

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ I.

СЕНТЯБРЬ.

1901 г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1901.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 29 ноября 1901 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Объ истерическомъ метеоризмѣ ¹⁾.

Н. И. Топоркова.

(Окончаніе).

Метеоризмъ, по крайней мѣрѣ рѣзко выраженный, представляетъ собою сравнительно нечастое проявленіе истеріи; особенно это относится къ тѣмъ случаямъ послѣдней, гдѣ метеоризмъ составляетъ единственное проявленіе невроза. Подобно другимъ симптомамъ послѣдняго, метеоризмъ имѣетъ болѣею частью довольно неважное вліяніе на общее состояніе больного. Но бываютъ случаи, гдѣ истерическій тимпанизмъ приобретаетъ самое серьезное, даже роковое значеніе для пациента. Это обуславливается съ одной стороны тяжелыми осложненіями, непосредственно связанными съ чрезмернымъ вздутіемъ кишокъ — указываютъ случаи смерти отъ асфиксін, а съ другой стороны той діагностической путаницей, которую метеоризмъ вноситъ въ клинический разборъ болѣзни, смущая то или другое органическое заболѣваніе. Въ 1898 году въ хирургическую клинику проф. König'a въ Charité ²⁾ поступилъ уже вторично больной съ явленіями непроходимости кишечника: животъ сильно вздутъ, какъ при перитонитѣ, болѣзненъ; испражнений нѣтъ, рвота; t° нормальна. На покровахъ живота замѣтны два продольныхъ рубца, длиною въ 25 ст. каждый. Это слѣды двухъ лапаротомій, сдѣланныхъ первая въ 94 и вторая въ 95 г. Операциі были произведены въ виду наличности подобныхъ, только что описанныхъ, симптомовъ, на основаніи которыхъ былъ діагностированъ хроническій ileus. Правда, König не сдѣлалъ третьяго разрѣза, но и два первые достаточно краснорѣчиво свидѣтельствуютъ о діагностическихъ затрудненіяхъ, которыя ставятся врачу описаннымъ симптомокомплексомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи у больного удалось обнаружить многочисленные stigmata истеріи, а однажды неврозъ проявился у него типичнымъ истерическимъ припадкомъ. Описанный случай, конечно, является не единичнымъ.

¹⁾ Доложено въ научномъ Собраніи Врачей Казанской Окружной Лечебницы 11 іюня 1901 года.

²⁾ Dr. Strauss. Hysteria virilis unter dem Bilde der chronischen Darmstenose. Zweimalige Laparatomie.

Berl. Klinische Wochenschrift. 1898, № 33.

У нашей больной метеоризмъ порядка отрицался съ самаго поступленія ея въ лечебницу. Но тогда онъ былъ выраженъ лишь въ слабой степени и не привлекалъ къ себѣ особаго вниманія. Наблюдался онъ, какъ это чаще бываетъ, въ связи съ запорами и жѣры, принятыя противъ послѣднихъ, болѣею частью устраняли или ослабляли и метеоризмъ.

Впервые сильно выраженный метеоризмъ замѣченъ у больной 10 іюня 1900 года. Двѣ три недѣли предъ этимъ она жаловалась на упорные запоры, не всегда уступавшіе дѣйствию клизмъ и слабительныхъ. 10 іюня утромъ очень быстро развилось сильное вздутіе живота; больная охаетъ, стонетъ. Послѣ клизмы съ *natr. sulf.* животъ опалъ; болѣзнь прослабило очень мало.

11 іюня въ присутствіи ординатора д-ра Г. В. Сороковикова „быстро вздуло животъ, при чемъ больная кричала, стонала и охала. Въ то время, когда ставили клизму, газы съ шумомъ прошли черезъ трубку въ кружку“.

12-го опять вздувшійся животъ опалъ послѣ клизмы и *natr. sulf.* Д-ръ Г. В. Сороковиковъ „было сдѣлано больной внушеніе, что ей дадутъ лѣкарство, и вздутіе живота не будетъ повторяться“. Дано *sodium bromatum cum adon. vernalis*.

Съ 13—19-е метеоризма не наблюдалось. 18 судорожные припадки. 19 утромъ больную прослабило послѣ даннаго ей слабительнаго. Вечеромъ вздутіе живота, исчезнувшее послѣ клизмы съ *natr. sulf.*

Начало систематическаго наблюденія тимпанизма у нашей больной относится къ срединѣ іюля прошлаго года. Съ 1-го іюля почти ежедневно судорожные припадки; иногда по три припадка въ день. 16, 17 и 18 болѣзнь жидко слабило по нѣсколько разъ въ день. 18-го іюля въ 9 час. вечера, вслѣдъ за третьимъ въ этотъ день припадкомъ, быстро развился сильный метеоризмъ. Больная лежитъ на спинѣ. Тяжело дышетъ, стонетъ; пульсъ слабый, аритмичный. На зовъ больная не реагируетъ. Сильные уколы булавкой не производятъ никакого дѣйствія. Такое состояніе продолжается до 1 час. ночи. Въ этотъ разъ я рѣшилъ попробовать уничтожить метеоризмъ путемъ внушенія, не прибѣгая къ другимъ средствамъ. Въ 1 час. 5 мин. окружность живота на уровнѣ пупка достигла 84 ст.

Давленіе на глазныя яблоки вначалѣ не даетъ никакого результата. Потомъ больная начинаетъ реагировать на обращеніе къ ней—говорить „слышу“, тогда ей внушается, что животъ долженъ уменьшиться и что тогда ей будетъ легче. Въ 1 час. 15 мин. т. е. минутъ чрезъ десять отъ начала внушенія окружность живота равна 80 ст. Въ 1 часъ 22 мин.—73 ст. Въ половинѣ втораго—70 стм. Въ 1 ч. 35 мин.—68 ст. Эта цифра указываетъ на обычный,

нормальный объемъ живота. Больная имѣетъ совершенно другой видъ. Дыханіе свободное. Пульсъ полный, правильный. Всю ночь спала хорошо. Въ періодъ уменьшенія живота, продолжавшіяся какъ мы только что видѣли полчаса, за больной съ неслабымъ вниманіемъ слѣдилъ я самъ и надзирательница. Больная лежала тихо, совершенно спокойно. Ни отрывки, ни отхожденія газовъ per anum безусловно не было.

Черезъ 2 дня мнѣ удалось быть около больной во время самаго развитія метеоризма. Когда меня позвали къ ней, окружность живота достигала 72 ст. Животъ, на глазахъ быстро увеличиваясь, достигъ окружности въ 81 ст. Больная лежитъ совсѣмъ спокойно. Дыханіе ровное, нѣсколько поверхностное. Глотательныхъ движеній и вообще какихъ либо движеній въ области глотки и гортани нѣтъ. Когда вздутіе перестало прогрессировать, я опять прибѣгнулъ къ помощи внушенія. Какъ и въ первый разъ, я сталъ внушать больной, что животъ скоро, сей часъ-же, долженъ уменьшиться. Черезъ 6 минутъ окружность его равнялась 69 стм. И попробовалъ снова внушить увеличеніе—черезъ 4 мин. окружность живота была равна 80 стм. Внушается уменьшеніе—черезъ 4 мин. окружность 68 стм. И еще разъ вызвалъ увеличеніе, потомъ уменьшеніе до нормы, послѣ чего закончилъ внушеніе. При такихъ рѣзкихъ и быстрыхъ переходахъ отъ максимальнаго вздутія къ нормальному состоянію, какъ и раньше, не наблюдалось ни глотательныхъ движеній, ни отрывки, ни выходенія газовъ per anum. Во время максимальнаго вздутія я просилъ больную глубоко дышать; глубокія дыханія самымъ незначительнымъ образомъ отражались на объемѣ живота. Надо сказать, что не всегда путемъ внушенія можно въ такой мѣрѣ вліять на объемъ живота. Нѣсколько дней тому назадъ замѣтилъ у больной незначительное вздутіе и крайнюю болезненность живота, благодаря которой она вскрикивала при всякомъ прикосновеніи къ нему. Я внушилъ больной, что животъ уменьшится и болезненность пропадетъ совершенно. Животъ дѣйствительно уменьшился и сталъ менѣ чувствителенъ, но снова добиться сколько нибудь замѣтнаго увеличенія окружности живота мнѣ не удалось.

Заслуживаетъ вниманія слѣдующій фактъ: намъ уже извѣстно, что больная отличается большою склонностью къ притворству. Поэтому вполне естественно было ждать отъ нея попытокъ симулировать метеоризмъ, который, какъ видѣла больная, привлекаетъ такъ много вниманія со стороны врачей. Попытки эти не заставили себя ждать. И въ то время, когда строго регистрировался каждый случай приступа метеоризма, больная нѣредко вводила въ обманъ наблюдающихъ за ней: бывало, что на видъ животъ раздутъ до пельзя; измѣряется его окружность въ расчетѣ получить макс-

мальные цифры, а получается не больше 75 см. Дѣло обтягивалось тѣмъ, что больная усиленно выгибала спину, чтобы сильнее выпятить животъ и надувалась. Важно то, что не смотря на всѣ успѣхи, попытки произвольно вызвать метеоризмъ не удавались.

За описываемой періодъ, т. е. начиная съ іюня 1900 г. метеоризмъ наблюдался 11 разъ: 4 раза въ іюнь, 4—въ іюль и 3—въ августъ. Каждый разъ онъ развивался вслѣдъ за припадкомъ и держался немного меньше или немного больше часа, прекращался то самопроизвольно, то послѣ внушеній.

Съ августа прошлаго года по апрѣль настоящаго метеоризма не наблюдалось, не смотря на то, что за это время у больной бывали и судорожные припадки, и временами состояніе глубокой простраціи, и приступы крайняго возбужденія.

13 апрѣля вслѣдъ за судорожнымъ припадкомъ развилось летаргическое состояніе: къ концу послѣдняго временнаго замѣчалась незначительное надутіе живота, 19 апрѣля выразившееся въ рѣзкой формѣ (84 см): 26-го метеоризмъ повторился. Съ 1 по 5 мая почти каждый день метеоризмъ. Къ концу мѣсяца онъ опять былъ нѣсколько разъ, при чемъ 28 мая надутіе живота достигло крайней степени — 86 см въ окружности.

Въ текущемъ іюль метеоризмъ наблюдается почти ежедневно болѣею частью къ вечеру. Надутіе живота всегда бываетъ общимъ, животъ увеличивается совершенно равномерно. Послѣ окончанія послѣдняго приступа летаргіи и по настоящее время больная находится въ состояніи простраціи: она не встаетъ съ постели, почти не поворачивается самостоятельно съ боку на бокъ, то и дѣло мочится подъ себя, ссылаясь на то, что къ ней никто не идетъ; у больной нерѣдко бываетъ рвота. Насколько глубока эта прострація на самомъ дѣлѣ и какаѣ роль принадлежитъ въ данной картинѣ симуляціи, рѣшить трудно.

Врядъ ли нужно доказывать, что описанный симптомокомплексъ не органическаго, а чисто функциональнаго характера. И общее теченіе болѣзни, и то вліяніе, которое оказываетъ внушеніе на развитіе и подавленіе метеоризма у нашей больной, безусловно рѣшаютъ вопросъ о функциональномъ свойствѣ послѣдняго въ положительномъ смыслѣ.

Если что и можетъ вызывать въ данномъ случаѣ сомнѣніе, такъ это возможность симуляціи. Истерія слишкомъ много обманывала врачей, чтобы послѣдніе вѣрили ей на слово и подходили безъ задней мысли къ тѣмъ или другимъ ея проявленіямъ.

На ряду со всѣми другими симптомами истеріи и метеоризмъ тоже можетъ быть предметомъ симуляціи. Benoit и Bernard ¹⁾ ука-

¹⁾ Benoit et Bernard. Un cas de tympanisme abdominal d'origine hysterique. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1900. 1.

зываютъ, что многіе имѣютъ способность пабирать воздухъ въ пищеварительный трактъ черезъ тотъ или другой конецъ его; что растяженіе этимъ воздухомъ кишечнаго капала можетъ производить впечатлѣніе болѣзненнаго процесса, давая въ результатъ діагностику метеоризма или даже туберкулезнаго перитонита. Другіе способы симуляціи метеоризма: высибавіе позвоночника и произвольное опущеніе діафрагмы. Мы видѣли, какіе скромные результаты имѣли какъ первый, слишкомъ элементарный, такъ и второй приемъ у нашей больной, когда она пыталась симулировать вздутіе живота. Что касается набиранія воздуха въ пищеварительную трубку, то сильно выраженный метеоризмъ, вызванный такимъ образомъ, неизбѣжно долженъ быть длительнымъ, такъ какъ въ краткій срокъ нельзя вынудить *рег-ос* или *рег-апп* сколько нибудь значительное количество воздуха; равно какъ и самое развитіе метеоризма должно быть медленнымъ. Мы же видѣли въ нашемъ случаѣ, какъ рѣзки были иногда переходы отъ максимальнаго растяженія живота къ полному спаденію его. А главное, не смотря на самое внимательное отношеніе къ нашему случаю, мы ни разу не наблюдали ни глотательныхъ движеній въ періодъ увеличенія живота, ни выпусканія газовъ тѣмъ или другимъ способомъ въ періодъ его уменьшенія.

И такъ мы можемъ считать установленнымъ, что метеоризмъ, наблюдаемый у нашей больной, представляетъ собою дѣйствительно болѣзненное явленіе. Теперь необходимо выяснитъ, каковъ механизмъ развитія данныхъ явленій, какимъ путемъ происходятъ тѣ рѣзки колебанія размѣровъ живота, которыя наблюдаются при петерпческомъ метеоризмѣ. Для рѣшенія этого вопроса предложено почти столько же теорій, сколько авторовъ имѣли случаи заниматься имъ и высказывать о немъ свое мѣненіе. Наболѣе важнымъ, принципиальнымъ является вопросъ о томъ, происходитъ ли при метеоризмѣ увеличеніе тѣмъ или другимъ путемъ количества газовъ, заключающихся въ кишечникѣ; или, при обычномъ количествѣ ихъ, происходитъ лишь тѣ или другія колебанія въ дѣятельности мышцъ кишокъ и вообще брюшной мускулатуры.

И тотъ и другой взгляды имѣютъ достаточное количество сторонниковъ. Еще въ 50 хъ годахъ полагая, что метеоризмъ обуславливается усиленною продукціей газовъ, спорили о томъ, гдѣ происходитъ скопленіе этихъ газовъ: въ кишкахъ ли, или въ полости брюшины; въ то время пытались даже установить дифференціальную діагностику этихъ двухъ локализаций. Въ настоящее время этотъ устарѣлый споръ оставленъ, и никто теперь уже не ищетъ въ полости брюшины объясненія явленій тимпанизма.

Разсмотримъ же теоріи современныхъ авторовъ, признающихъ при метеоризмѣ увеличеніе количества газовъ въ кишечникѣ. Ев-

stein полагаетъ, что метеоризмъ обусловливается съ одной стороны недостаточностью *pylori*, а съ другой аэрофагіей, т. е. проглатываніемъ воздуха, при чемъ проглоченный воздухъ безпрятственно проходитъ въ полость кишокъ и вызываетъ вздутіе всего живота. Другіе авторы полагаютъ, что увеличеніе количества кишечныхъ газовъ вызывается не проглатываніемъ воздуха, а усиленной ферментацией содержимаго кишокъ. Третьи объясняютъ дѣло простымъ выдѣленіемъ газовъ изъ стѣнокъ кишокъ или инейморреей и ссылаются на опытъ Moreau, который, раздражая симпатическіе нервы плавательнаго пузыря рыбы, вызывалъ растянутае послѣдняго кистородомъ.

Желаю узнать, какъ дѣйствуетъ *pylorus* у нашей больной, мы два раза давали ей значительное количество *acidi tartarici* съ содой. Сколько нибуль рѣзкаго вздутія желудка при этомъ не наблюдалось, а черезъ нѣкоторое время замѣчалось напротивъ незначительное, но равномерное увеличеніе всего живота. Фактъ этотъ говоритъ, что у нашей больной недостаточность *pylori* имѣется, но въ нашемъ случаѣ нѣтъ явленій проглатыванія воздуха въ періодъ вздутія живота и потому онъ совершенно не подходитъ подъ теорію Eibstein'a. Вообще теоріи, связанныя съ усиленіемъ продукціи газовъ никоимъ образомъ не могутъ объяснить тѣхъ быстрыхъ колебаній въ объемѣ живота, которыми наблюдаются въ нашемъ случаѣ. Для выясненія природы истерическаго метеоризма имѣетъ значеніе слѣдующій установленный опытомъ фактъ: даже длительный метеоризмъ истеричныхъ, быстро псчезая во время хлороформнаго наркоза, пропадаетъ безъ выдѣленія газовъ. Фактъ этотъ доказываетъ, что гиперпродукція газовъ при истерическомъ метеоризмѣ играетъ лишь самую скромную роль.

Обратимся къ авторамъ, которые главное значеніе придаютъ тѣмъ или другимъ колебаніямъ въ дѣятельности кишечной и вообще брюшной мускулатуры. Тома указываетъ на глубокое стояніе діафрагмы, какъ на причину истерическаго метеоризма. Но взгляды этотъ, судя по литературнымъ справкамъ, не имѣетъ много сторонниковъ. Рентгеноскопическія изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи, не дали особыхъ результатовъ. Чтобы выяснять, какое вліяніе можетъ имѣть произвольное опущеніе діафрагмы на объемъ живота, я произвелъ 2—3 измѣренія на здоровыхъ, заставляя ихъ по возможности больше выпячивать животъ—цифры получились самыя впечатлѣныя—4—5 ст.

Но вотъ теорія какъ нельзя лучше на нашу взгляды объясняющая явленіе истерическаго метеоризма и раздѣляемая многими авторами. По этой теоріи происхожденіе истерическаго метеоризма

¹⁾ Benoit et Bernard. l. c.

обуславливается тѣмъ, что гладкія мышцы кишокъ, въ подобіе мышцъ скелета, поражаются истерическимъ парализмомъ или парезомъ.

Газы, находящіеся въ кишкахъ, не встрѣчая привычнаго давления со стороны стѣнокъ кишокъ, растягиваютъ послѣднія и даютъ въ результатѣ картину метеоризма. Возстановленіе мышечлага тонуса произвольное дѣйствіе, или подъ вліяніемъ внушенія, вызываетъ возвращеніе растянутого живота къ нормѣ. По такой теоріи быстрые колебанія объема послѣдняго являются вполне понятными.

Эту теорію высказывали еще Cadet въ 71 г. Paul Kegnard, Halloran, Axenfeld et Huchard, Nothnagel, Benoit et Bernard ¹⁾ признаютъ парезъ кишечныхъ мышцъ или единственной или одной изъ главныхъ причинъ истерическаго метеоризма. Strauss, какъ и Jolly полагаютъ, что метеоризмъ при истеріи развивается отъ различныхъ причинныхъ моментовъ, но особую роль играетъ внезапное наступающій парезъ мускулатуры кишечника.

Съ этой же точки зрѣнія можно объяснять и такъ называемые мѣстные тимпаниты, при которыхъ парезъ поражаетъ лишь извѣстный участокъ кишечника и потому даетъ ограниченную опухоль въ той или другой части живота. Я позволю себѣ маленькое отступленіе и опишу случай такого частнаго тимпанита, наблюдавшійся въ нашей лечебницѣ. Въ 97 г. въ лечебницу поступила больная К. При изслѣдованіи К. оказалась истеричкой. Вотъ что занесено въ исторіи болѣзни этой больной: 21 августа „жалуется на боли въ животѣ и общую слабость. Животъ, особенно въ нижней части вздутъ, при перкуссіи очень болѣзненъ, получается тимпаническій топъ“. 22 Августа: „Въ лѣвой, верхней части живота обрисовывается какъ бы припухлость, крайне болѣзненная при дотрагиваніи“. 24. — 26: „Больная постоянно жалуется на боли въ лѣвой нижней части живота и на стрѣляющія боли въ лѣвой ногѣ. На 25 почло быть истерическій припадокъ“, т.е. за это время появилась до 38, 6. Въ виду того, что еще раньше у больной были констатированы нѣкоторыя гинекологическія заболѣванія, къ ней была приглашена специалистъ. Изслѣдованіемъ была установлена функциональный характеръ этой опухоли. Вслѣдствіе появленія этой опухоли повторилось, но уже безъ повторенія т.е. Весьма вѣроятно, что мѣстный метеоризмъ, наблюдавшійся въ данномъ случаѣ, обязанъ своимъ происхожденіемъ именно частичному парезу мускулатуры кишокъ. На ряду съ существованіемъ пареза кишечной мускулатуры вполне естественно предполагать и возможность контрактуры ея. Такой взглядъ нѣкоторые прилагаютъ къ объясне-

¹⁾ Benoit et Bernard, Strauss, l. c.

нію явленій чередующагося запора и поноса, мѣстнаго тимпанизма, отрыжки газами безъ вкуса и запаха, локализованныхъ кишечныхъ спазмовъ и проч.

Говоря о причинахъ частичнаго метеоризма, нельзя обойти молчаніемъ слѣдующаго фактора, который хотя бы въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ вызывать указанныя явленія.

Мы имѣемъ въ виду частичные парезы брюшныхъ мышцъ. Именно такое объясненіе прилагаетъ д-ръ Блумспау¹⁾ къ своему случаю, правда не совсѣмъ выясненному. Дѣло шло о молодомъ солдатѣ, у котораго послѣ прыжковъ получалось въ верхней средней части живота выпячиванье, которое постепенно увеличивалось и оставалось нѣкоторое время послѣ прекращенія прыжковъ. При изслѣдованіи оказалось, что при существованіи такого выпячиванія верхняя часть прямыхъ мышцъ живота представлялась расслабленной, нижніе же концы ихъ сокращенными. Субъектъ, о которомъ идетъ рѣчь,—истеричный. Авторъ очень склоненъ смотрѣть на свое наблюденіе, какъ на случай истерического пареза и воздерживается отъ категорическаго вывода на этотъ счетъ лишь въ виду травмы живота, имѣющей въ анамнезѣ больного.

И такъ, возвращаясь къ нашему случаю, мы думаемъ, что метеоризмъ, наблюдаемый у нашей больной несомнѣнно-истерическаго происхожденія. Что же касается вопроса о самомъ механизмѣ развитія описанныхъ вздутій живота, то для нашего случая мы считали наиболее вѣроятной причиной произвольно наступающій парезъ кишечной мускулатуры—*enteroparesis*.

Если эта причина и не единственная, то по нашему мнѣнію она во всякомъ случаѣ является преобладающей въ ряду другихъ побочныхъ моментовъ.

¹⁾ Л. В. Блуменау Частичный парезъ прямыхъ мышцъ живота у истеричнаго субъекта.

Обозрѣніе психіатріи, неврологіи... 1893, № 5.

Кесарское сѣченіе съ оскотпленіемъ при остеоматическомъ тазаъ.

Д-ра мед. В. В. Владимірова.

15-го іюля 1900 г. въ 4 ч. дня въ завѣдуемый мною Городской Забулочный Родильный Покой поступила татарка Бяби С—ва, крестьянка, портниха по занятіямъ, 28 лѣтъ, беременная въ 4-й разъ. Въ замужествѣ около 10 лѣтъ, изъ 3-хъ родовъ двое завершили рожденіемъ живыхъ дѣтей, въ послѣдній же разъ родился мертвый плодъ. Уже въ эту предыдущую беременность больная чувствовала боли въ костяхъ нижнихъ конечностей (въ бедрахъ) и таза. Первые мѣсячныя у С. появились на 15-мъ году, съ типомъ—черезъ 4 недѣли по 2—3 дня; послѣднія мѣсячныя были въ концѣ сентября или началѣ октября 1899 г.

Больная брюнетка, ростомъ около 142 сант., тѣлосложеніе и питаніе изохія; видимыя слизистыя оболочки слегка ціанотичны; при изслѣдованіи сердца слышится явственный систолическій шумъ; пульсъ съ рѣзко выраженной аритміей, 95 въ 1'; t° въ 4½ ч. дня 37,6°.

Окружность живота на уровнѣ пупка 90 сант., выше 91 с., ниже пупка 88. Разстояніе дна матки отъ лобка 37 с., отъ пупка—21 с.

Брюшныя стѣнки растянуты, тонки, рѣзко выражено расхождение прямыхъ мышцъ. На два поперечныхъ пальца выше пупка замѣчается явственно выраженный поперечный перехватъ на тѣлѣ матки въ видѣ борозды. По наружному изслѣдованію—второе черепное положеніе, задній видъ. Ясное сердцебіеніе справа ниже пупка.

При изслѣдованіи таза разстояніе между остями подвздошной кости равнялось 18,5 сант., между гребенками—25,5 с., между вертелами бедренныхъ костей—26 с. Литцмановское разстояніе

9 с., наружная конъюгата 18,5 сант.; при первомъ же введеніи изслѣдующаго пальца въ родовую каналъ сразу бросаются въ глаза особенности выхода таза: чтобы сколько нибудь ввести палецъ, приходится тотчасъ же отдавить промежность какъ можно больше назадъ, къ копчику.—Сѣдалищные бугры тѣсно приближены другъ съ другомъ, восходящія вѣтви сѣдалищныхъ костей идутъ почти параллельно одна другой, нисходящія вѣтви лобковыхъ костей идутъ уже рѣшительно параллельно и между ними палецъ руки едва-едва продвигается. Обращая вниманіе на горизонтальныя вѣтви лобковыхъ костей, находимъ ихъ идущими также параллельно другъ къ другу, причемъ самое нижнее сочлененіе рельефно выступаетъ въ видѣ характернаго клюва. При внутреннемъ изслѣдованіи крестцовая кость чрезвычайно рѣзко изогнута въ направленіи сверху внизъ, крестцовая впадина выражена крайне рельефно, такъ что въ ней можетъ помѣститься кулакъ руки средней величины, почти не выдаваясь за предѣлы плоскости выхода изъ нел. Мысль крестцовой кости вдается въ полость родового канала въ видѣ прямоугольнаго выступа. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: матка раскрыта почти вполнѣ, низурия нѣтъ, предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ, хотя она достаточно неподвижна здѣсь, ибо изслѣдующій палецъ, при пробѣ отодвинуть ее вверхъ, встрѣчаетъ сильное препятствіе. Головная опухоль рѣзко выражена,—какъ уже сказано, изслѣдующій палецъ (или два) можно провести сколько нибудь свободно лишь чрезъ заднюю половину выходнаго отверстія таза, гсрр. образуя отдавливаніемъ промежности рѣзко назадъ къ копчику искусственный до извѣстной степени путь назадъ отъ линіи, соединяющей сѣдалищные бугры между собой. Внутреннее разстояніе сѣдалищныхъ бугровъ при тщательномъ измѣреніи равнялось 3,5 сант.

Попытки опредѣлить выѣстимость и податливость таза (т. е. уже его полости и выхода, ибо головка при высокомъ стояніи контракціоннаго кольца была какъ бы фиксирована надъ входомъ въ тазъ) по способу, предложенному ¹⁾ академикомъ А. И. Красовскимъ—сгибаніе кисти руки въ кулакъ внутри родового канала и проба свободного выведенія въ такомъ видѣ для оцѣнки возможныхъ терапевтическихъ мѣропріятій уже а priori должны были окончиться неудачей: черезъ вышеописанную заднюю половину выходнаго отверстія таза и ввести-то кисть руки не было возможности безъ крайняго насилія, о выведеніи же ея въ видѣ кулака не могло быть и рѣчи. Очевидно, не смотря на затянувшійся родовой актъ, возлагать какія-либо надежды на податливость костей было невозможно, да оно и попытка: мы имѣли дѣло съ несвѣжимъ случаемъ остеомаляции, процессъ тянулся уже нѣсколько лѣтъ,—судя по анамнезу и даже по даннымъ общаго вида таза, гдѣ всѣ

особенности остеомалатического таза выражены были крайне отчетливо.—Попытка же провести головку, уменьшенную путемъ прободенія, грозила неисчислимой травмой мягкихъ частей родового канала, не говоря даже о выходѣ таза съ его поперечникомъ въ 3,5 сант.

Въ виду этого мы рѣшили, имѣя дѣло съ абсолютнымъ суженіемъ по ходу родового канала (наименьшій размѣръ менѣе 5.6 сант.), прибѣгнуть къ кесарскому съченію, какъ къ пособию единственно показанному при данныхъ обстоятельствахъ. При этомъ, принимая въ соображеніе еще не совсѣмъ закончившійся процессъ размягченія костей съ одной стороны и возможность предотвращенія послѣдующихъ беременностей съ ихъ вліяніемъ на измѣненія въ костяхъ съ другой,—мы рѣшили комбинировать кесарское съченіе съ оскотленіемъ больной, чѣмъ разомъ удовлетворяли обоимъ показаніямъ. Прямѣніе же способа Ротго казалось намъ излишнимъ по многимъ соображеніямъ: прежде всего, роженица не выхоранила, и слѣдовательно, не было повода для удаленія матки, какъ источника заразы, между тѣмъ какъ, сохраняя больной матку, хотя бы и безъ яичниковъ, мы все же оставляли больную субъектомъ своего пола съ присущими отправлениями. Съ точки зрѣнія терапевтическаго достоинства, одного удаленія яичниковъ вполнѣ достаточно для процесса размягченія костей, хотя нѣкоторые и видятъ въ операціи Ротго большій залогъ воздѣйствія на заболѣваніе. Къ тому же, идеаломъ хирургическаго вмѣшательства все таки должно быть подаііе пособія, наиболѣе консервативнаго. „Разъ доказано отсутствіе зараженія“, говоритъ Trinks²⁾), „нашимъ руководящимъ принципомъ должно быть стремленіе поступать такъ консервативно, какъ только возможно, оперативное вмѣшательство слѣдуетъ извѣдывать до самыхъ ограниченныхъ размѣровъ, не задаваясь идеей о иснужности извѣстнаго органа при извѣстныхъ условіяхъ: матку слѣдуетъ сохранять“.

Операцію пришлось начать лишь въ 10^{3/4} вечера, такъ какъ приготовленія къ чревосъченію, а главнымъ образомъ разыскиваніе товарищей помощниковъ заняли довольно много времени. Операція произведена подъ смѣшаннымъ наркозомъ—сперва хлороформнымъ, а затѣмъ эфирнымъ съ предварительнымъ вспырыскиваніемъ морфія и кокаиновой нозы (усыпленіе производилъ студентъ выпускнаго курса Пеграсевичъ). Непосредственнымъ помощникомъ любезно согласился быть докторъ И. С. Рождественскій (хирургъ), которому я и припому здѣсь глубокую благодарность. Присутствовали 5 фельдшерцы.

Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, чрезвычайно истощенныхъ, начать на 5 сант. выше пупка и провести прямо черезъ грыжевидное выпячиваніе послѣдняго. Апоневрозъ и брюшина вскрыта

между двумя пинцетами. отверстие расширено вверхъ и внизъ ложницами по пальцу. Матка выведена правымъ бокомъ по Рейнт-Мüller'у черезъ брюшную рану, послѣ чего края раны позади матки тотчасъ сближены пинцами Muzsant. Матка обложена со всѣхъ сторонъ горячими компрессами, смоченными въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. Разрѣзъ матки проведенъ продольный, по передней стѣнкѣ, начиная отъ дна и кончая на расстоянии 2—1½ сент., выше области кольца сокращенія. До разреза по ковергенціи круглыхъ связокъ и ихъ прикрѣпленію у угловъ матки на передней стѣнкѣ мы убѣдились въ прикрѣпленіи плаценты къ задней стѣнкѣ матки, почему и проводили разрезъ безъ опасенія. Жгутъ былъ наложенъ на нижній сегментъ матки уже заранѣе, но не затягивался. Къ сожалѣнію, при послѣдующемъ извлеченіи младенца разрезъ нѣсколько удлинился произвольно книзу и прошелъ черезъ область кольца сокращенія, причемъ получилось порядочное кровотеченіе, остановленное временнымъ наложеніемъ зажимовъ на зіяющія отверстія раны. Разрезъ прошелъ какъ разъ лишь чрезъ мышечный слой матки, оболочки были вскрыты пальцемъ, послѣ чего и извлеченъ былъ не безъ затрудненій (шейка была обхвачена сократившейся маткой) младенецъ мальчикъ, въ состояніи арнос и переданъ на попеченіе фельдшерицъ. Послѣдъ съ оболочками удаленъ рукою, послѣ чего тотчасъ же приступлено къ наложенію маточнаго шва въ видѣ глубокихъ и поверхностныхъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ серозно-мышечно-серозныхъ. Передъ наложеніемъ послѣднихъ швовъ на нижнюю часть разреза, полость матки промыта физиологическимъ солянымъ растворомъ черезъ стеклянный наконечникъ (сверху чрезъ рану матки со стокомъ въ рукавъ подъ контролемъ руки акушерки, введенной въ рукавъ) и затѣмъ нижняя часть полости матки слегка затампована іодоформной марлей, выведенной въ рукавъ. Въ перерывы наложенія послѣднихъ швовъ произведено было удаленіе обоихъ яичниковъ, послѣ прошиванія соответствующихъ швоватія узловатыми шелковыми швами. При этомъ обратили на себя невольно вниманіе чрезвычайно развитыя и извилистыя вены plexus ramipiformis въ lig. lata (наличность этого явленія Orthmann³⁾ считать крайне характернымъ для остеомалаціи).

Послѣ туалета брюшной полости брюшная рана зашита глубокими и поверхностными шелковыми швами, причемъ грыжевидно выпятившаяся область пупка резецирована, наложена давящая повязка и больная перевезена въ палату. Операция закончена совершенно въ 12½ часовъ ночи. Послѣдующее теченіе иллюстрируется слѣдующими данными.

Младенецъ вѣсилъ 2770,0 при длинѣ въ 47 сент. и окружности головки въ 34 сент.

Вечеромъ второго дня вынуть марлевый выводникъ изъ полости матки. Первые 7 дней пульсъ колебался въ предѣлахъ отъ 110 до 130, представляя при томъ рѣзкую аритмію. Т³ временами повышалось до 38,2—38,5 въ теченіе IV—XVI дней послѣ операціоннаго періода, по эти повышенія обусловливались, повидимому, всасываніемъ изъ образовавшагося, не смотря ни на какія предосторожности, пролежня на кресцѣ, въ виду чего больную уже на 8-ой день пришлось повернуть на бокъ. Хорошее послабленіе было на 5-ый день послѣ приема каломеля (*calomelanos, sacchari lactis* aa0,5).

На 11 день сняты швы съ брюшной раны, заживленіе рег¹римамъ за исключеніемъ уколовъ двухъ нижнихъ швовъ, гдѣ получилось незначительное нагноеніе, быстро исчезнувшее уже къ слѣдующей перевязкѣ (на 13-й день). Въ виду свойственной истощеннымъ остеомалатическимъ больнымъ наклонности къ эмболиямъ, разрѣшеніе садиться даво лишь на 18-ый день послѣ операціи, на 20-й день больная уже ходила. ¹⁰ VIII, т. е. 26-ой день послѣ операціи, больная выписалась домой; изслѣдованіе при выпискѣ показало, что матка сократилась очень хорошо, къ передней брюшной стѣнкѣ не приращена. Брюшная рана зажила отлично. Измѣренія таза дали результаты тождественныя съ изслѣдованіемъ при поступленіи, но ясно выступили еще болѣе характеристическія подробности остеомалатического таза, такъ какъ между нисходящими вѣтвями лонныхъ костей нельзя было провести и пальца. Ключъ выразился еще рельефнѣе и внутреннее разстояніе сѣдалищныхъ костей нѣсколько увеличилось. Ребенокъ при выпискѣ вѣсилъ 3600,0, кормился все время наполовину грудью (другими родильницами родильнаго покоя), на половину—обезжиреннымъ коровьимъ молокомъ. У больной молоко совершенно не появлялось, при ея крайнемъ истощеніи, груди даже вовсе не нагрудьли. При выпискѣ больная замѣтно поправилась и выглядѣла сравнительно очень недурно.

Такимъ образомъ, жить при операціи примѣненъ былъ въ нашемъ случаѣ лишь профилактически. Что касается разрѣза матки, то, какъ извѣстно, послѣднее время много спорили о мѣстѣ проведенія его. Въ 1897 году П. Fritsch ¹⁾ предложилъ поперечный разрѣзъ во двѣ матки, какъ во избѣжаніе такъ легко происходящаго послѣ операціи приращенія матки къ передней брюшной стѣнкѣ по линіямъ параллельныхъ другъ къ другу сшитыхъ разрѣзовъ, такъ и на основаніи другихъ соображеній—о сравнительномъ рискѣ кровотечения и легкомъ извлеченіи плода. Послѣднія соображенія были развиты подробнѣе во время возникшей изъ-за этого полемики. Анатомически доказанная (Nagel)

бѣдность дна матки сосудамъ, параллельность направленія разрѣза во днѣ ходу сосудовъ въ этомъ мѣстѣ, наиболѣе рѣзко выражающаяся въ днѣ способность полого мускула къ сокращенію и, наконецъ, необычность, геср. рѣдкость прикрѣпленія послѣда здѣсь—вотъ обстоятельства, по мнѣнію защитниковъ способа Fritsch'a наиболѣе гарантирующія отъ кровотеченія. Помимо, наконецъ, указанія на легкость извлеченія младенца (*leichtere Entwicklung*) при донномъ разрѣзѣ, приводится цѣлый рядъ еще другихъ, второстепенныхъ преимуществъ такого направленія, какъ-то: обходъ нижняго сегмента при такомъ направленіи, оттокъ лохий прямо внизъ отъ уровня нижней поверхности разрѣза безъ попаданія на свѣжую равную поверхность, лучшее срастаніе поверхностей разрѣза въ силу мощности мышечнаго слоя во днѣ матки, наконецъ, меньшая опасность образованія грыжи и малое количество швовъ, ибо разрѣзъ суживается до $\frac{1}{2}$ своей первоначальной величины (Перлисъ⁵⁾, Кіевъ).

По настоящее время количество операцій кесарскаго сѣченія съ даннымъ разрѣзомъ достигаютъ уже сравнительно почтенной цифры—около сотни, въ томъ числѣ въ Россіи около 10 (Перлисъ и Нефловъ⁶⁾ въ Кіевѣ по 1 сл., Успенскій⁷⁾ въ Москвѣ 4, Юрьевскій⁸⁾ въ Варшавѣ 1, Станкевичъ въ Лодзи 1).

Продолжительный опытъ и критика показали, что данный разрѣзъ не имѣетъ за собой особыхъ неоспоримыхъ преимуществъ. Что касается сращенія поверхностей разрѣзовъ, то при вдольномъ направленіи, сращеніе вовсе не такъ ужъ обязательно, предупреждается извѣстными сознательными мѣропріятіями во время операціи (хорошенько расправить сальникъ и покрыть имъ матку, и т. п.), съ другой же стороны, данный разрѣзъ вовсе не абсолютно гарантируетъ отъ сращенія (въ случаѣ Siedentopf'a въ Magdeburg'ѣ матка приросла на уровнѣ пупка⁹⁾), за то сращенія данного разрѣза менѣе растяжимы при новой беременности, нежели при вдольномъ разрѣзѣ, при данномъ разрѣзѣ скорѣе возможны (и наблюдались) сращенія съ кишками; наконецъ, при вдольномъ разрѣзѣ съ послѣдующимъ сращеніемъ въ случаѣ инфекции отъ септического эндометрита (шансы одинаковы при томъ и другомъ направленіи) гной абсцесса все таки можетъ прорваться наружу (Hübl¹⁰⁾, клиника Брауна въ Вѣнѣ).

Что касается опасности кровотеченія, то тотъ же Hübl указываетъ, что данный разрѣзъ проводится въ мѣстности, несколько не менѣе бѣдной сосудами и одинаковой величины, какъ и вдольный, въ чемъ Hübl совѣтуетъ убѣдиться по препаратамъ Hurl't'a и Zuckerkandl'я; рискъ попасть на послѣдъ по Hübl'ю одинаковъ въ обоихъ мѣстахъ; прибавимъ отъ себя, что положеніе послѣда всегда можетъ быть предусмотрено по Leopold—Ufer'y (Küstner,

Iahrreis и Неѣловъ поцали при данномъ разрѣзѣ). Выгода параллельности разрѣза ходу сосудовъ въ области дна, указываемая Fritsch'емъ и его защитниками въ смыслѣ остановки кровотока при самомъ послѣдующемъ наложеніи швовъ (прямо поперечно сосуду), уравнивается по Everke ¹¹⁾ опасностью прекращенія притока крови, т. е. послѣдующаго мѣстнаго некроза и зараженія тканей, resp. сепсиса общаго (что и было въ случаѣ Everke). Во всякомъ случаѣ вдольный разрѣзъ передней стѣнки, какъ проводимый по линіи соединенія двухъ половинъ матки, линіи соустія мельчайшихъ уже развѣтвленій маточныхъ сосудовъ, т. е. по своего рода бѣлой линіи матки—нисколько не хуже, а скорѣе болѣе даннаго обезпечиваетъ отъ избыточнаго кровотока. Припомнимъ, что послѣднія указанныя особенности срединнаго разрѣза матки послужили однимъ изъ главныхъ условій для широкаго распространенія приема сѣченія передней стѣнки пополамъ (*hemisection mediane anterieur*).

Выгоды даннаго разрѣза въ смыслѣ оттока лохий прямо книзу отъ линіи разрѣза врядъ-ли могутъ служить въ пользу его соперничества съ вдольнымъ, ибо при послѣднемъ оттокъ лохий также происходитъ книзу отъ раневой поверхности, а зараженіе снизу вверхъ врядъ-ли такъ легко допустимо въ смыслѣ серьезной угрозы послѣ—операционному періоду. Указанія защитниковъ даннаго разрѣза на удобства и выгоды маточнаго шва (resp. послѣдующаго срастанія разрѣза) въ виду особенной толщины матки во днѣ—парализуются Hübl'емъ, заявляющимъ, что наоборотъ, только-что опорожнившаяся матка по большей части во днѣ именно гораздо тоньше, чѣмъ въ тѣлѣ.

Послѣдующее извлеченіе младенца также, по Hübl'ю, нисколько не легче черезъ данный разрѣзъ, напротивъ черезъ продольный передній, по мнѣнію Hübl'я, матка гораздо лучше опорожняется отъ своего содержимаго. На основаніи всего этого, послѣ 11 операцій поперечный разрѣзъ въ клиникѣ Брауна (въ Вѣнѣ) оставленъ совсѣмъ. Schaller ¹²⁾ въ одномъ случаѣ встрѣтилъ весьма большія затрудненія при данномъ разрѣзѣ при извлеченіи ребенка, который предлежалъ ягодицами; въ заключеніе получился разрывъ матки.

Въ другомъ случаѣ онъ же получилъ страшное кровотеченіе, изъ-за котораго, послѣ стягиванія жгута, всеже пришлось перевязать большіе сосуды.

Вслѣдъ за умноженіемъ случаевъ оперативнаго леченія остеомалаціи сталъ усиленно разбираться и обсуждаться и вопросъ о сущности и происхожденіи этого заболѣванія. Нельзя сказать, чтобы наши пріобрѣтенія на этомъ пути были очень цѣнны. До сихъ поръ еще вопросъ не вышелъ изъ области предположеній, и всякія патогномичныя и характерическія особен-

ности заболѣванія по очереди выводятся до степени второстепенныхъ, не специфическихъ и общихъ со многими другими подобными страданіями. Fehling¹³⁾, впервые въ 1887 г. принципиально высказавшійся за оскоспленіе (Kleinwächter¹⁴⁾ находитъ впрочемъ ему предшественниковъ въ лицѣ Лионскаго профессора Fochier и д-ра Levy, высказавшихся еще ранѣе *) за благоприятное вліяніе *полной* кастраціи при остеомалациі), считаетъ остеомалацию за ангионеврозъ костей, развивающійся на почвѣ трофонейроза яичниковъ **). Измѣненія послѣднихъ Fehling считаетъ первичнымъ явленіемъ на основаніи блестящаго лечебнаго эффекта оскоспленія.

Löhlein¹⁵⁾ не считаетъ вліяніе оскоспленія за нѣчто специфическое, а придаетъ значеніе главнымъ образомъ обусловливаемому операцией прекращенію мѣсячныхъ, чѣмъ устраниваются предменструальная и менструальная гиперемія въ сосудахъ таза и ближайшихъ къ нему костей. Schanta также склоненъ видѣть главное вліяніе операциі въ менопаузѣ.

Petrone¹⁶⁾, сводя причину заболѣванія къ микозу, вызываемому извѣстной нитрифицирующей палочкой Виноградскаго, — которую онъ находилъ въ крови и органахъ 2 остеомалатичекъ — объясняетъ вліяніе оскоспленія просто и просто неизбежнымъ при операциі хлороформнымъ наркозомъ, причемъ убиваются возбудители заболѣванія въ крови. Но того же можно достигнуть по Petrone и назначеніемъ другихъ сродственныхъ хлороформу средствъ, напр. хлораль-гидрата внутрь въ теченіе долгаго времени.

Исслѣдованія Petrone были опровергнуты проф. Чистовичемъ¹⁷⁾, который не нашелъ бактерій ни въ крови своей больной (тяжелый случай остеомалациі, при которомъ оскоспленіе осталось безрезультативнымъ), ни въ изсѣченныхъ яичникахъ; прививки также ничего не дали. Азотная кислота въ мочѣ больной иногда открывалась, иногда нѣтъ, но она встрѣчается и при другихъ болѣзняхъ и не представляетъ слѣдовательно ничего специфическаго. Развитіе и существованіе палочки Виноградскаго въ крови по Чистовичу въ высшей степени невѣроятно, ибо нитрификація идетъ съ успѣхомъ лишь при бѣдности данной среды въ органическихъ веществахъ или даже совершенномъ отсутствіи ихъ. — Löhlein изслѣдовалъ бактериологически изсѣченный имъ кусочекъ *cristae ilei* (при чревосѣченіи на остеомалатической больной), но ничего не нашелъ.

Большинство авторовъ все же склонно такъ или иначе сдѣлать теорію Fehling'a; нѣкоторые расширяютъ эту теорію

*) См. Lyon. medical 1879, VI—VII; Wiener Klin. Wochenscr. 1880, s. 39.

**) Подобная теорія гораздо ранѣе Fehling'a была высказана еще Ogle въ 1871 г. См. Saint—Georges Hospital Reports, 1871.

(*Ueberfunction der Ovarien*) еще согласно Neusser'y, который признаетъ особую связь между яичникомъ и костнымъ мозгомъ чрезъ посредство симпатическаго нерва и указываетъ на особое вліяніе яичника для происхожденія эозинофильныхъ элементовъ крови (Neumann, — клиника проф. Tauffer'a въ Будапестѣ). Впрочемъ Neumann, которому принадлежатъ наиболѣе обстоятельныя изслѣдованія¹⁸⁾ объѣна веществъ при остеомалациі, склоненъ болѣе смотрѣть на это заболѣваніе, какъ на страданіе всего организма, а не одной только костной системы.—Вліяніе осконпленія, по его мнѣнію, обусловливается значеніемъ этой операціи именно для объѣна веществъ.

Согласно Laufer'y можно придавать значеніе въ происхожденіи заболѣванія нервамъ расширителямъ костно-мозговыхъ сосудовъ, по точки отправленія рефлекса лежатъ въ различныхъ органахъ, а не только въ яичникахъ: сюда относятся грудныя железы, быть можетъ—щитовидная (?). На послѣднее указываетъ между прочимъ обнародованный Recklinhausen'омъ¹⁹⁾ случай одновременнаго существованія остеомалациі и Базедовой болѣзни.

Въ числѣ этиологическихъ моментовъ приведено за послѣднее время много самыхъ различныхъ заболѣваній, иногда, разумѣется, вѣроятно чисто случайныхъ. Drossbach²⁰⁾ наблюдалъ развитіе остеомалациі вслѣдъ за перенесенной скарлатиной, Köhl²¹⁾ послѣ инфлюэнцы, Thiem²²⁾ приводитъ случай развитія остеомалациі у мужчины—по его мнѣнію единственный въ литературѣ—вслѣдъ за переломомъ шейки лѣваго бедра: вскорѣ за укороченіемъ лѣвой ноги развилась остеомалациа во всѣхъ костяхъ, кромѣ таза. Въ мочѣ наблюдалось обильное количество фосфорнокислыхъ солей. Weismaur²³⁾ описываетъ остеомалацию у мужчины одновременно со спинной сухоткой (костное страданіе излечено фосфоромъ). Solowiy²⁴⁾ наблюдалъ 2-хъ больныхъ остеомалацией, у одной изъ которыхъ сверхъ того имѣлась объемистая фиброміома матки, а у другой имъ была удалена *per laparotomiam carcinoma colli uteri*. Hallopeau²⁵⁾ въ одномъ изъ засѣданій Парижскаго Общества Дерматологии и Сифилографіи нынѣшняго лѣта показалъ больную, у которой остеомалациа (нижнихъ конечностей) сочеталась съ *pemphigus foliaceus* и общей меланодерміей.

Во всякомъ случаѣ, водѣ и почвѣ новѣйшіе наблюдатели склонны придавать значеніе лишь предрасполагающихъ этиологическихъ вліяній, хотя безъ сомнѣнія очень важныхъ (Schmidt²⁶⁾ изъ клиники Neusser'a въ Вѣнѣ указываетъ на примѣръ Winkel'a старшаго, который достигъ блестящихъ результатовъ въ округѣ Gummersbach въ Вестфаліи простой настойчивой рекомендаціей избѣгать охлажденія всякаго рода). Отдѣльные авторы придаютъ значеніе расѣ, какъ предрасполагающему моменту; Крассовскій²⁷⁾

указываетъ на распространенность заболѣванія въ Россіи среди татаръ (личныя наблюденія въ Петербургѣ).

Переходя отъ этиологіи къ клинической и этиологической классификаціи формъ заболѣванія, отмѣтимъ прежде всего мнѣніе Bertschinger'a (Лабораторія Нанау) о существованіи особой т. н. физиологической остеомалаціи беременныхъ (работа ²⁸) написана съ цѣлю показать общность измѣненія въ видѣ т. н. рѣшетчатыхъ фигуръ различнымъ фазамъ жизни костей, а не одному только остеомалатическому заболѣванію).

Къ описаннымъ еще Kilian'омъ въ 1829 г. формамъ остеомалаціи—*cerea* и *fracturosa*—нѣкоторые полагаютъ нужнымъ добавить третью—*ost. fragilis et rubra*, при которой на первый планъ выступаетъ ломкость костей (Solly ²⁹).

Разбирая 42 случая остеомалаціи у мужчинъ, Папп ³⁰ рассматриваетъ ихъ на слѣдующія группы: 1) ревматическую, вслѣдствіе охлажденія, недостаточнаго питанія, промоканія тѣла, 2) сифилитическую, 3) старческую *), 4) невротическую (глубокія нарушенія центральной нервной системы), и 5) травматическую. Интереснѣе другихъ представляется классификація клиническая, приводимая Schnell'емъ: по его мнѣнію, всѣ случаи слѣдуетъ раздѣлять главнымъ образомъ на двѣ формы—болѣе медленно протекающую, дающую ремиссіи и обязательно связанную съ беременностями, и другую—быстро нарастающую форму, не связанную обязательно съ беременностью, наблюдаемую и у нерожавшихъ; эта форма не даетъ вовсе ремиссій и приводитъ быстро къ сильнѣйшимъ степенямъ измѣненія костей.

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія касательно приобрѣтѣннй новѣйшаго времени, когда вопросъ объ остеомалаціи усиленно вентилировался въ литературѣ собственно больше въ виду ряда слѣдовавшихъ другъ за другомъ новыхъ терапевтическихъ предложеній—слѣдуетъ (помимо измѣненія въ костяхъ, которыхъ, къ слову сказать, изслѣдовали очень немногіе авторы) отдѣльно остановиться на измѣненіяхъ яичниковъ, затѣмъ крови и, наконецъ, общаго обмѣна веществъ (по даннымъ изслѣдованія мочи).

Velits ³¹) первый получилъ важныя результаты при изслѣдованіи яичниковъ женщинъ, страдавшихъ остеомалаціей, а именно—гіалиновое перерожденіе артерій, затрогивавшее большинство ихъ, а въ 2-хъ случаяхъ распространявшееся сплошь на всѣ артеріи соотвѣтственныхъ яичниковъ. Неизвѣстно, есть-ли это явленіе первичное или же обусловленное самимъ хроническимъ страданіемъ костей. Подобныя измѣненія особенно рѣзко выражены были въ

*) Kesklinhausen, Cornil и Ranvier ³¹) считаютъ старческую форму остеомалаціи за остеопорозъ, но Meslay ³²) думаетъ, что кромѣ остеопороза наблюдаются и такіе случаи (у мужчинъ), гдѣ кости представляютъ всѣ характерныя особенности для остеомалаціи.

тѣхъ случаяхъ, гдѣ одного оскотленія было недостаточно—просто въ виду крайняго своеобразнаго размягченія тканей (*Macies der Gewebe*) и гдѣ пришлось ампутировать матку (лигатуры прорѣзавалась всѣ,—случаи *Velits'a* и *Thorn'a* ³⁴).

Rossier ³⁵) изслѣдовалъ яичники въ 3-хъ случаяхъ оскотленія, произведенныхъ *Fehling*'омъ: фолликулы были неизмѣнены, но между ними разбросаны были участки гіалиново-перерожденные; въ мозговомъ слое—сильно расширенные сосуды съ гіалиново-перерожденными стѣнками; окружающая соединительная ткань также перерождена.

Schnell ³⁶) изслѣдовалъ 14 паръ яичниковъ (11 послѣ оскотленія) больныхъ остеомалацией, причемъ находилъ уменьшеніе этихъ органовъ, исчезновеніе фолликуловъ, развитіе соединительной ткани, гіалиновое перерожденіе сосудовъ мѣкотнаго слоя, гіалиновое перерожденіе стромы.

Измѣненія были выражены тѣмъ сильнѣе, чѣмъ дальше прогрессировало заболѣваніе: въ его „прогрессирующихъ“ формахъ рѣзче, нежели въ медленно протекающихъ.

Ferroni ³⁷), подчеркивая аналогичность измѣненій въ яичникахъ у рахитичекъ и остеомалатичекъ (изслѣдованы органы у 4-хъ больныхъ—2 съ остеомалацией и 2—съ рахитомъ), высказывается за родственность заболѣваній. Въ корковомъ слое онъ находилъ небольшіе участки гіалиноваго перерожденія, въ мозговомъ слое измѣненія были выражены болѣе значительно: общее количество сосудовъ увеличено, *intima* ихъ весьма утолщена и особенно разрослась *adventitia*. Въ общемъ преобладаетъ развитіе соединительной ткани; ядра кѣтокъ выражены крайне блѣдно и сильно измѣнены. Особенно важны явленія гіалиноваго перерожденія средней и наружной оболочекъ медуллярнаго слоя: перерожденіе охватываетъ то часть окружности сосуда, то всю ее кольцевидно, распространяется на прилежащую соединительную ткань, но оставляетъ постоянно нетронутой внутреннюю оболочку сосуда.

Scharfe ³⁸) изслѣдовалъ яичники 3-хъ больныхъ, одна изъ которыхъ была оскотлена при производствѣ кесарскаго сѣченія, остальные 2 въ беременноти. Онъ сомнѣвается, можно-ли говорить объ „остеомалатическихъ“ яичникахъ. Ни выходящаго изъ нормы—геср. слишкомъ бросающагося въ глаза гіалиноваго перерожденія (хотя въ умѣренныхъ предѣлахъ оно было налицо повсюду), ни чрезвычнаго развитія сосудовъ *Scharfe* отыскать не могъ.

Bulius ³⁹) (клиника *Neagar'a*) изслѣдовалъ яичники у 6 оскотленныхъ больныхъ. Выводы его: находки патолого-анатомическія непостоянны, и на ихъ основаніи нельзя создавать какой-либо теоріи происхожденія остеомалациі, и вообще въ настоящее время сколько нибудь удовлетворительной теоріи не существуетъ.

Въ вышеупомянутомъ случаѣ Чистовича содержаніе гемоглобина въ крови было понижено, но съ большими колебаніями въ различное время, точно также и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; число бѣлыхъ тѣлецъ замѣтно увеличено на счетъ увеличенія лимфоцитовъ, количество одноклеточныхъ лейкоцитовъ замѣтно уменьшено, многоядерныхъ нейтрофиловъ—слегка: на основаніи послѣдняго авторъ заключаетъ о существованіи особой формы или по крайней мѣрѣ особой фазы заболѣванія.

Senator ⁴¹⁾ въ своемъ случаѣ остеомалачіи нашелъ въ крови измѣненія, свойственныя малокровію и блѣдной немочи, и ничего специфическаго. Пониженіе щелочности крови также, по его мнѣнію, зависитъ просто отъ дурного состоянія питанія.

Platau ⁴²⁾ нашелъ поразительное уменьшеніе эозинофильныхъ клетокъ въ крови въ теченіе періода выздоровленія (послѣ оскотленія уже) при повторныхъ изслѣдованіяхъ.

Kehrer и Schottänder ⁴³⁾ видятъ даже причину остеомалачіи (и послѣдовательныхъ измѣненій въ личикахъ) въ измѣненіяхъ состава крови подъ вліяніемъ неправильной жизнедеятельности личинокъ (также и Seeligmann).

Iaksch ⁴⁴⁾ въ одномъ случаѣ остеомалачіи нашелъ огромное пониженіе щелочности крови (100 куб. см. крови соответствовала щелочность въ 80 mlgr. Na HO—вмѣсто нормальныхъ 260—300 mlgr. на 100 куб. с.). De Renzi и Marotta ⁴⁵⁾ также находили кровь при остеомалачіи едва замѣтно щелочной.

Denecke ⁴⁶⁾ изслѣдовалъ выдѣленіе солей извести до и послѣ оскотленія (1 случай), а также фосфорноводородныхъ соединений. По его выводамъ, въ случаѣ сильно развитой остеомалачіи, выдѣленіе P^2O^5 и $Ca O$ и до оскотленія менѣе нормы; вскорѣ послѣ оскотленія выдѣленіе P^2O^5 значительно повышено, а затѣмъ уменьшается. Выдѣленіе извести въ мочѣ значительно уменьшается спустя нѣсколько недѣль послѣ оскотленія (послѣднее авторъ признаетъ единственнымъ разумнымъ пособіемъ именно по его вліянію на химизмъ тѣла).

Hofmeister ⁴⁷⁾ придаетъ большое значеніе этому паденію выдѣленія Р въ мочѣ послѣ оскотленія (доказано итальянскими изслѣдователями), заключая отсюда объ увеличеніи отложенія фосфатовъ въ организмъ (т. е. въ костяхъ, главнымъ образомъ). Изслѣдователи эти были Curatulo и Tarulli, ⁴⁸⁾ которые производили опыты на собакахъ: они принимаютъ, что яичники косвенно (путемъ выдѣленія въ кровь особаго продукта) благопріятствуютъ окисленію фосфоросодержащихъ веществъ, какъ матеріала, отлагающагося въ костяхъ.

М. Levy ⁴⁹⁾, изслѣдуя химически костно-остеомалатическихъ больныхъ (2-хъ), нашелъ, что потеря составныхъ частей въ тече-

ніе заболѣванія относится главнымъ образомъ за счетъ минеральныхъ частей, причемъ количество фосфатовъ уменьшается наравнѣ съ карбонатами. Если бы въ развитіи заболѣванія играла какую либо роль молочная кислота, то въ мочѣ были бы ея кислыя соли, коихъ на самомъ дѣлѣ нѣтъ. И даже нормальная кость, при обработкѣ ея разведеннымъ растворомъ молочной кислоты, тердѣетъ гораздо больше углекислыхъ соединений, чѣмъ фосфорнокислыхъ.

Hoffmann ⁵⁰⁾ также безуспѣшно искалъ молочную кислоту въ мочѣ въ двухъ случаяхъ остеомалачіи.

Falk ⁵¹⁾ не нашелъ уменьшенія выдѣленія фосфора послѣ оскотленія.

Gosbel ⁵²⁾ подвергнулъ въ одномъ случаѣ заболѣвшія кости рентгенографическому изслѣдованію, причемъ нашелъ совершенную просвѣчиваемость плеча и локтевую предплечья: тѣнь была, но очень слабая, въ сравненіи съ здоровыми костями, а осевая часть предплечья тоже совершенно просвѣчивала. G. думаетъ, что лишенная солей извести кость состоитъ лишь изъ прозрачнаго вещества.

Вслѣдъ за оскотленіемъ усиленной рекомендаціи въ леченіи остеомалачіи подвергся фосфоръ. Собственно введенъ онъ въ терапію остеомалачіи еще Mosengeil'емъ въ 1873 г. Вліяніе его на размягченіе костей многіе объясняютъ его способностью понижать процессы окисленія въ организмѣ (какъ понимаютъ и сторонники нитрификаціонной теоріи Petrone), большинство же представляетъ на видъ его свойства уменьшать гиперемію костной ткани. Большинство рекомендуетъ примѣненіе фосфора въ случаяхъ легкой и средней степеней, оставляя оскотленіе для тяжелыхъ формъ. Eckstein ⁵³⁾ согласенъ съ этимъ, но тутъ же самъ приводитъ случай, гдѣ возвратъ заболѣванія вопреки оскотленію, произведенному Weile'мъ былъ излеченъ именно фосфоромъ (въ тресковомъ жирѣ). По Littauer'у ⁵⁴⁾ тяжелые случаи часто удивительнымъ образомъ быстро реагируютъ на фосфоръ, нежели легкіе. Въ особенности увлекается фосфорнымъ леченіемъ W. Latscho ⁵⁵⁾, такъ какъ въ его случаяхъ даже послѣдующія беременности не имѣли никакого вліянія (или лишь незначительное) на скелетъ, особенно при условіи возобновленія фосфорнаго леченія.

Schnell совѣтуетъ всегда начинать съ назначенія фосфора (въ тресковомъ жирѣ) въ видахъ отличительнаго распознаванія данной формы: если такое леченіе безуспѣшно, значитъ это форма прогрессирующая, гдѣ при всѣхъ обстоятельствахъ показано оскотленіе. Neumann горячо ратуетъ за проведеніе систематическаго фосфорнаго леченія послѣ оскотленія: боли въ костяхъ при этомъ скорѣе прекращаются и способность ходить быстро восстанавливается.

Общую схему леченія остеомалаціи онъ резюмируетъ такъ: начинать съ фосфора, затѣмъ думать объ оскотленіи, но если случай относится къ числу отчаянныхъ, неизлеченныхъ и оскотленіемъ—то производить прямо полную брюшную кастрацію (съ обработкой культи по Chrobak'у—по Neumann'у).

Не слѣдуетъ забывать указанія Latzko и Singer'a относительно прямой вредности ⁵⁶⁾ большихъ дозъ фосфора: даже и при правильномъ, по долговременномъ назначеніи малыхъ дозъ фосфора, они наблюдали въ одномъ случаѣ остеомалаціи перерожденіе сердечной мышцы и кровоизліяніе въ существо мозга, не говоря уже о назначеніи дозъ по Sternberg'у, рекомендуящему ⁵⁸⁾ весьма почтенныя приемы.

O. Vierordt ⁵⁷⁾ сомнѣвается въ пользѣ фосфора при остеомалаціи.

Donat ⁵⁸⁾ рекомендуетъ фосфоръ у юныхъ, не созрѣвшихъ еще въ половомъ отношеніи особъ, затѣмъ въ теченіи беременности и послѣ родовъ (если нѣтъ никакого особеннаго ухудшенія) и въ случаѣ, если больная приближается уже къ климактерическому возрасту.

Stieda ⁵⁹⁾ приравниваетъ значеніе оскотленія фосфорному леченію, такъ какъ послѣ оскотленія уменьшается выдѣленіе фосфора.

Хлороформъ (и хлораль—гидратъ) были усиленно рекомендованы, какъ уже сказано, Petrone. Горячо присоединился къ этому взгляду W. Latzko, обосновавшій свою увѣренность между прочимъ на курьезномъ собственномъ случаѣ съ больной, у которой оскотленіе, произведенное подъ эфирнымъ наркозомъ, осталось безрезультатнымъ по отношенію къ остеомалатическому процессу, несмотря на немедленное наступленіе менопаузы. Эта больная была вылечена W. Latzko съ помощью хлороформнаго наркоза. Neumann испробовалъ дѣйствіе хлороформа въ одномъ случаѣ, гдѣ вліяніе наркоза было столь благотворно, что авторъ совѣтуетъ производить дальнѣйшія наблюденія въ этомъ направленіи.

Senator первый примѣнилъ (въ 1896 г.) при остеомалаціи оофоринъ, испробовавъ предварительно дѣйствіе тиреоидина.

Latzko и Singer въ пяти случаяхъ не получили никакого результата. Bernstein ⁶⁰⁾ также безуспѣшно пробовалъ давать оорпоринъ въ теченіе 6 недѣль. Больная затѣмъ была излечена фосфоромъ.

Костный мозгъ предлагался при остеомалаціи со стороны W. Rossier ⁶¹⁾ на основаніи результатовъ, достигнутыхъ съ нимъ при леченіи болѣзней крови: Allison ⁶²⁾ описываетъ излеченіе заболѣванія, въ его случаѣ длившагося 30 лѣтъ (!?) (глицериновая вытяжка костнаго мозга по 2,0—4,0 2—3 раза въ день).

Что касается діететики, то авторы настаиваютъ на исключеніи изъ пищи больныхъ остеомалацией молока, сахара и мучнистыхъ кушаній. Необходимымъ условіемъ для производства операціи оскотленія Eckstein считаетъ паличность мѣсячныхъ отпавленій у данной больной. Критеріемъ для сужденія значенія оскотленія на теченіе процесса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ Winckel ⁶³⁾ признаетъ достаточный промежутокъ времени послѣ операціи, во всякомъ случаѣ, не менѣе одного года. Съ этой точки зрѣнія Tugazzi высчитываетъ 20% неудачи при оскотленіи (до 1897 года). Конечно, были и будутъ случаи, гдѣ не помогаетъ никакое леченіе (случай Чистовича, случай Iolly ⁶⁴⁾)—все средства были испробованы безъ успѣха). Во всякомъ случаѣ, оскотленіе представляетъ могущественный врачебный факторъ, даже въ сравненіи съ операціей Porro, такъ какъ возвраты наблюдаются и при послѣдней (Beaucamp ⁶⁵⁾ черезъ два года послѣ операціи). Процентъ полнаго одинаковъ для полнаго и неполнаго оскотленія у самого Fehling'a. Скептиковъ оскотленія, видящихъ въ этой операціи лишь шаблонное пособіе, Neumann предостерегаетъ противъ увлеченія оставлять яичники, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, повидному, наступило уже затишье. Прежде всего, не слѣдуетъ, по его мнѣнію, обобщать отдѣльные случаи, подобно Kleinwächter'у, сознательно оставлявшему яичники во время общаго увлеченія операціей оскотленія. Новыя беременності во всякомъ случаѣ грозятъ новымъ кесарскимъ сѣченіемъ, а это—чтобы ни говорили сторонники этой операціи—при всякомъ показаніи представляетъ порядочный рискъ для больной. Плодовитость остеомалатическѣ, слѣдуетъ помнить, весьма велика (по Velits'у выражается цифрой 6,7 по Tauffer-Neumann'у—6,3). Въ тоже время наклонность къ возвратамъ остеомалации при каждой новой беременності довольно велика и ею пренебрегать не слѣдуетъ.

Въ настоящее время прошло болѣе года со времени операціи. По сообщенію товарища, наблюдающаго больную, я имѣю свѣдѣнія, что она здорова, никакой болѣзненности въ костяхъ таза и нижнихъ конечностей не наблюдается, походка отличная, мѣсячныя со времени операціи не приходили.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Красовскій. Оперативное Акушерство, изд. 1889 г.
- 2) Trinks. Beiträge f. Geb. и Gyn., 1898, s. 449 (клиника Döderlein'a).
- 3) Orthmann. Zeitschr. für Gynaecol. u. Geburtshülfe, 1894, B. XXX.
- 4) Fritsch. Centrbl. f. Gyn., 1897, p. 561.
- 5) Perlis. Ctrbl. f. Gyn. 1899 г., № 19.
- 6) Врачъ, 1900 г., № 28.
- 7) Медич. Обзор., 1900, XI.
- 8) Медыцина, 1900 г.
- 9) Siedentopf. Centrbl. f. Gyn. 1898—s. 93 и 1899—s. 563.
- 10) Hübl. Monasch. f. Geb. u. G. B. X., H. 4; B. XII—4—s. 480.
- 11) Everke. Ctrbl. f. Gyn. 1898 г., s. 1106.
- 12) Schaller. Centralbl. f. Gyn. 1898 г.
- 13) Fehling, рядъ статей въ Archiv f. Gyn.—1890, B. XXXIX, 1895—B. XLVIII
Zeitschr. f. G. u. G.—B. XXX. Ueber Wesen и Behandl. O—ie—Ctrbl. 1890 г.
S. 3.
- 14) Kleinwächter. Zur Fr. d. Castr., Zeitsch. f. Gyn., B. XXXI p. 77.
- 15) Löhlein. Ctrbl. f. Gyn. 1894, I—G. Zeitschr. f. G. XXIX, s. 18;—
Festschrift d. Gesellsch. f. Geb. und. Gyn. 1894.
- 16) Petrone. Riforma medica, 1892, 119 и 163 pp.
- 17) Tchistowitsch. Berlin. kl. Wochrschr. 1893, 918.
- 18) Neumann. Рядъ статей по обмѣну и по вопросу о значеніи кастраціи:
Arch. f. G. XLVII s. 202; Ungar. Archiv f. Med. III, s. 276 и 307:
- 19) Recklinhausen. См. Koeppen. Neurolog. Ctrbl. 1892, s. 219.
- 20) Drossbach. Münch. Med. Wochenschr. 1895, 23.
- 21) Köhl. Corresp. Bl. f. Schweiz. Aaerzte, 1896.
- 22) Thiem. O—ie nach Trauma; реф. въ Ctrbl. f. Gyn. 1899 № 27.
- 23) Weismayr. Wiener Kl. Wochenschr. 1895, № 51.
- 24) Solowiy. Ctrbl. f. Gyn. 1892 и 1899, s. 642.
- 25) Hallopeau. Semaine Médicale, 1901, стр. 229.
- 26) Schmidt. Winer Kl. W. 1901. s. 647.
- 27) Красовскій. Оперативное Акушерство.
- 28) Bertschinger.—Virchow's Archiv. B. CXLVII. s. 341.

- 29) Solly. Medico—chir. Transact. Vol. VII, p. 435.
 - 30) Hahn. Mittheilungen aus Grenzgebieten der Med. u. Chirurgie. B. II, H. 15.
 - 31) Cornil et Ranvier. Manuel d'Histologie pathol; I, Paris 1901. p. 781—32.
 - 32) Meslay, Thèse de Paris. 1896.
 - 33) Velits. Ungar. Archiv f. Med. B. II, H. 2.
 - 34) Thurn. Ctrbl. f. Gyn. 1891. s. 828.
 - 35) Rossier. Archiv f. Gyn. B. XLVIII, H. 3.
 - 36) Schnell. Zeitschr. f. G. u. G.—B. XXXIX. H. 3.
 - 37) Ferroni. Ann. di ost. e Gin. 1897—II.
 - 38) Scharfe. Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1900, s. 248.
 - 39) Bulius. Beiträge zur Geb. h. u. Gyn., 1898, p. 138.
 - 40) Heyse. Arch. f. Gyn. B. LIII, s. 162.
 - 41) Senator. Berl. Kl. Wschr. 1897, №№ 6 u 7.
 - 42) Flatau. Münch. Med. Wochens. 1897. № 7.
 - 43) Kehrler.—Schottländer. Zeitschr. XXXVII, H. 3, p. 441.
 - 44) Laktch. Zeitschr. f. klin. Med. 1888. p. 350.
 - 45) De Renzi e Marotta. Rivista clin. e therap. 1885. p. 268.
 - 46) Denecke. Inaug. Dissert. Würzburg, 1896.
 - 47) Hofmeier. Sitz. Ber. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzburg, 1896, № 4.
 - 48) Curatulo e Tarulli. Traus. of Soc. of London XXXVIII, 1896.
 - 49) Levy. Zeitschr. f. physiol. Chemie, XIX, s. 239.
 - 50) Hoffmann. Ctrbl. für. junere Med. XVIII 1897, № 14.
 - 51) Falk. Arch. f. Gyn. B. LVIII. s. 565.
 - 52) Goebel. Deutsche Med. Wschr. 1897, s. 17.
 - 53) Eckstein. Prag. Med. Wochschr. 1898 r. № 33.
 - 54) Littauer. Therapeut. Monatshefte. 1900. III.
 - 55) Latzko—см. выше.
 - 56) Sternberg. Wiener kl. Wochenschr. 1892.
 - 57) Vierordt. Rachitis u. Osteom. Nothnagel's Spec. P. u. Th., B. VII.
 - 58) Donat. Monatschr. f. G. u. G. B. I. H. 2.
 - 59) Stieda. Monatschr. 1898, p. 1.
 - 60) Bernstein. Münch. Med. Wochenschr. 1898. № 14.
 - 61) Rossier. Therap. Monatch. 1895, s. 653.
 - 62) Allison. Edinb. Med. Journ., V, 1896 r.
 - 63) Winkel. Volkmann's Samml. Klin. Vortr. № 71.
 - 64) Iolly—Berl. Klin. Wochenschr. 1901. № 5.
 - 65) Beaucamp.—Centrbl. f. Gyn. 1895 r. № 6.
-

Нѣсколько случаевъ такъ называемаго *spondylose rhizomélisque* ¹⁾.

А. В. Оаворскаго.

Заболѣваніе, о которомъ я буду имѣть честь сообщить въ сегодняшнемъ засѣданіи старо, повидимому, такъ же, какъ и родъ человѣческій. Но до послѣднихъ лѣтъ оно мало обращало на себя вниманіе врачей, пока невропатологи своими наблюденіями не дали толчка къ подробному изученію этого пока еще не совсѣмъ выяснившагося и потому мало опредѣленнаго симптомокомплекса. Не смотря на увеличивающуюся казуистику, до сихъ поръ еще не установилось однообразнаго названія даннаго страданія и различные авторы именуютъ его различно: его описываютъ, какъ невропатическое искривленіе позвоночника, ригидность позвоночника, анкилозъ позвоночника, анкилозирующее воспаленіе позвоночника и большихъ суставовъ, *spondylitis deformans* и, наконецъ, *spondylose rhizomélisque*, названіе данное проф. P. Marie, названіе, которое становится за послѣднее время наиболѣе распространеннымъ.

За короткій, сравнительно, промежутокъ времени мы могли наблюдать въ нервной клиникѣ Казанскаго Университета нѣсколько подобнаго рода больныхъ, къ сообщенію исторій болѣзней которыхъ я прямо и перейду.

Наблюденіе I

Больной, крестьянинъ, Никита У., по профессіи штукатурщикъ, 27 лѣтъ отъ роду, происходитъ отъ здоровыхъ, по его словамъ, родителей, не имѣвшихъ

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи общества врачей при Казанскомъ Университетѣ 26 октября 1900 года.

сугубоватости. Въ семьѣ никакихъ нервныхъ заболѣваній не имѣется, а равно нѣтъ туберкулеза и сифилиса. Въ дѣтствѣ ничѣмъ не хворалъ; алкоголемъ не злоупотреблялъ. Сифилиса и другихъ венерическихъ заболѣваній не имѣлъ.—Настоящее заболѣваніе относить къ лѣту 1890 года, когда онъ устроилъ на работѣ, вдругъ почувствовалъ сильную ломящую боль въ поясницѣ. Эта боль постепенно настолько усилилась къ вечеру того же дня, что онъ долженъ былъ лечь въ постель и прекратить на 4 сутокъ работу. Послѣ паренія въ банѣ боль эта ослабла и онъ могъ взяться за свою работу. Въ теченіе 6½ лѣтъ послѣ этого онъ могъ еще работать, хотя боли въ спинѣ время отъ времени и появлялись. Наконецъ, года 3½ тому назадъ боли эти опять настолько ожесточились, что онъ снова слегъ въ постель. Въ это же время появилась слабость въ нижнихъ конечностяхъ и постепенное похуданіе ихъ; появились боли въ области плечевыхъ суставовъ и по всей длинѣ нижнихъ конечностей. Спустя ½ года, усиленіе этихъ болей прекратилось, но слабость въ ногахъ и похуданіе ихъ оставалось попрежнему. Тазовые органы были все время нормальны. Опоясывающихъ парестезій и болей не было. Предъ началомъ заболѣванія, а также и во время его больной не простужался и не получалъ травмъ. 23 Марта 1898 года больной поступилъ въ нервную клинику съ жалобами на слабость и боли въ ногахъ и спинѣ, и невозможность свободно ходить.

Status praesens при поступленіи въ клинику 24-го марта 1898 года. Субъектъ слабого тѣлосложенія, съ блѣднымъ цвѣтомъ кожныхъ покрововъ и съ слабо развитой подкожножирной кѣлчаткой. При осмотрѣ сразу обращаетъ на себя вниманіе то своеобразное положеніе, которое принимаетъ больной для поддержания равновѣсія тѣла при стояніи: позвоночникъ слегка дугобразно согнутъ, главнымъ образомъ, въ грудной части, голова немного откинута вверхъ и назадъ, все туловище нѣсколько подалось впередъ, ноги согнуты въ колѣняхъ, такъ что тѣло представляетъ въ этотъ моментъ ломаную линію въ видѣ буквы Z. Попытка разогнуть позвоночникъ больному не удается, причемъ больной чувствуетъ въ спинѣ боль. При постукиваніи позвоночника ощущается болѣзненность въ нижне-грудной части. При форсированномъ надавливаніи на плечи и голову болей въ позвоночникѣ не ощущается. Костный скелетъ въ общемъ развитъ правильно. Періоститовъ нигдѣ не имѣется.

Со стороны нервной системы отмѣчено: черепные нервы нормальны. Движенія произвольныя верхнихъ конечностей, а равно и нижнихъ ослаблены вслѣдствіе возникающихъ при этомъ болей въ плечевомъ и тазобедренномъ суставахъ. Колѣнные рефлексы повышены. Имѣется рефлексъ съ Ахиллова сухожилия. Клонуса стопы нѣтъ. Рефлексы съ глубокихъ органовъ нормальны. Тонусъ мышцъ нормаленъ. Зрѣніе, изслѣдованное офтальмоскопически въ клиникѣ проф. В. В. Адамова показало: острота зрѣнія нормальная; папиллы значительно гиперемированы. Болевое чувство и тактильное на туловищѣ слегка гипестезированы по корешкамъ.

Остальные виды чувствительности нормальны. Мышцы слегка похудели, но электровозбудимость их нормальна. Сердце нормально. В легких жесткое везикулярное дыхание, но хрипов нет.

За время нахождения в клинике у него время от времени появлялись самостоятельные боли в тазобедренных и плечевых суставах и в ягодицах. Суставы при этом не опухали, но при надавливании были болезненны. Кроме того, у него иногда появлялись боли опоясывающия в спину, а из правой грудной железы выделялась млечная на вид жидкость. Словом, нахождение в клинике не принесло ему никакой пользы, и он выписался 28 апреля 1899 года, жалующийся на ухудшение походки; ему пришлось уйти с палкой.

1-го октября 1899 года он снова явился в клинику и сообщил, что ему одно время было лучше: он мог свободно ходить; а затем опять стало хуже, причем он жаловался на постоянные боли в пояснице при хождении и боли в шее при поворачивании ее.—на то, что это еще больше «сключило»,—на усилившуюся боль в ягодицах и невозможность ходить без палки. При обследовании 1-го октября 1899 года найдено. Дугообразное кифотическое искривление позвоночника выражено еще резче: оно начинается с верхнегрудных позвонков и простирается до верхнепоясничных. Кроме того, замечено сколиотическое искривление, выпуклостью влево. При движениях туловища позвонки абсолютно неподвижны в грудной и поясничной частях. В шейной части движение позвоночника хотя и есть, но ограничено. При поглаживании позвонки безболезненны, а равно и при форсированном надавливании на плечи. Суставы при ощупывании безболезненны. Левый коленный сустав увеличен в объеме. Это увеличение движению ноги не препятствует и не вызывает в ней боли. Самостоятельных болей в суставах тоже нет. В области пяток и при давлении ощущается сильная боль. Пероститов на костях не имеется. Движение шеи вперед нормально по объему и силе. Активное и пассивное движение шеи назад, а также и повороты вокруг вертикальной оси ограничены вследствие появляющейся в позвонках боли. Наклонение головы на бок вследствие тугоподвижности позвонков и боли в них ограничено. В верхних конечностях движение активное и пассивное в плечевом сочленении выше горизонта ограничено по объему и силе опять таки вследствие тугоподвижности и боли этого сустава. В остальных суставах рук движение не разстроено. Сила правой руки=44 kil.; лев.=33 kil. Движения туловища во всех направлениях по объему ограничены: вперед больной может немного согнуть туловище, но назад это движение совершенно невозможно; наклонение туловища на бок невозможно; движение туловища вокруг вертикальной оси возможно только при участии таза. Тип дыхания брюшной; грудная клетка при дыхании мало подвижна. Область живота представ-

ляется слегка выпяченной. На границѣ между ней и грудной клѣткою видна ясно выраженная поперечная складка. Брюшной прессъ напрягается съ нормальной силой. Во всѣхъ сочлененіяхъ лѣвой ноги объемъ движеній нормаленъ; сила слегка ослаблена. Движенія активное и пассивное въ тазобедренномъ суставѣ правой ноги во всѣхъ направленіяхъ по объему нѣсколько ограничено вслѣдствіе тугоподвижности этого сустава. Движенія въ остальныхъ суставахъ по объему нормальны, но сила ослаблена, причемъ это ослабленіе въ правой ногѣ выражено рѣзче. Лежать въ постели на спинѣ съ вытянутыми ногами больной не можетъ вслѣдствіе появляющейся у него болѣзненности въ тазобедренномъ сочлененіи и неподвижности позвоночника, а затѣмъ и вслѣдствіе появляющагося при этомъ чувства болѣзненнаго пояса въ поясницѣ. При такомъ положеніи больного между спинною въ верхнегрудной части и постелью остается совершенно свободное пространство, исчезающее при сгибаніи ногъ въ коленномъ и тазобедренномъ сочлененіяхъ. Последнимъ положеніемъ своего тѣла больной и пользуется вслѣдствіе разъ, когда ложится въ постель, такъ какъ при этомъ исчезаетъ боль въ тазобедренномъ суставѣ и позвоночникѣ. Координація движеній нормальна. Рефлексы съ сухожилья *mm. bicipitis, tricipitis, extensor'овъ* и *flexor'овъ* рукъ оживлены. Коленные рефлексы повышены. Имѣется рефлексъ съ Ахиллова сухожилия. Клонуса стопы нѣтъ. Рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ носа, глаза, зѣва нормальны. Кожные—аксиллярный и брюшной отсутствуютъ; съ *sternaster'a*—слабый имѣется. Рефлексы съ тазовыхъ органовъ и зрачка нормальны. Тонусъ мышцъ нормаленъ. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи дна глаза найдено: палллы нѣсколько гиперемированы, острота и поле зрѣнія нормальны. Слухъ, вкусъ, обонаніе нормальны. Болевое и тактильное чувство разстроено по корешковому тягу: въ области 8, 9, 10, 11 корешковъ грудныхъ имѣется пониженіе чувствительности. Температурное чувство, чувство давленія и мышечное не разстроены. На кожѣ—явленія дермографизма. Изслѣдованіе кожной электровозбудимости на фарадическій токъ не показало отклоненій отъ нормы, а равно не разстроена возбудимость мышцъ на фарадическій и гальваническій токи. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы не показало; только въ легкихъ было жесткое везикулярное дыханіе, но безъ хриповъ. Бѣлка и сахара въ мочѣ не было.

Наблюденіе II.

Больной, Филиппъ А., 35 лѣтъ, женатый, крестьянинъ, по профессіи дворникъ, родился здоровымъ ребенкомъ. Въ младенчествѣ у него была пупочная грыжа, которая вскорѣ исчезла. Мать его была «порченной»: когда «нареждался новый мѣсяцъ», то на нея «находило»: она кричала и буянила. Отецъ, сестра и 2 брата его вполне здоровы и не сутуловаты; не было сутуловатости и у матери.

Туберкулеза, лues'a, алкоголизма въ семьѣ не было. Въ дѣтствѣ больной страдалъ корью. Водку пить онъ умеренно и никогда не пьянствовалъ. Имѣлъ urethritis acuta; лues отрицатель. Выкидышей у жены не было; дѣтей тоже не было. 20-ти лѣтъ отъ роду больной простудился: ему пришлось долго работать, но колыно въ холодной водѣ, послѣ чего у него появилась лихорадка съ поносомъ и рвотой, такъ что онъ принужденъ былъ лечь въ постель, съ которой и не вставался въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ. Послѣ этого онъ сталъ замѣчать нѣкоторую слабость въ ногахъ. Спустя три года, къ этой слабости присоединились боли, которыя не были постоянными: онъ появлялись, главнымъ образомъ, при плохой погодѣ, и иногда порядочно беспокоили его. 5 лѣтъ тому назадъ его стало постепенно «гнуть», боли въ ногахъ усилились, появилась боль въ поясницѣ въ видѣ пояса и кромѣ того въ очень слабой степени retentio urinae. Въ рукахъ болей за все время заболѣванія не было. Въ октябрѣ 1899 года онъ явился въ клинику съ жалобами на нѣкоторую слабость ногъ, на невозможность разогнуть позвоночникъ и постоянныя боли въ спинѣ и ногахъ. Кромѣ того, больной указываетъ, что боли эти бывають при сидѣніи и вставаніи, а когда онъ немного расходится онъ почти исчезаютъ.

Status praesens. Подкожножирный слой развитъ слабо. Въ области внутренней поверхности лѣвой ноги по ходу v. saphenae magna видны сильно развитыя varices. Мышцы развиты удовлетворительно; атрофій нѣтъ. Позвоночникъ, начиная съ 4-го грудного позвонка и до нижнегрудной части, представляетъ кифотическое дугообразное искривленіе; разогнуть позвоночникъ до прямой линіи больной не можетъ влѣдствіе тугоподвижности позвонковъ или даже ихъ полной неподвижности въ мѣстѣ кифоза и боли въ этомъ мѣстѣ. Въ шейной части позвоночника подвиженъ вполне. Въ поясничной части тоже движеніе возможно, хотя и не такъ свободно, какъ въ шейной. Согнуть позвоночникъ стоя и дотронуться рукой до земли, больной можетъ, но выпрямляя тѣло, онъ не разгибаетъ позвоночника. Сгибаніе позвоночника въ сидячемъ положеніи съ опущенными ногами больной дѣлаетъ труднѣе, такъ какъ при этомъ появляется боль въ спинѣ и ногахъ. При лежаніи въ постели съ вытянутыми ногами больной приподнимаетъ голову и верхнюю часть туловища, причѣмъ между спиной и постелью остается свободное пространство, чрезъ которое можно провести кисть руки. Поколачиваніе позвоночника молоточкомъ болѣзненно въ мѣстѣ кифоза и ниже его, — въ поясничномъ отдѣлѣ. При форсированномъ надавливаніи на голову и плечи болей въ позвоночникѣ не ощущается.

Исслѣдованіе нервной системы показало: черепные нервы въ порядкѣ. Движеніе шеи по силѣ ослаблено нѣсколько, особенно же наклоненія назадъ и на бокъ. По объему они все нормальны. Движеніе въ плечевомъ суставѣ рукъ выше горизонта по объему ограничено и по силѣ ослаблено влѣдствіе тугопод-

вижности сустава и боли. Въ остальныхъ сочлененіяхъ рукъ движеніе нормально; сила правой руки по динамометру=43 kil., лѣвой=32 kil. Движенія туловища во всѣхъ направленіяхъ по объему и силѣ ослаблены. Типъ дыханія брюшной. При глубокомъ вдохѣ грудная клѣтка хотя и расширяется равномерно, но экскурсіи ея ослаблены. Брюшной прессъ напрягается хорошо. Въ нижнихъ конечностяхъ движенія по объему нормальны, по силѣ же ослаблены. Координація движеній нормальна. Рефлексы съ сухожилій *m. m. bicipitis, tricipitis, extensorum* и *flexorum* оживлены; коленные—повышены замѣтно. Имѣется рефлексъ съ Ахиллова сухожилья; клонуса стопы нѣтъ. Рефлексъ съ кожи правой ахиллае существуетъ въ слабой степени, а слѣва отсутствуетъ. Рефлексъ съ брюшныхъ мышцъ усиленъ, съ подошвы и cremaster'a живой. *Potentia virilis* немного ослаблена. Дефекація нормальна. Тонусъ мышцъ нормаленъ. Зрѣніе, вкусъ обоняніе въ порядкѣ. Слухъ—воздушная проводимость на лѣвое ухо слегка ослаблена: слышать тиканіе часовъ на разстояніи не болѣе $\frac{1}{2}$ метра, и то слабо. На правой сторонѣ слышать хорошо. Костная проводимость не нарушена. Болевое и тактильное чувство, повидимому, слегка разстроено: имѣется гипѣстезія въ области поясничнаго 3-го корешка и наружной части голени, а равно и на шеѣ. На рукахъ имѣется такая же гипѣстезія, какъ и на туловищѣ въ области 3, 4, 5 пальцевъ ногъ имѣется анестезія. Мышечное и температурное чувство не разстроены. Мышечная электровозбудимость вездѣ нормальна. Внутренніе органы ничего особеннаго. Артеріосклероза нѣтъ; моча кислая; бѣлаа и сахара не содержитъ. Суставы безболѣзненны при ощупываніи. Измѣненій востей нѣтъ.

Наблюненіе III ¹⁾.

Больной, Василій А., вотякъ, крестьянинъ, 42 лѣтъ, 12 октября 1899 года явился въ клинику, причемъ разсказъ больного далъ слѣдующее. Въ молодости у него болѣли голеностопные суставы: въ нихъ появлялась ломота, державшаяся дней 7—10, а затѣмъ стихавшая. Такіе приступы болей повторялись

¹⁾ Подробнаго изслѣдованія представляемаго случая произвести не удалось, такъ какъ больной послѣ перваго пріема амбулаторнаго въ клинику болѣе не являлся.

часто и иногда держались еще дольше. Летъ 12 тому назадъ у него появилась постоянная ломота въ тазобедренныхъ суставахъ, такъ что ему нельзя было ходить. Одновременно съ этимъ онъ сталъ замѣчать, что его начало «крючить», т. е. перегибать туловище впередъ. Въ это же время у него обнаружилась ломота и въ позвонокахъ; а года 2 тому назадъ появилась ломота въ задней половинѣ головы. Всѣ эти симптомы и теперь налицо, да кромѣ того онъ жалуется, что пальцы рукъ и ногъ у него, по временамъ, «стигнетъ». При осмотрѣ больного найдено: позвоночникъ кифотически сильно искривленъ и абсолютно неподвиженъ. Туловище держитъ постоянно въ согнутомъ положеніи, наклонивъ его впередъ. Движеніе въ плечевомъ суставѣ выше горизонта невозможно вслѣдствіе тугоподвижности сустава. Грудная кѣтка сильно увеличена въ передне-заднемъ и боковомъ діаметрахъ. Движенія въ тазобедренномъ правомъ суставѣ совершенно отсутствуютъ вслѣдствіе полного анкилоза его; въ лѣвомъ—движенія сильно ограничены вслѣдствіе значительной тугоподвижности сустава. Движенія въ голеностопныхъ сочлененіяхъ возможны. Больной ходитъ при помощи 2-хъ костылей.

Наблюденіе IV.

Больной, Михаилъ С., крестьянинъ, родился здоровымъ ребенкомъ, по его словамъ, въ совершенно здоровой семьѣ, безъ акушерской помощи. Въ семьѣ было 17 человекъ дѣтей; въ живыхъ изъ нихъ осталось двое: мать больной и одна изъ его сестеръ. Всѣ его братья и сестры умирали, не достигая 1½ лѣтняго возраста, повидимому, отъ различныхъ инфекціонныхъ болѣзней. Какихъ либо нервныхъ или душевныхъ заболѣваній, а равно лues'a и туберкулеза въ семьѣ не было. Въ дѣтствѣ больной ничѣмъ серьезнымъ не хворалъ, кромѣ натуральной оспы. Съ 18-ти лѣтъ больной умѣренно пьетъ водку. Занимался немного онанизмомъ. Венерическими болѣзнями и въ частности лues'омъ не страдалъ. Начало настоящаго заболѣванія больной относитъ къ той простудѣ, которую онъ получилъ 3 года тому назадъ, когда потнымъ, на работѣ въ лѣсу, напился холодной колодезной воды. Послѣ этого онъ почувствовалъ холодъ и дрожь во всемъ тѣлѣ и ломоту въ бедрахъ. Спустя 3 недѣли, къ этой ломотѣ, которая усиливалась при работѣ и охлажденіи тѣла, присоединилось чувство стягиванія въ правой паховой области. Спустя 3 мѣсяца, это ощущеніе стягиванія появилось и въ лѣвой паховой области и одновременно съ этимъ туловище постепенно стало гнуть впередъ и книзу: «какъ бы меня всего пополамъ согнуло», рассказывалъ больной. Съ этихъ поръ ему стало трудно ходить безъ палки. Черезъ 1½ года послѣ того появилась боль въ колѣнныхъ сочлененіяхъ, причемъ мало по малу

больной потерял возможность разгибать, как следует, ноги в коленных. Прошлым летом боль появилась и в голеностопных суставах, будучи более резко выраженной на левой стороне. 17-го марта 1899 года больной обратился в клинику с жалобами на неподвижность позвоночника и некоторых суставов, боли в них, невозможность ходить без палки и *incontinentia urinae* в слабой степени, которая выражается в том, что больной не может долго сдерживать позыва на мочеиспускание. *Status praesens* 17-го марта 99 года. При осмотре больного констатируется общее похудание тела. Подкожно-жировый слой развит слабо. Позвоночник неподвижен в поясничнокрестцовом отделе. При стоянии тело больного принимает вид ломанной линии: туловище выветривается с головой наклонено книзу и подается вперед, ноги согнуты в коленных суставах. При лежании на спине с вытянутыми ногами туловище не прикасается к постели, благодаря чему между спиной и постелью остается свободное пространство. Это пространство исчезает только в том случае, когда больной сильно согнет ноги в коленных. При поколачивании позвоночника безболезненно, а равно и при форсированном надавливании на голову и плечи боли в нем не ощущаются.

Со стороны черепных нервов найдено: *strabismus convergens* в слабой степени и *nyctalopia*. Верхние конечности нормальны. Движения туловища во всех направлениях возможны. Движения в тазобедренных сочленениях активные и пассивные сильно ограничены во всех направлениях. В коленном сочленении правой ноги движение по объему нормально, но сила ослаблена; в левом коленном сочленении объем и сила движений ослаблена. В голеностопном сочленении справа движения возможны до полного объема, а сила ослаблена вследствие болей в суставе. Рефлексы коленные повышены; получается рефлекс и с *tendo Achillis*. Кожные рефлексы—брюшной, ягодичный и левый подошвенный вызываются, остальные отсутствуют. Зрачки нормальны; реакция на свет и конвергенцию нормальна. Со стороны глаз все нормально (проф. Адамюк). Слух ослаблен на левой стороне: больной различает тиканье часов только при прижатии их к уху. Костная проводимость сохранена. Обоняние, вкус, а равно тактильное и термическое чувство не разстроены. Болевое чувство разстроено незначительно: гипестезия на передней и боковых сторонах обеих бедер и голеней. В области коленных и голеностопных сочленений существуют пояса гиперестезии. Мышцы реагируют правильно на фарадический и гальванический ток. Суставы не опухли. Изменений в костях никаких нет.

Наблюдение V.

Больной, Степан П., ¹⁾ крестьянин, холостой, русский, 30-ти лет. Вене-

¹⁾ К сожалению подробных объективных данных о больном получить не удалось, так как больной вторично в клинику не явился.

рическими болезнями и алкоголизмом не страдалъ. 5 лѣтъ тому назадъ у него появились незначительныя боли въ спинѣ и ногахъ, но онѣ затѣмъ исчезли. После этого годъ спустя, онъ сталъ замѣчать, что у него ноги плохо сгибаются въ коленныхъ и тазобедренныхъ суставахъ, хотя болей въ суставахъ и не было. Это состояніе прогрессировало и дошло до того, что ноги совсѣмъ перестали сгибаться и онъ, лишившись возможности поэтому ходить, слегъ въ постель. Тазовые органы все время были нормальны. Затѣмъ года два спустя, онъ началъ приучаться понемногу ходить съ помощью палки. При появленіи своемъ въ клиникѣ сразу обратилъ на себя вниманіе крайне своеобразной походкой: онъ шелъ или, скорѣе, съ трудомъ передвигался, сильно опираясь на палку, выпрямленный, какъ палка, переваливаясь съ ноги на ногу. При осмотрѣ обнаружилось, что субъектъ не можетъ даже сидѣть, такъ какъ ноги въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ не двигаются совсѣмъ. Отведеніе ногъ тоже невозможно. Сгибаніе и разгибаніе въ коленныхъ сочлененіяхъ ограничено сильно. Въ голеностопныхъ суставахъ движенія нормальны по объему и силѣ. Въ фаланговыхъ сочлененіяхъ ногъ движенія нормальны. Движенія въ правой рукѣ вездѣ нормальны. Въ лѣвой—въ плечевомъ суставѣ движеніе по объему ограничено; въ остальныхъ суставахъ движенія нормальны. Коленныхъ рефлексовъ почти не удается вызвать; голеностопные—вызываются. Чувствительность не разстроена всюду. Зрачки нормальны. Тазовые органы нормальны. Позвоночникъ представляется выпрямленнымъ и лишь обнаруживаетъ незначительное искривленіе изадъ въ среднегрудномъ отдѣлѣ. Движенія въ позвоночникѣ и въ мѣстѣ сочлененія его съ тазовыми костями совершенно отсутствуютъ, благодаря чему больной не можетъ сдѣлать туловищемъ и шеей никакого движенія. Испражняется больной, лежа или стоя.

Наблюденіе VI.

Больной, Николай С. (см. рис.), женатый, крестьянинъ, 30-ти лѣтъ отъ роду, по профессіи плотникъ, родился здоровымъ, по его словамъ, ребенкомъ, безъ акушерской помощи, по счету 6-мъ. Мать его была здоровой женщиной, не сутуловатой. Отецъ тоже не имѣлъ сутуловатости. Ни сифилиса, ни туберкулеза, а равно и первичныхъ какихъ либо заболеванийъ у отца и матери не было. Отецъ больного часто напивается до пьяна. Мать пьетъ водку умеренно. Больной имѣетъ 4 здоровыхъ братьевъ и 3 здоровыхъ сестеръ. Въ дѣтствѣ нашъ пациентъ страдалъ только корью. Вообще же онъ росъ здоровымъ, бойкимъ мальчикомъ. 19-ти лѣтъ отъ роду онъ женился на здоровой дѣвицѣ; до женитьбы coitus'a не

имѣлъ. Отъ этого брата родилось 3 дѣтей, изъ которыхъ одинъ появился на свѣтъ мертвымъ, а два остальныхъ здоровыхъ мальчика живы по сію пору. Сифилисомъ и алкоголизмомъ;нашъ больной не страдалъ. Начало настоящаго заболѣванія онъ относитъ къ тому времени, когда ему было 16-тъ лѣтъ отъ роду. Именно, онъ упалъ какъ-то дѣткомъ съ воза съ сѣномъ, ударился о землю головой и потерялъ часа на два сознание. Затѣмъ, придя въ себя, онъ всетаки самъ



могъ опять сѣсть на этотъ возъ, и благополучно доѣхалъ домой, не чувствуя боли въ ногахъ и поясницѣ. Вскорѣ (когда,—точно больной не помнитъ) онъ сталъ чувствовать жаръ въ ногахъ и опухоль въ стопѣ (но, очевидно, опухоль была крайне незначительной, такъ какъ она нисколько не мѣшала надѣвать ему прежняго размѣра обуви). Ощущеніе жара и опухоль бывали не постоянно: то появлялся, то исчезалъ. Но въ это время онъ свободно ходилъ и даже бѣгалъ,

словомъ, дѣлать безъ всякаго затрудненія все то, что полагается въ крестьянскомъ быту, хотя и чувствовалъ себя въ общемъ слабѣе нѣсколько противъ прежняго. Годъ черезъ два послѣ этого онъ отправился на работу въ городъ. Здѣсь послѣ ностопинато пошенія земли на 3-й этажъ у него къ вечеру появлялась иногда боль въ пахахъ, но и эта боль вскорѣ по приходѣ домой, въ деревню, исчезала. Спустя приблизительно 1—1½ года у него появилась сильная ломящая и стрѣляющая боль въ поясницѣ, которая усиливалась при всякомъ неосторожномъ движеніи. Послѣ этого онъ началъ замѣчать, что ему стало гнуть спину впередъ и выѣсть съ тѣмъ онъ могъ съ трудомъ разгибать спину. Въ теченіе послѣднихъ лѣтъ дѣло постепенно дошло до того состоянія, въ какомъ мы видимъ его теперь.

Status praesens 19^{to} IX 01 г. Кожные покровы нормальной окраски. Подкожножирный слой развитъ плохо. Бросается въ глаза крайне своеобразное положеніе, которое принимаетъ больной при стояніи: голова нѣсколько откинута назадъ, туловище сильно согнуто впередъ почти до прямого угла съ бедрами, колѣна согнуты подъ тупымъ угломъ, а бедра приведены другъ къ другу. При сидѣніи же получается такое впечатлѣніе, какъ будто больной скованъ. Если попросимъ больного лечь на ровную поверхность, то убѣдимся, что онъ опять таки держать туловище подъ прямымъ угломъ къ бедрамъ, а голени—согнутыми нѣсколько подъ острымъ угломъ. Если пожелаемъ, чтобы нашъ пациентъ легъ спиной на постель, то для этого ему придется выпрямить ноги такъ, чтобы онѣ составляли прямой уголъ съ туловищемъ, иначе больной не можетъ удовлетворить нашего желанія. Описанныя своеобразныя положенія тѣла въ различныхъ случаяхъ обязаны тому обстоятельству, что позвоночникъ почти на всемъ своемъ протяженіи спаятъ и неподвиженъ и, кромѣ того, совершенно неподвижны и бедра въ тазобедренныхъ суставахъ. Помимо этого, позвоночникъ представляется искривленнымъ кифозомъ и лѣвостороннимъ сколіозомъ. При костукиваніи онъ на всемъ протяженіи, исключая шейный отдѣлъ, слегка болѣзненъ. Однако, при форсированномъ надавливаніи на голову и плечи болѣзненности въ позвоночникъ не наблюдается. Періоститовъ на позвонкахъ снаружи констатировать не удастся, а равно не удалось обнаружить ихъ и путемъ опуныванія позвонковъ черезъ глотку. Со стороны нервной системы никакихъ видимыхъ отклоненій отъ нормы не найдено. Черепные нервы въ порядкѣ. Активные и пассивныя движенія шеи во всѣхъ направленіяхъ ограничены вслѣдствіе какого-то препятствія въ шейныхъ позвонкахъ и появляющейся при этомъ боли. Движенія въ лѣвой рукѣ нормальны. Активное и пассивное движеніе въ правой плечевомъ суставѣ невозможно даже до горизонта вслѣдствіе препятствія и боли въ самомъ суставѣ. Въ остальныхъ сочлененіяхъ правой руки движенія по объему и силѣ нормальны. — Типъ дыханія чисто брюшной. При глубокомъ вздохѣ грудная кѣтка почти неподвижна. Туловище представляется абсолютно неподвижнымъ вслѣдствіе полной неподвижности позвоноч-

ника Брюшной прессъ напрягается съ достаточнымъ объемомъ и силой. Активные и пассивныя движенія въ обоихъ тазобедренныхъ суставахъ совершенно невозможны, благодаря полному анкилозу ихъ. Движенія въ суставахъ коленныхъ, голеностопныхъ и фаланговыхъ возможны до полного объема и силы. Координація движеній нормальна. Коленные рефлексы оживлены. Рефлексъ съ Ахиллова сухожилия отсутствуетъ. Сухожильные рефлексы съ верхнихъ конечностей нормальны. Рефлексы съ подошвы и подмышечной впадины отсутствуютъ. Рефлексы съ sternocleidomastoidei и брюшныхъ мышцъ имѣются. Зрачки равномерно расширены, съ правильной реакціей на свѣтъ и конвергенцію. Тазовые органы и тонусъ мышцъ нормальны. Зрѣніе: при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи ничего особеннаго не обнаружено. Слухъ, обонаніе и вкусъ нормальны. Чувствительность болевая, тактильная, температурная и чувство мышечное не разстроены. Электровозбудимость мышечная и кожная нормальны. Имѣется общее равномерное похуданіе мышцъ туловища и ногъ. На кожѣ можно обнаружить явленія рѣзкаго дермографизма съ реакціей сосудорасширителей. Внутренніе органы нормальны. Всѣ суставы не увеличены въ объемѣ и при перкуссии безболѣзненны. Моча бѣлая и сахара не содержитъ. Суточное количество ея въ среднемъ равнялось 1400 к. с., причемъ содержаніе фосфатовъ въ среднемъ было равно 2, 1 к. с.

Больной пробывъ въ клиникѣ около 1 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ. Здѣсь у него иногда, безъ всякой вѣдѣмой причины, внезапно появлялись произвольныя боли въ различныхъ суставахъ, причемъ суставы эти опять таки были безболѣзненны при постукиваніи и не опухали. Продержавшись дня 3—4, эти боли исчезали безслѣдно.—Съ цѣлью леченія больному дѣлались ежедневныя ванны въ 28°—30° R. и подѣшиванія на аппаратъ д-ра Спримона, въ теченіе 10 минутъ ежедневно. При выписываніи изъ клиники больной настойчиво утверждалъ, что ему стало свободнѣе дышать, а движенія конечностей сдѣлались менѣе скованными, чѣмъ до прибытія въ клинику.

Резюмируя вкратцѣ симптомы, составлявшіе клиническую картину наблюдавшихся нами случаевъ, мы находимъ:

1. Неподвижность въ той или другой степени всего позвоночника или только нижней его части, главнымъ образомъ, поясничной.
2. Дугообразный кифозъ позвоночника или, наоборотъ, ненормально прямое положеніе его и своеобразное положеніе туловища при стояніи въ видѣ ломанной или въ видѣ совершенно прямой линіи.
3. Неподвижность въ различной степени двухъ или нѣсколькихъ крупныхъ суставовъ конечностей.
4. Иногда легкое разстройство чувствительности въ видѣ гип-эстезіи болевой и тактильной корешкового характера.

5. Постепенное начало и медленное теченіе всего страданія, въ которое обыкновенно прежде всего вовлекается ниже-поясничная часть позвоночника и тазобедренныя суставы. Нужно замѣтить, что за послѣдніе 2—3 года боли въ поясницѣ и бедрахъ стали утихать и теперь эти боли бываютъ изрѣдка, не достигая большой силы и продолжительности.

6. Ломящія или стрѣляющія боли въ различныхъ мѣстахъ тѣла, быстро появляющіяся и также быстро, само собою, исчезающія.

7. Отсутствие какихъ нибудь опредѣленныхъ этиологическихъ моментовъ, повлекшихъ за собою страданіе.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Я. Т. Нейштабъ. *Сравнительная оцѣнка терапіи брюшного тифа въ дѣтской практикѣ.* Врачебная газета 1901 г., № 31.

На 23 случаяхъ брюшного тифа у дѣтей въ возрастѣ отъ 1 г. 8-мѣс. до 15 л. авторъ провелъ три способа леченія: жаропонижающій—фармацевтический (антипириномъ), леченіе водой и выжидательный или симптоматическій. Первымъ способомъ лечилось 5 дѣтей въ возрастѣ отъ 4 до 12 л.; антипиринъ давался регулярно въ дозѣ отъ 0,5 до 1,0 по 3 раза въ день. По наблюденіямъ автора антипиринъ сильно понижаетъ ¹° въ первые дни болѣзни и во время ослабленія лихорадки (на 3-ей недѣлѣ и очень слабо при напряженіи болѣзненнаго процесса; сердечная дѣятельность учащается и пульсъ дѣлается мягкимъ, подскакивающимъ и мало резистентнымъ; на кожѣ появляются (при продолжительномъ дѣйствіи) скарлатиноподобная сыпь, иногда сливная. Приводятся исторіи болѣзни трехъ больныхъ. Леченіе водой производилось у 6 дѣтей въ возрастѣ отъ 1-го 8-мѣс. до 12 л. (умерло 2-е дѣтей—дѣвочка 7 л. и мальчикъ 1 г. 8 м. съ врожденнымъ порокомъ сердца). Ванны дѣлались 3 раза въ день въ 28-30 °R 10 или 16 минутной продолжительности. ¹° послѣ ванны значительно понижалась на 1 или 2 часа (особенно въ первые дни заболѣванія и на 3 недѣлѣ), въ разгарѣ же болѣзни пониженіе на нѣсколько десятыхъ градуса, сердце работало равномерно, пульсъ былъ полный и ровный; на работу и анатомическія измѣненія пищеварительныхъ органовъ леченіе водой мало вліяло и пожалуй даже отрицательно, измѣненію въ дыхательныхъ путяхъ относительно быстро уступали дѣйствія ваннъ, мозговые явленія быстро исчезали. Выжидательный или чисто симптоматическій способъ проведенъ былъ у 12 больныхъ въ возрастѣ отъ 2 до 15 л. Случаи протекали правильно; дѣлалось

обтираніе черезъ чай или два смѣсью уксуса и воды, давались отхаркивающія, на 3 и 4 недѣлѣ хининъ (скорѣй какъ укрѣпляющее), питаніе жидкой пищей. Въ заключеніе авторъ признаетъ наилучшимъ и менѣе опаснымъ способомъ леченія брюшного тифа въ дѣтской практикѣ способъ симптоматическій.

В. Зуевъ.

И. А. Шабать. *Бактеріоскопія въ бактериологической діагностикѣ дифтеріи.* Врачебная Газета, 1901 г., № 32.

Микроскопическое изслѣдованіе мазковъ позволяетъ непосредственно судить о количествѣ дифтеритныхъ палочекъ, о присутствіи другихъ бактерій, о количественномъ ихъ отношеніи; бывають случаи, гдѣ разводки даютъ отрицательный результатъ при нахожденіи дифтеритныхъ палочекъ въ мазкахъ, что было найдено многими авторами. Авторъ приводитъ случай изъ своей практики, гдѣ только при посѣвѣ въ 4мй разѣ были получены дифтеритныя бациллы въ разводкахъ, тогда какъ въ мазкахъ онѣ были найдены съ перваго же изслѣдованія. Что касается до двойной окраски Löffler'овскихъ палочекъ по M. Neisser'у въ мазкахъ, то изслѣдованія автора подтверждаютъ скорѣе данныя Яковлева, получившаго эту окраску въ 46% дифтеріи. Отрицательный результатъ M. Neisser'овской окраски на мазкахъ не даетъ возможности исключить присутствіе дифтеритныхъ бациллъ въ изслѣдуемомъ случаѣ.

В. Зуевъ.

Къ вопросу о мѣрахъ борьбы съ дифтеріей. Дѣтская медицина, 1901 г., № 2.

Упомянутая статья является докладомъ комиссіи Общества Дѣтскихъ Врачей въ Москвѣ. На основаніи современныхъ знаній объ этиологіи и эпидемиологіи дифтеріи, приведенныхъ въ началѣ статьи, устанавливаются такіа положенія.

1) Палочка Löffler'a есть производитель дифтеріи; въ какомъ бы состояніи и гдѣ бы она не встрѣчалась при извѣстныхъ обстоятельствахъ, благопріятныхъ для этого, она можетъ дать заболѣваніе и только въ отсутствіи ея мы гарантированы отъ болѣзни вполне.

2) Въ действительности эти благопріятныя обстоятельства встрѣчаются не такъ часто и сама природа вноситъ какой-то коррективъ, такъ что приблизительно лишь 1 изъ 10—30, подвергавшихся возможности заболѣть, заболѣваетъ.

3) Есть основанія предполагать, что наибольшей вредоносностью обладаетъ палочка большого дифтеріея, отъ котораго и происходитъ болѣшинство заболѣваній. Однако данныя о заболѣваемости не даютъ возможности съ точностью раздѣлить заболѣвшихъ подъ влияніемъ больныхъ отъ таковыхъ же подъ влияніемъ здоровыхъ носителей палочекъ.

4) Нѣтъ возможности судить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, насколько палочка вредоносна для окружающихъ и насколько обстоятельства благопріятны или неблагопріятны для заболѣванія.

На высказанномъ основываются и мѣры профилактики (кроме мѣръ общихъ для всѣхъ заразныхъ болѣзней).

Самой радикальной и рациональной мѣрой является изоляція всѣхъ носителей дифтеритной палочки и уничтоженіе ея на неодушевленныхъ предметахъ. Какъ важнѣйшая профилактическая мѣра—періодическое изслѣдованіе содержимаго слизистыхъ оболочекъ извѣстной группы дѣтей (пріюты, общежитія и т. д.), хотя на практикѣ это и трудно выполнимо. Выздоровливающее лицо съ остатками катарральныхъ явленій обязательно должно изолироваться до исчезновенія всѣхъ слѣдовъ болѣзни. Дѣти и возвращающіеся въ среду, дающую большой матеріалъ для заболѣванія (школы, пріюты и т. п.), должны удерживаться въ больницахъ до полного исчезновенія палочекъ. Здоровые носители палочекъ должны быть удалены тогда, когда они находятся въ средѣ, особенно расположенной къ заболѣванію (напр. среди коревыхъ), не должны пользоваться общей посудой, бѣльемъ, должны избѣгать поцѣлуевъ.

В. Зуевъ.

Н. Лапинеръ. *Случай первичнаго дифтерита кожи и половыхъ органовъ.* Дѣт. Медиц., 1901 г., № 2.

Въ виду рѣдкости заболѣванія и невыработанности терапіи, авторъ сообщаетъ бывшій въ его практикѣ случай. Въ семьѣ, гдѣ авторъ наблюдалъ послѣдовательно три случая дифтерита зѣва, дѣвочка 7 лѣтъ заболѣла дифтеритическимъ пораженіемъ внутренней поверхности большихъ губъ, частью малыхъ губъ, клитора, отверстія

мочепускающего канала и кожи левой губы, при отсутствии заболевания зѣва и носа. Впрыснуто 1000 единицъ антидифтеритной сыворотки и мѣстно спринцеваніе сулемой 1:4000, мазь изъ ортоформа 10%; по исчезновеніи налетовъ примочка изъ аq. plumbi, спринцеваніе изъ Kal. hypermag. 1:4000; выздоровленіе. Отсутствие раненія слизистой оболочки вовсе не исключаетъ возможности зараженія — положительные опыты съ предварительными смазываніями неповрежденной слизистой оболочки микрококками, часто попадающимъ съ Löffler'овской палочкой, или смазываніе изъ ассоціаціи микрококковъ и дифтеритной палочки. Моча (принимая ея кислотность) не есть нежелательный элементъ, пока дѣйствуетъ специфическая причина.

В. Зуевъ.

К. А. Маркова. *Два случая безбѣлковаго отека.* Дѣтск. Медич. 1901 г.

Приведа острые и хроническія заболѣванія въ теченіе или вслѣдствіе которыхъ развивается безбѣлковый отекъ и мнѣнія различныхъ авторовъ, объясняющія его возникновеніе, авторъ излагаетъ исторіи болѣзни двухъ своихъ больныхъ, у которыхъ наблюдалась безбѣлковая водянка. Мнѣнія авторовъ о происхожденіи безальбуминурійнаго отека сводятся къ 3-мъ положеніямъ:

- 1) подъ вліяніемъ охлажденія кожныхъ покрововъ является слабость периферическихъ вазо-моторовъ;
- 2) вслѣдствіе слабости сердца и измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ и самой ткани крови, вызываемыхъ какими то токсинами, проникающими изъ кишечника и образующимися въ самой крови;
- 3) какъ симптомъ остраго пораженія почекъ.

Въ случаяхъ самого автора этиологическимъ моментомъ къ развитію водянки послужило повидимому разстройство кишечника, но въ виду того, что у перваго изъ больныхъ отеки были и прежде и существуетъ слабость сердца, а у втораго въ анамнезѣ есть скарлатина, сопровождавшаяся отекомъ, авторъ токсинами, всасываемыми изъ кишечника. въ своихъ случаяхъ отводитъ второстепенное мѣсто.

В. Зуевъ.

ХИРУРГІЯ.

Н. Тринклеръ. *Изъ казуистикъ мезентеріальныхъ опухолей.* Хирургія. Февраль, 1901 г.

Авторъ приводитъ исторію болѣзни случая злокачественной мезентеріальной опухоли, характеръ которой и ея топографическое положеніе были распознаны до операціи. Удаленіе опухоли съ резекціей 65 с. кишокъ; была примѣнена пуговка Murphy. На 5 сутки, благодаря частичному омертвѣнію на мѣстѣ смыканія пуговки, резецировано еще 20 сант. кишки.

На основаніи своего случая авторъ совѣтуетъ при удаленіи мезентеріальныхъ опухолей, гдѣ резецируется большой секторъ брыжжейки и нѣсколько петель кишокъ, выводить это мѣсто наружу, какъ при гангренозныхъ грыжахъ, подводя подъ петлю, гдѣ пуговка, марлевый компрессъ и томпируя брюшную полость съ боковъ по Mikulicz'у.

Казуистика мезентеріальныхъ опухолей, оперированныхъ съ резекціей кишокъ, не велика; случай автора 12-й. Смертность достигаетъ 50%; причиной смерти считаютъ прободной перитонитъ, а также шокъ послѣ продолжительныхъ манипуляцій на кишечникѣ. Въ случаяхъ, гдѣ величина опухоли дѣлаетъ удаленіе невозможнымъ, авторъ, на основаніи своего одного наблюденія, рекомендуетъ для уменьшенія опухоли прошиваніе сосудовъ брыжжейки. Дать точныхъ диагностическихъ признаковъ для всѣхъ случаевъ опухолей брыжжейки, по мнѣнію автора, невозможно.

И. Левинъ.

Проф. В. И. Разумовскій. *Изъ вопросу о предсказаніи при опухоляхъ брыжжейки.* Лѣтопись русской хирургіи. 1901 г. Книга 2-ая.

Указавъ на повизну и малую разработанность отдѣла хирургіи о плотныхъ опухоляхъ брыжжейки, авторъ считаетъ важнымъ выясненіе (возможное путемъ клиническаго опыта) вопроса о предсказаніи при

нихъ, такъ какъ операція удаленія подобныхъ опухолей одна изъ очень тяжелыхъ, въ виду чисто анатомическихъ отношеній, тѣмъ болѣе, что часто вмѣстѣ съ опухолью приходится резецировать и части тонкихъ кишокъ.

Въ виду этого авторъ приводитъ подробную исторію болѣзни своего случая, интересъ котораго заключается въ томъ, что удаленіе опухоли брыжжейки пришлось дѣлать 3 раза. Первая операція въ февралѣ 1898 г.—удалена опухоль (inchoa cellulare) съ одновременной резекціей 48 с. тонкой кишки; вторая операція спустя 2 года $\frac{2}{3}$ 1900 г. по поводу быстро развившагося рецидива—удалена подобная же опухоль опять съ резекціей кишокъ. Больной быстро оправился, но въ январѣ 1901 г. въ виду рецидива пришлось, по настоятельной просьбѣ больного, снова оперировать его. Послѣ операціи exitus letalis. При аутопсіи метастазы въ брыжжейкѣ, S.-топаннѣ и въ печени.

Въ заключеніе авторъ отмѣчаетъ фактъ, подмѣченный имъ при повторныхъ операціяхъ, что на резецированныхъ кишкахъ трудно найти мѣсто, гдѣ примѣнялось пуговка Murphy.

И. Левинъ.

Проф. В. И. Разумовскій. Случай гастропексiи. Лѣтопись русской хирургіи. 1901 г. Кн. 2-ая.

Давъ литературный очеркъ новой операціи—gastropexia (Durex первый произвелъ ее въ 1895 г.) и кратко изложивъ по Rowsing'у симптоматику даннаго страданія, а также и оперативные методы при немъ, авторъ приводитъ свой случай, прослѣженный уже 7 мѣсяцевъ.

Больной 2 года страдалъ желудочными разстройствами (тупая боль въ epigastrium, усиливается послѣ ѣды, ѣздѣ, по временамъ рвота, слюнотеченіе etc.); большая кривизна ниже пупка. Диагнозъ—Stenosis pylori et dilatatio ventriculi; при операціи оказался gastropexia. Желудокъ фиксированъ у передней браншной стѣнки въ области scrobiculum cordis 4 швами. Всѣ болѣзненные явленія послѣ операціи исчезли. Авторъ считаетъ эту операцію заслуживающей вниманія, если-бы даже эффектъ отъ нея оказался временнымъ.

И. Левинъ.

В. А. Свенцицій. *Объ огнестрѣльныххъ ранахъ, причиняемыхъ оболочечными и обыкновенными свинцовыми пулями (изъ послѣднихъ военныхъ дѣйствій русскихъ противъ китайцевъ въ Манчжуріи).*

Хирургія. 1901 г., февраль.

Авторъ приводитъ 115 случаевъ огнестрѣльныххъ ранъ, доставленныхъ ему съ поля битвы въ эвакуаціонный госпиталь въ Харбинѣ. Давъ общую характеристику ранъ, нанесенныхъ новыми и прежними пулями, авторъ переходитъ къ разбору матеріала, въ числѣ котораго было: 18 поврежденій покрововъ, 62 поврежденія костей и суставовъ конечностей, 16 поврежденій грудной кѣтки, 8 ранъ живота и тазовой области (въ одномъ случаѣ полное разрушеніе почки—*perirectostia*—выздоровленіе), 2 раны нижней челюсти, рикошетная рана верхней брови съ отрывомъ половины зрачка безъ поврежденія роговицы, сквозная рана верхней челюсти, вызвавшая слѣпоту на оба глаза и нѣсколько раненій черепного свода. На основаніи своего матеріала авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) огнестрѣльныя раны, костныя, даже съ очень сильными поврежденіями, должны обязательно быть пользованы консервативно, съ примѣненіемъ обезпложивающихъ и противопаразитныхъ способовъ и частичныхъ резекцій.

2) оболочечныя и свинцовыя простыя пули на извѣстныхъ дальныхъ разстояніяхъ одинаково дробятъ кость, при чемъ оболочка пули часто ломается и свинецъ выступаетъ наружу;

3) Извлеченіе пули и осколковъ должно быть сдѣлано какъ можно скорѣе, но осколки должны удалять съ разборомъ, такъ какъ многіе изъ нихъ могутъ прирости;

4) гипсовые окончатая повязки должны имѣть на войнѣ самое широкое примѣненіе, какъ замѣчательно удобныя и облегчающія перевязку раны, особенно при поврежденіи костей.

Г. Левинъ.

Аленсѣй Мартыновъ. *Грыжи пахового треугольника.* Хирургія 1901 г., февраль.

Авторъ приводитъ двѣ исторіи болѣзни грыжесѣченій, теоретическій и практический интересъ которыхъ заключается въ томъ, что грыжи выступили черезъ весь паховый треугольникъ *in toto*, а не черезъ паховый каналъ, такъ что грыжевыя ворота были образованы сверху краемъ *m. obliq. int. et transversi*, снизу паховой связкой, свуги прямой мышцей живота; наружное отверстіе пахового канала имѣ-

ло почти нормальные размеры. При операции пришлось проводить шовъ черезъ всю толщю сухожильномышечнаго слоя брюшной стѣнки и подтягивать ее къ пупартовой связкѣ, какъ и при коренномъ грыжесѣченіи по способу Roux.

I. Левинъ.

С. П. Федоровъ. *Къ лечению гнойныхъ разлитыхъ воспаленій брюшины чревосѣченіемъ.* Хирургія. 1901 г. Мартъ.

Скопленіе гноя въ bursa praegastrica, наблюдаемое авторомъ въ двухъ случаяхъ гнойнаго перитонита, а также аутопсія умершихъ отъ этой болѣзни, заставляютъ автора отмѣтить важное клиническое значеніе топографическихъ особенностей брюшной полости, указанныхъ проф. Зерновымъ; такъ, при операціяхъ по поводу гнойнаго перитонита или при аутопсіяхъ между петлями тонкихъ кишекъ рѣдко приходится встрѣчать сколько нибудь значительное количество гноя или вообще выпота, а послѣдній находится или въ полости малаго таза, подвздошныхъ впадинахъ, въ canalis laterals; dexter (сообщается съ bursa haepatica) et sinister (сообщается съ bursa praegastrica), въ sinus mesenterici dexter et sinister и, рѣдко, въ bursa orientali и подъ діафрагмой.

Въ виду этихъ анатомическихъ и патологоанатомическихъ данныхъ, авторъ въ своихъ послѣднихъ пяти случаяхъ, подробная исторія болѣзни которыхъ имъ приведены, старался добиться хорошаго дренированія вышеописанныхъ областей, для чего, по его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ достаточно 3-хъ разрѣзовъ—одинъ по бѣлой линіи между пупкомъ и лобкомъ и два разрѣза справа и слѣва въ подвздошныхъ областяхъ параллельно пупартовой связкѣ.

Указавъ на способы борьбы съ всосавшимися уже токсинами (промываніе организма 0,7% NaCl, антистрептококковая сыворотка, возбуждающія сердечную дѣятельность) и на нѣкоторыя техническія особенности (полусидячее положеніе послѣ операціи или положеніе на спинѣ на наклонной плоскости съ приподнятымъ головнымъ концомъ, чтобы предупредить затеканіе гноя подъ діафрагму), авторъ въ заключеніе выставляетъ слѣдующія положенія.

1) Чревосѣченіе является въ настоящее время единственнымъ способомъ, дающимъ возможность спасти иногда жизнь больного при разлитомъ гнойномъ воспаленіи брюшины; поэтому какъ только установлено распознаваніе такого воспаленія брюшины, сейчасъ же надо приступать къ чревосѣченію.

2) Лѣченіе впрыскиваніями антитоксической сыворотки и подкожными и внутривенными вливаніями большихъ количествъ физиологическаго раствора поваренной соли можетъ быть въ иныхъ слу-

чаяхъ хорошимъ подспорьемъ при коренномъ лѣченіи перитонита чрезвѣщеніемъ.

3) Чревовѣщеніе должно сопровождаться возможно полнымъ и цѣлесообразнымъ очищеніемъ всей полости брюшины, для чего лучше всего промывать ее обильными количествами какой либо безразличной, теплой (30—40° С.) жидкости.

4) Извлеченіе изъ полости живота большихъ участковъ кишечныхъ петель, въ избѣжаніе шока, не должно быть никакимъ образомъ допускаемо, если только къ этому нѣтъ извѣстныхъ настоятельныхъ показаній.

5) Съ этой точки зрѣнія вполне цѣлесообразными являются предлагаемый авторомъ здѣсь способъ дренированія полости живота, на основаніи извѣстныхъ топографическихъ особенностей въ расположеніи брюшныхъ внутренностей, и промываніе полости брюшины, при которомъ всѣ ея органы остаются *in situ*.

6) Для постоянного и полного дренированія полости живота рядомъ съ дренажами или даже иногда вмѣсто нихъ, необходимо закладывать полосы гигроскопической марли.

I. Левинъ.

КОЖНЫЯ И ВЕНЕРИЧЕСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Пр.-доц. М. Кузнецовъ. *Dermatitis bullosa acuta*, какъ особая форма травматически — инфекціоннаго воспаленія кожи. Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. 1901 г. № 3.

Своеобразное травматически-инфекціонное страданіе кожи — *Dermatitis bullosa acuta* автора встрѣчается не рѣдко и безъ сомнѣнія не безызвѣстно хирургамъ, дерматологамъ и вообще врачамъ практикамъ, но мало обследованное съ клинической и бактериологической стороны заболѣваніе это заносится въ рубрику воспалительныхъ процессовъ кожи и подкожной кѣтчатки подъ самыми разнообразными названіями — «*paranaritium*», «*dactylitis phlegmonosa*», «*paranaritium subcutaneum*» и т. д.

Мало того, безъ сомнѣнія были случаи, когда при геморрагическомъ содержимомъ пузыря оно принималось за *pustula maligna* и подвергалось соответствующему леченію.

Научная терминологія этого заболѣванія также страдает отсутствіемъ единообразія. Проф. Кочегомъ и Тавелемъ оно названо

«*Staphylococcus circumscriptus acuta cutis*» (Vorlesungen über chirurgische Infektionskrankheiten, 1895, стр. 179). Д-ръ Трипклеръ называлъ его *dermatitis bullosa circumscripta* (Жѣтопись Русской Хир. 1900, кн. 3) Существовавшую терминологию, какъ практическую, такъ и научную авторъ считаетъ не удовлетворительною и, настаивая на выдѣленіи описываемаго страданія изъ общей группы воспаленій кожи въ форму *sui generis*, предлагаетъ назвать указаннымъ выше именемъ.

Бактеріологическія изслѣдованія 16 случаевъ описываемаго заболевания показали, что ближайшей причиной воспалительнаго процесса являются *Staph. pyog. aureus* (въ 5 случаяхъ), *Staph. albus* (въ 2 случ.), *Staph. pyog. citreus* (et. *Streptococcus*) (въ 2-хъ), при чемъ въ шести случаяхъ наблюдалась двойная инфекция (*staph.* и *streptococcus*). Чаше заболѣваніе встрѣчается у лицъ, которымъ приходится имѣть дѣло съ мясными продуктами (повара, кухарки, мясники) или-же заниматься препаровкой (медики, ветеринары).

Обычный путь проникновенія инфекціи — мелкія механическія поврежденія: царапины, уколы, укусы насекомыхъ, мухъ, осъ, оводовъ.

Dermatitis acuta почти исключительно поражаетъ верхнія и нижнія конечности, чаще первыя.

Клинически описываемое страданіе протекаетъ обычно слѣдующимъ образомъ: на мѣстѣ мелкаго, нерѣдко даже совсемъ не замѣтнаго, поврежденія надъ уровнемъ покрасѣвшей и нерѣдко отеочной кожи въ очень короткое время образуется пузырекъ большей или меньшей величины темно-синяго или темно-багроваго цвѣта, очень часто съ розовой или синебагровою каймой въ окружности.

Содержимое пузыри бываетъ чисто серознымъ, серозно-гнойнымъ, чисто гноимымъ, иногда даже темно-кровянистымъ. При серозномъ или серозно-гнойномъ содержимомъ пузырь напоминаетъ ожогъ, въ послѣднемъ-же случаѣ т. е. при геморрагическомъ содержимомъ благодаря своему темно-синему или даже почти черному цвѣту, онъ очень походитъ на пустулу сибирской язвы. Сопутствующія мѣстныя и общія явленія еще болѣе дополняютъ упомянутое сходство.

По локализаци и распространенію процесса *dermatitis h. acuta* представляетъ 2 разновидности: поверхностную и глубокую.

При первой—процессъ ограничивается некрозомъ одной кожицы и по удаленіи пузыря глазу наблюдателя открывается покрытый крошковатымъ гноевиднымъ секретомъ пиллярный слой кожи; иногда этотъ налетъ бываетъ кровянистымъ и трудно удаляется даже кусками марли.

Интересно то обстоятельство, что пузырь, не смотря на свое поверхностное положеніе, не подвергается самопроизвольному вскрытію и имѣетъ склонность къ распространенію на сосѣднія части, напр. съ пальца на ручную кисть и даже на предплечье. Отслоившаяся кожица отъ верхушки пальца до его основанія легко снимается на подобіе перчатки. Глубокая форма заболѣванія сопровождается уже омертвѣніемъ кѣтъчатки по ходу салыхъ желѣзъ и волосныхъ влагалищъ, напоминаетъ фурункулы въ миниатюрѣ и не рѣдко принимаетъ ползучій характеръ.