

печенью. Однако нам кажется, что Iues и здесь сыграл первенствующую роль, правда вызвавши острую вспышку заболевания нервов в условиях резкого нарушения их питания, в связи с наступившими изменениями в крови, опять таки люэтического происхождения.

Резюмируя всю клиническую картину, имеющуюся у нашего больного, мы логично должны прийти к выводу о преимущественной координированности отдельных симптомов, при наличии которой причинная зависимость резко отступает на второй план. За это обстоятельство говорит уже тот факт, что налицо мы имеем неполноценность ряда отдельных систем и органов. Так, кроветворные органы на люэтическую инфекцию ответили своеобразной реакцией — появлением пернициозной анемии — реакцией, появляющейся, как думает большинство авторов, вследствие конституциональной неполноценности этих органов.

С другой стороны, мы видим также своеобразное реагирование на экзогенную вредность и ц. н. с. Наряду с более обычной реакцией в виде внесистемного токсинфекционного заболевания (трансверзальным миэлитом) мы констатируем развитие и системного заболевания дегенеративного характера, для которого уже конституциональная неполноценность, даже при современном уровне знаний, является несомненной. Также необычно (развитием полиневритических явлений) реагировала на люэтическую инфекцию и пер. н. с. Таким образом в нашем случае весь обширный симптомокомплекс, повидимому, развивается на почве Iues'a, правда, благодаря наличию своеобразной почвы. Нет сомнения, что отдельные звенья в этом симптомокомплексе имели и кое-какие причинные взаимоотношения. Так, появившиеся изменения крови могли обусловить пониженное питание неполноценных органов, способствуя этим более яркому выявлению уже имевшегося там раньше процесса. Но как мы уже сказали, эта причинная соподчиненность резко отступает на задний план перед своеобразной реакцией на одну и ту же вредность ряда неполноценных систем и органов. Отсюда напрашивается мысль, что и при фуникулярных миэлитах на почве криптогенетической пернициозной анемии один и тот же токсин в первую голову вызывает заболевание неполноценных органов. Именно этим-то обстоятельством и можно объяснить, что отдельные звенья (фуникулярный миэлит, пернициозная анемия, ахилия) могут то встречаться вместе, то группироваться в отдельные сочетания, которые иногда являются даже характерными для целых семейств.

ИЗ ПРАКТИКИ.

О так называемом „lumbago“ и его распознавании.

(Из практики доверенного врача страхкасы).

Вл. Щербацкого (г. Камышин).

Сделавшись доверенным врачом страхкасы, я подошел вплотную к вопросу о так называемом «lumbago». Раньше я им мало интересовался, хотя и имел однажды несчастье заболеть им сам. Случилось это, как и обыкновенно бывает, в момент подъема большой тяжести. Внезапно я почувствовал боль в спине и невозможность движений. Единственное положение, в котором я чувствовал себя сносно, было вертикальное. Лежать и сидеть сколько-нибудь согнувшись я абсолютно не мог. Болезнь прошла в течение одной недели, не оставив наклонности к

повторению. В качестве доверенного врача я столкнулся с lumbago в другой плоскости. Мне пришлось убедиться в том, что lumbago относится к так называемым сомнительным болезням, которые не имеют объективных симптомов и потому дают шаткие диагнозы и довольно широкое поле для симуляции. Лечащие врачи постоянно говорили мне, что lumbago—это для них своего рода крест, что нет возможности при нем установить истину и обнаружить притворство. Изучение случаев lumbago по бюллетеням привело меня, однако, к довольно важным заключениям. За 10 месяцев 1929 г. по Камышинскому округу освобождено было по больничным листкам с диагнозом «lumbago» всего 89 человек. Из них оказалось 73 мужчин и 16 женщин, 70 рабочих и 19 служащих. Дней было проведено 783. Таким образом на 1 случай падает 8,5 дня, то есть средняя продолжительность болезни равнялась 8,5 дней. Затяжной характер lumbago принял в 7 случаях. Какие же рабочие преимущественно заболели lumbago? Почти исключительно члены с. деревообделочников, рабочие с лесопильных заводов, имеющие дело с подъемом больших тяжестей (бревен, брусьев, досок и т. д.) и притом работающие или на открытом воздухе, или при сильных сквозняках.

Невольно напрашивается для объяснения этиологии этого заболевания как ревматический, так и, особенно, травматический момент. Несомненно подъем больших непосильных тяжестей при согнутой спине связан с большим напряжением спинных мышц и связок позвонков, вследствие чего могут произойти разрывы этих тканей и т. д. Не совсем понятным является в других, как будто не связанных с травматизмом, случаях, внезапное наступление болей и невозможность движений. Отсюда такие названия как «прострел» и немецкое «Hexenschuss». Кроме того, странное обстоятельство—это двусторонний, симметричный характер страдания. По аналогии с *defense musculaire* при аппендиците, при холецистите, при ограниченных перитонитах, с болезненной судорогой при *coxit'e*, при *torticollis rheumatica*, я полагаю, что при «lumbago» мышечные боли вторичное явление и зависят от судорожного сокращения поясничной мускулатуры. Болезненный спазм мышц, действительно, наступает внезапно, но он является лишь защитной реакцией организма, рефлекторной судорогой мышц. В основе lumbago должен лежать другой процесс. По всей вероятности, это разрыв связок поясничных позвонков или повреждение самих позвонков или всей массы заложенных здесь тканей. Если суть lumbago заключается в рефлекторном спазме поясничной мускулатуры, то тогда становится понятным двусторонний характер этого страдания, только таким образом позвоночный столб устанавливается в наиболее выгодном вертикальном положении и боли уменьшаются. Наблюдая многочисленных больных с lumbago, я убежден, что существует и объективный симптом для более или менее точного распознавания этой болезни и отличия ее от других страданий и симуляции. Именно, если заставить больно сильного нагнуться вперед, то спина в поясничной части окажется не согнутой, а прямой, как доска. При других заболеваниях поясничная часть позвоночника оказывается согнутой более или менее дугообразно. При отсутствии этого симптома я позволю себе исключить «lumbago» и остановиться на других страданиях, как напр., невралгия поясничнокрестц. сплетения и т. д. и даже на возможности симуляции. Односторонний характер болей заставляет предположить возможность почечно-каменной болезни.

К технике вправления вывихов плеча.

Вл. Щербачко (г. Камышин).

Когда мне приходится читать в энциклопедиях Eulenburg'a, Schnitzger'a и Vierordt'a, БМЭ, в многочисленных монографиях и в учебниках частной хирургии о вывихах плечевого сустава, а также когда я ознакомился по статьям в медицинских журналах со способом Джанелидзе, я всегда удивлялся тому, как авторы проходят мимо самого существенного в вопросе о способах вправления передних и других вывихов в этом суставе. Ведь, ни по способу Соорега, ни по способу Schlesinger'a, ни по способу Kocher'a и др. нельзя вправить вывиха, если упустить из виду одно весьма важное и единственно важное на мой взгляд обстоятельство. При вправлении вывиха надо подумать не только о вывихнутой или покинувшей сустав головке плечевой кости, но и о суставной впадине, принадлежащей лопаточной кости. Если мы не фиксируем надлежащим образом лопатки, то вправление вывиха нам ни в коем случае не