bei Jungen Kindern. Virch. arch. bd. 50.

Швецовъ. Патолого-анатомическія измѣненія въ эпифизарныхъ концахъ длинныхъ трубчатыхъ костей у младенцевъ при врожденномъ сифилисѣ. Диссертация 1898 г.

Bellouard. Sarcome du poumon.... aorie et nécrose du sternum et des côtes. Bulletins de la société anatomique de Paris 1879 г.

Rach Carl. Beiträge zur Kenntniss der Syphilitischen Gelenkkranheiten. Arch. fur dermatologie und syphilis. 1891.

Руководство къ общей и частной хирургіи подъ редакціей д-ра Питы и д-ра Бильтрота.

Будряшевъ. Краткій очеркъ современнаго состоянія вопроса объ остеомиэлитахъ. Военно-медицинскій Журналъ 1898 г.

Гагенъ-Торнъ и д-ръ Жебровскій. О тифозномъ остеомиэлитѣ. Русскій Хирургическій Архивъ. 1902 г.

Проф. Вельяминовъ. Сифилисъ въ Хирургіи. Русскій Хирургическій Архивъ 1903 г.

Koutts. A case of Supposed tranmission of Syphilis to the third generation. The Lancet 1898.

Thomas Cole. A case of gumma inside the sternum. The Lancet 1898.

Bouisson. Memoire sur les tumeurs syphilitiques de muscles et de leurs annexes. Gasette medicale de Paris 1846.

Проф. Alfred Fournier. Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса 1899 г. выпускъ III.

Германъ Цейслъ. Руководство къ изученію общаго сифилиса. 1866 г.

Лансеро. Ученіе о сифилисѣ.

А. Ге. Курсъ венерическихъ болѣзней.

Otto Neubner. Сифилисъ въ дѣтскомъ возрастѣ 1896 г.
Дмитревскій. Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣ-
неніяхъ костей у душевно больныхъ д. 1865.

А. Ге. Случай самороднаго перелома ossis humeri сифили-
тика. Русская медицина 1884 г.

Тарновскій. Сифилитическая семья. Русский Журналъ Кож-
ныхъ и Венерическихъ болѣзней 1902 г.

Константиновскій. Къ вопросу о хрупкости реберъ при
заболѣваніяхъ центральной нервной системы Д. 1889 г.

Прейсъ. Сифилисъ внутреннихъ органовъ. Медицинская
Бесѣда 1893.

Schmalfuss. Къ статистикѣ хирургическаго туберкулеза
(Архивъ клинической хирургіи). Arch. f. klin. chir. bd. XXXV. Hft I).

Legrain. Gommес des côtes. Annales de dermatologie et d.
Syphil. 1897.

Emery. Gomme du sein. Sem. medic. 1896.
