

Изучить рецензорный аппарат наших штаммов мы не смогли ввиду отсутствия типовых сывороток и были вынуждены ограничиться приведенными исследованиями. Нельзя не пожалеть, что эти сыворотки являются еще малодоступными, и поэтому мы, как и ряд других авторов, не имели возможности идентифицировать выделенные штаммы по международной классификации *Salmonella*, принятой в 1933 г.

В проведенных нами методах исследования наши штаммы серологически, биохимически и биологически вели себя, как типичные *b. enteritidis* Gärtn. На основании же биохимических свойств можно думать, что все 4 штамма относятся к типу Gärtn—Kiel (по биохимической классификации Кауфмана и Митсуи), отнесенному по международной классификации к варианту Dublin.

Выводы. 1. Все наблюдавшиеся нами случаи тифоподобного заболевания вызваны палочкой Гертнер-Киль.

2. Заболевания, вызываемые палочкой Гертнер-Киль, могут протекать клинически как брюшной тиф.

3. Все тифоподобные заболевания должны подвергаться бактериологическому исследованию для выяснения роли Гертнеровской палочки в этиологии этих заболеваний.

4. Гертнеровская палочка может вызывать не только вспышки пищевых токсикоинфекций, но и давать отдельные спорадические тифоподобные заболевания.

Из Института ортопедии и травматологии и кафедры медицинского института в Ташкенте.

О ранних симптомах заболевания позвоночника туберкулезом.

Проф. С. В. Кофман.

Туберкулез в костях гнездится предпочтительно на местах наибольшего скопления губчатой (спонгиозной) ткани, именно в позвонках, главным образом—в их телах. Около 45% случаев заболевания костным туберкулезом падают на позвоночник.

В результате заболевания позвоночник деформируется, получается общеизвестный *gibbus*; по нашим наблюдениям в 20% случаев наблюдается спондилит без горба: последний еще не развился или вообще процесс протекает без образования горба. В этих случаях симптомы, как объективные, так в особенности субъективные, весьма разноречивы и разнозначущи; они ставят исследующего врача в тупик. Симптомы говорят то за интеркостальную нейралгию, то за язву 12-перстной кишки, за печеночную или почечную колику, аппендицит, пиелит, ишиас и т. п. Они очень часто приводят к совершенно ненужной, часто вредной терапии, как медикаментозной, так и хирургической.

В течение последних 20 лет мы занимались изучением этого явления и пришли к следующим выводам.

Туберкулезный процесс протекает медленно, долгое время остается латентным (по нашим и других авторов наблюдениям—не меньше года, а то и полутора). Смотря по локализации в самих позвонках—то на передней, то на задней поверхности, то внутри тела их—результаты разрушительного действия туб. процесса выявляются различно. В одних случаях процесс влияет на спинной мозг и его оболочки, нарушая отправления висцеральных органов грудной и чаще брюшной полости; в других случаях вызывает формативные изменения, в виде спадения позвонка и выталкивания его кзади. Несомненно, что в единичных случаях бывает и быстрое появление горба; такие факты в литературе описаны. Но иногда, когда спондилит протекает медленно, он несомненно находит сначала отражение во внешности больного.

Предтечей горба являются признаки недостаточности позвоночника, его неспособности носить вышележащие части тела и придавать им желательное положение. Этот момент врач должен уметь подметить и расшифровать. Осмотр, наблюдение, тщательное изучение формы тела, все то, что так умело культивировали старые врачи и от чего мы почти совсем отошли вследствие появления иных способов исследования, может нам дать многое. Надо только всегда перед своим мысленным взглядом иметь формы тела нормального человека и хорошо знать все движения его при выполнении тех или других функций.

Пользуясь осмотром как методом исследования, надо всегда ставить совершенно раздетого больного перед источником света (окном) так, чтобы он был освещен равномерно; наблюдатель при этом становится между источником света и исследуемым.

У здорового человека при осмотре его спины можно наблюдать идущую вдоль всего позвоночника борозду—*sulcus spinalis*, она тянется от затылка до крестца; смотря по степени развития мускулатуры исследуемого борозда эта то более глубокая, то более мелкая; в глубине борозды ясно выступают остистые отростки. При напряжении мускулатуры спины так, чтобы лопатки сошлись, борозда эта углубляется, при этом мускулатура резко выступает и на ощупь становится твердой.

Если исследуемый—носитель какого-либо заболевания позвонков, у него эта борозда неясно выражена на всем протяжении, она часто бывает прерванной. Если заставить его напрячь, выпрямить свой позвоночник, то при заболевании позвонка это выпрямление не удастся по всему позвоночнику, какая-нибудь часть его остается неподвижной; мускулатура вокруг этой части окажется сокращенной, но без результата. При туберкулезном поражении такой участок также остается неподвижным, но мускулатура вокруг него оказывается мягкой, а не напряженной. В данном случае мы наблюдаем парез участка спинной мускулатуры—она мягка как тесто, она не сократилась на этом месте, она не в состоянии ни двигать позвоночник, ни переносить тяжесть тела. Это уплотнение мы называем симптомом ладони; он очень рано свидетельствует о поражении позвоночника туберкулезом: рань-

ше, чем это может выявить даже рентгеновский снимок, который вообще в распознавании туб. поражения позвонков часто несостоятелен. Мы имеем в нашей казуистике случай, в котором нашими сотрудниками распознан спондилит, тогда как рентгеновский снимок ни прижизненно, ни на препарате ничего патологического со стороны позвоночника не обнаружил, а стало это очевидным только при сагитальном распиле позвоночника. Наличие описанного уплощения нас никогда не обманывало относительно состояния позвоночника. Если это уплощение захватывает большую часть позвоночника, или мы вообще не наблюдаем наличия борозды, мы смело утверждаем, что поражен весь позвоночник, в чем мы в одном случае тотального поражения имели возможность убедиться. Часто уплощение имеет вид ромба или небольшого овала. Если такого больного исследовать в лежащем положении, то уплощение мы также наблюдаем, но мускулатура вокруг него не так мягка и несколько контрагирована. Это можно объяснить тем, что она только паретична, а не парализована, и в состоянии еще проявлять свои сократительные способности. Этот факт не был замечен проф. Fraser'ом из Эдинбурга, который также подметил появление описанного нами уплощения (flattening) при спондилите.

Для врачей-терапевтов знакомство с этим ранним симптомом особенно важно потому, что по нашим наблюдениям и по литературным данным *spondylitis tub.* весьма часто выявляется после констатирования поражения респираторных органов, в особенности плевры.

Мы полагаем, что осведомленность об описанном симптоме поможет выяснить гораздо раньше причину жалоб на межреберную невралгию и другие болезненные явления и вместе с этим даст надежду на успешное действие терапии.
