

Д-ръ Сергѣевъ. Въ прошломъ вѣдъ у больного были истощающіе моменты: дифтеритъ, туберкулезъ суставовъ и т. д. Несомнѣнно все это подкашивало организмъ и приготовило почву для неврита.

Докладчикъ. Нужно полагать, что здѣсь наступило полное выздоровленіе отъ ранѣ бывшихъ болѣзней.

Д-ръ Осокинъ. Состояніе сухожильныхъ рефлексовъ Вы связываете съ динамическимъ страданіемъ спинного мозга. На мой взглядъ, здѣсь, скорѣе, имѣется измѣненіе клѣтокъ передняго рога, хотя и слабое, отъ той же сифилитической инфекціей.

Д-ръ Левчаткинъ, указавъ, что при вторичныхъ явленіяхъ сифилиса часто бываютъ пораженія психики, замѣтилъ, что представляется мало понятнымъ, почему у одного лица при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ поражается нервная система въ одной части, а у другого въ другой. При пораженіи нервной системы у нѣкоторыхъ больныхъ играетъ, повидимому, большую роль сила самого сифилитическаго яда.

Д-ръ Фаворскій. Если бы въ данномъ случаѣ въ появленіи полиневрита играла роль ртути, то мы имѣли бы у больного разстройство желудочнокишечнаго тракта и бѣлокъ въ мочѣ, что считается характернымъ для ртутнаго полиневрита: Въ случаѣ докладчика ничего подобнаго не было, а слѣдовательно здѣсь не можетъ возникать и мысли о ртутномъ полиневритѣ.

Д-ръ Клячкинъ. Бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается, главнымъ образомъ, въ острыхъ случаяхъ отравленія ртутью.

Д-ръ Фаворскій. Въ случаяхъ Leiden'a былъ бѣлокъ въ мочѣ, хотя тамъ не было остраго ртутнаго отравленія.

Проф. Даркшевичъ. Случай докладчика несомнѣнно представляется очень рѣдкимъ: сифилитическій полиневритъ я вижу въ первый разъ. Насколько часты сифилитическіе мононевриты, настолько рѣдки сифилитическіе полиневриты. Такую рѣдкость упомянутыхъ полиневритовъ, на мой взглядъ, нужно объяснить свойствомъ самой хронической инфекціи.

Д-ръ В. П. Первушинъ: *случай пораженія позвоночника на почвѣ брюшно-тифозной инфекціи—spondylitis typhosa (съ демонстраціей больного). (Ауторефератъ).*

Крестьянинъ З., 20 лѣтъ, совершенно здоровый человѣкъ, въ концѣ августа и сентябрь 1903 года перенесъ брюшной тифъ, причемъ недѣли 3 было затемненное сознание; по проясненіи его около половины сентября, при все еще повышенной тѣ-рѣ, замѣтилъ боли, парестезіи и ослабленіе чувствительности въ области

мизинца и локтевого отдѣла лѣвой кисти, рѣзкое ослабленіе движеній мизинца и отчасти прочихъ пальцевъ руки; въ октябрѣ боли ослабѣли, въ ноябрѣ прекратились. По окончаніи лихорадочнаго стадія, приблизительно въ началѣ октябля, неожиданно появились сильныя боли внизу живота справа, при повышеніи т°-ры, перешедшія скоро на позвоночникъ и поясницу справа-же; къ концу октябля боли усилились, что сопровождалось частыми позывами на мочеиспусканіе и даже непроизвольными выдѣленіями мочи; въ ноябрѣ боли появились въ лѣвой части поясницы и нижнемъ отдѣлѣ живота слѣва, колеблясь въ своей интенсивности; въ декабрѣ боли по передней поверхности бедеръ, а позднѣе и голеней; въ январѣ—небольшія срѣднѣющія боли въ правой рукѣ. Со времени болѣе въ поясницѣ и животѣ—затрудненіе движеній позвоночника, все усиливающееся.

St. praesens. Легкій парезъ межкостныхъ мышцъ и *hypothenar'a*, рѣзкое исхуданіе послѣднихъ съ характеромъ дегенеративнымъ; всѣ движенія туловища затруднены, подвижность позвоночника въ поясничномъ отдѣлѣ крайне ограничена, сопровождаясь болевыми ощущеніями въ позвоночникѣ и справа отъ него въ поясницѣ и соотвѣтственно *synchondr. sacroiliacae*; тамъ же болѣзненна и пальпація, въ особенности въ области остистыхъ отростковъ поясничныхъ и 2 нижнихъ грудныхъ позвонковъ; боль—внизу живота справа и слѣва. Позвоночникъ, утративъ поясничный лордозъ, представляетъ кифотическое искривленіе въ нижнегрудномъ и поясничномъ отдѣлахъ безъ смѣшенія позвонковъ, съ болѣе замѣтнымъ выстояніемъ остистыхъ отростковъ 2—3 верхнихъ поясничныхъ позвонковъ; легкій сколіозъ лѣвосторонній въ поясничномъ отдѣлѣ и правосторонній въ грудномъ. Легкое пониженіе чувствительности по локтевому краю предплечья лѣвой руки, лучевой части кисти и первыхъ 3-хъ пальцевъ; ясное—въ мизинцѣ, локтевой части безымяннаго пальца и кисти на всѣ виды чувствительности; намекъ на ослабленіе ея на лѣвой рукѣ. Повышеніе коленныхъ рефлексовъ, а также рѣзкое оживленіе сухожильныхъ рефлексовъ на рукахъ. Нервные стволы неболѣзненны, атаксіи нѣтъ. Внутренніе органы нормальны; реакція *Vidal'a* 16/ш дала отрицательный результатъ (д-ръ И. И. Троицкій). За пребываніе въ клиникѣ съ 31/1 по 22/ш 1904 г. т° была нормальна, нерѣдко бывали боли внизу живота, то справа, то слѣва, а главнымъ образомъ, въ поясничномъ отдѣлѣ позвоночника и отчасти справа отъ него, изрѣдка въ бедрахъ спереди; постепенно боли уменьшались, подвижность позвоночника увеличивалась, а подъ конецъ и кифотическое искривленіе его стало исчезать.

Болѣзненные явленія въ лѣвой рукѣ соотвѣтствуютъ корешковому пораженію лѣваго плечевого сплетенія въ его нижнемъ отдѣлѣ (*C₈* и *D₁*), развившемуся, вѣроятно, подъ вліяніемъ мѣстнаго менингеальнаго процесса. Измѣненіе конфигураціи позвоночника и его мало—подвижность докладчикъ приписываетъ пораженію costal'a и суставовъ его поясничнаго отдѣла, не считая возможнымъ расчленить здѣсь то

и другое, а самое происхождение этих явлений ставитъ въ связь съ перенесеннымъ брюшнымъ тифомъ.

Пораженія костей при тифѣ извѣстны давно, изучены за послѣдніе 14 лѣтъ детально; въ 1887 г. Ebermaier впервые доказалъ бактериологически зависимость этихъ процессовъ отъ внѣдренія въ костный мозгъ мозгъ брюшно-тифозныхъ палочекъ, каковая мысль высказывалась клиницистами еще раньше; теперь накопилось нѣсколько десятковъ наблюдений, доказывающихъ бактериологически чисто тифозное поражение костей; выясняется и роль костного мозга въ развитіи этихъ остеомиелитовъ и въ дѣлѣ борьбы организма съ инфекціей.

Въ 1898 г. Quincke первый описалъ случай тифознаго спондилита и съ тѣхъ поръ извѣстно въ литературѣ подобныхъ клиническихъ наблюдений не менѣе 11, на основаніи чего возможно дать картину заболѣванія. Оно наблюдалось между 16 и 24 гг. и притомъ исключительно въ поясничномъ отдѣлѣ, протекало безъ нагноенія, разрешаясь черезъ 2—12 мѣсяцевъ, начиналось внезапно съ повышеніемъ t° , спустя $1\frac{1}{2}$ —9 недѣль по окончаніи лихорадочнаго стадія тифа, давая иногда и въ дальнѣйшемъ обостренія болей и повышеніе t° на 1—2 дня; мѣстно: болѣзненность позвонковъ, безъ смѣшенія ихъ, легкій кифозъ, неподвижность позвоночника, иногда припухлость и болѣзненность мягкихъ частей по сосѣдству. Со стороны нервной системы: иррадирующія боли; временно существующіе парезы, разстройство чувствительности и рефлексовъ на ногахъ, тазовыя разстройства; обыкновенно имѣется положительная реакція *Vi-dal'я*. Прогностика благопріятная. Терапія консервативная. Изысканія (1903 г.) E. Frenkel'я (изслѣдованіе позвонковъ изъ труповъ лицъ, умершихъ отъ тифа) обнаружили весьма постоянное присутствіе тифозныхъ бациллъ въ костномъ мозгу поясничныхъ позвонковъ—съ 1-ой до 6-ой недѣли отъ начала тифа и въ костномъ мозгу кровоизліянія и некротическія гнѣзда (по А. Аранову).

Случай докладчика укладывается въ рамки тифознаго спондилита авторовъ; помимо участія, менингеальныхъ оболочекъ, главная роль въ происхожденіи кифоза и неподвижности позвоночника выпала здѣсь на костякъ и суставы поясничнаго отдѣла позвоночника, и въ силу обширности затронутыхъ частей докладчикъ считаетъ уместнымъ обозначать такіе случаи черезъ «*spondylitis typhosa*» по аналогіи съ другими спондилозами, полагая что наблюдавшаяся картина можетъ повести въ дальнѣйшемъ, при благопріятныхъ къ тому условіяхъ, къ развитію и настоящаго спондилоза въ той или другой формѣ (*Sigmund-rell-Marie*, Бехтерева и т. п.)

Въ преніяхъ приняли участіе.

Д-ръ Левчаткинъ. Не имѣется-ли въ данномъ случаѣ измѣненій спинного мозга?

Докладчикъ. Здѣсь трудно говорить о пораженіи спинного мозга.

Д-ръ Левчаткинъ. Въ чемъ здѣсь выражается остеоміелитъ?

Докладчикъ. Наблюдаются 3 формы остеоміелита: въ 1-й гиперемія; во 2-й гной; въ 3-й когда существуетъ піемія съ пораженіемъ суставовъ.

Д-ръ Левчаткинъ. Мнѣ кажется, что діагностировать здѣсь гиперемію очень трудно. Вообще я не остановился въ данномъ случаѣ на діагнозъ пораженія суставовъ.

Докладчикъ. Я отношу здѣсь пораженіе нѣкоторыхъ позвонковъ къ пораженію суставовъ, быть можетъ съ характеромъ отека.

Д-ръ Левчаткинъ. Здѣсь, очевидно, имѣется пораженіе оболочекъ, которое можетъ въ свою очередь вести къ заболѣванію и костей позвоночника и т. д.

Докладчикъ. При пораженіи оболочекъ будетъ и анестезія.

Д-ръ Левчаткинъ. Но вѣдь здѣсь есть пораженіе на рукѣ спинномозгового корешка.

Докладчикъ. Менингеальныя явленія имѣются только въ верхнемъ отдѣлѣ позвоночника. Почему же здѣсь получился кифозъ?

Д-ръ Левчаткинъ. Нѣтъ-ли здѣсь заболѣванія *m. psoas*?

Докладчикъ отрицаетъ это.

Д-ръ Клячкинъ отмѣтилъ, что приведенныя докладчикомъ патологическія данныя, представляя большой интересъ, не укладываются въ опредѣленную рамку.

Д-ръ Оаворскій. Присоединяясь вполне къ прекрасно проведенной діагностикѣ докладчикомъ, я желаю бы обратить вниманіе на важность подобныхъ случаевъ въ томъ отношеніи, что они проливаютъ свѣтъ на этиологію и такъ наз. *spondylose rizomelique* (Marie). Какъ извѣстно, въ числѣ этиологическихъ причинъ при этой формѣ заболѣванія приводятся авторами самые разнообразные моменты, какъ напр. ревматизмъ, сифилисъ, гоноррея, травма и т. д. Такое обиліе причинъ заставляло относиться съ большою осторожностью къ дѣйствительной связи ихъ съ *spondylose rizomelique*. Если же теперь встать на точку зрѣнія докладчика, въ случаѣ котораго брюшно-тифозная инфекция вызвала заболѣваніе позвонковъ, очень похожее на начальную степень *spondylose rizomelique* (Marie), то само собою разумѣется, что и всякая другая инфекция или механический моментъ, могущій вызвать заболѣваніе костей, способенъ повлечь за собою упомянутую форму заболѣванія.

Проф. Даркшевичъ. Въ данномъ случаѣ едва-ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что здѣсь дѣло идетъ о заболѣваніи костяка, а не мускулатуры и корешковъ, и діагностика, приведенная авторомъ, вполне соответствуетъ дѣйствительности.

А. Оаворскій.