

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛъ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСЪДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. КАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ IV.

ІЮЛЬ-АВГУСТЬ

1904 Г.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета,

1904.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 9 сентября 1904 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Случай chondritis et osteitis gummosa costarum et sterni.

Д-ра С. П. Порфириева.

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

2 сентября 1903 года въ Казанскую Окружную Психиатрическую Лечебницу былъ принятъ чиновникъ №³, 32 лѣтъ, съ явлениями остраго бреда.

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

10 сентября у больнаго на правомъ предплечье и на лѣвой щекѣ на уровнѣ скапуловой кости появились небольшіе фурункулы.

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

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

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

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

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

Сознаніе больного затмено. Временами опять двигательное возбужденіе.

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

3 октября при явлениіяхъ общей слабости больной скончался.

Клинический диагнозъ: dementia paralytica.

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

При ощущиваніи черезъ кожу замѣчается, что углубленіе соответствуетъ мѣсту соединенія хрящей съ ребрами, причемъ ощущается, что концы эти разошлись и значительно утолщены и притомъ особенно на 4 ребрѣ.

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

- на 2-омъ ребрѣ 1,4;
- на 3-емъ и 4-омъ 3,3;
- на 5 мѣ 2,2;

иоперечникъ хрящевой части 6-го ребра—1,4, костной—2,2.
иоперечникъ хрящевой части 7-го ребра—1,4 костного конца 1,6.

При разрѣзѣ на бушиныхъ частей хрящевой и костной 3-го, 4-го и 5-го реберъ замѣчается, что ткани, какъ хряща, такъ и кости изѣдены, рыхлы и пропитаны желтовато-сѣрыми массами; при проколѣ скальпелемъ въ продольномъ направлениі, въ мѣстѣ соединенія хрящевой и костной части 7 ребра, выступаетъ красновато-сѣрая жидкость.

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

При отдѣленіи мягкихъ частей отъ грудной кости, ни кровоизлѣній, ни гнойного инфильтрата, пигда не замѣчается. Въ мѣстѣ соединенія рукожтки съ тѣломъ грудины periosteum нѣсколько утолщенъ и подъ нимъ имѣются остатки передней костной пластины грудины; по удалениіи ея въ грудинѣ образуется полость яичеквидной формы, длиною 1,5, шириной—3,5 см.; дно ея образуетъ изѣденная задняя пластинка грудной кости; утолщенный перихондрій и надкостница отчасти гноино инфильтрованы и разрыхлены.

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

По удалениіи передней части грудной стѣнки клѣтчатка mediastini antici оказывается гноино инфильтрированной.

Сердце нормальной величины, мышцы нѣсколько истощены, буровато красны.

Шлера обѣихъ сторонъ содержитъ серозную, слегка мутноватую, съ фибринозными и лепкими на висцеральномъ листкѣ, жидкость.

На внутренней поверхности восходящей части аорты замѣты сѣровато желтые бляшки. Печень въ разрѣзѣ буроватого цвѣта съ умѣреннымъ количествомъ крови.

Селезенка нѣсколько увеличена.

Изъ мочеиспускательного канала выдѣляется небольшое количество желтоватой жидкости. Резюме аутопсіи: бурад атрофія сердца, опуханіе селезенки, mediastinitis suppurativa anterior, pleuritis seroso-fibrinosa duplex, бѣлковая дегенерація печени, ostitis

et periostitis, chondritis et perichondritis gumentosa cum ramolatione на месте соединения 3-го, 4-го, 5-го и отчасти 6-го ребер левой стороны; osteoritosis costarum въ слабой степени, ostitis gumentosa верхнего конца corporis sterni cum ramolatione. Periostitis tibiae dextrae ossificans.

Часть полученного при аутопсии патологического материала въ видѣ отрѣзка одного изъ лѣвыхъ реберъ и затѣмъ мазки изъ выдѣляемаго уретры и гнойпаго инфильтрата переднаго средостѣнія были взяты Проф. И. М. Любимовымъ и любезно предложены мѣръ для патолого-анатомического и бактериологического изслѣдованія.

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

Заключены были полученные отрѣзки въ целлоидинъ.

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

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

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

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

чительно васкуляризированы, местами встречаются островки остеофици, замѣтна умѣренная пролиферация хрящевых клѣтокъ. Въ некоторыхъ сосудахъ явленія эндо, мезо и періартерита, вѣ венахъ—эндофлебитъ. Въ мышцахъ, на ряду съ измѣненіями сосудовъ, замѣтна атрофия мышечныхъ волоконъ и разъединеніе ихъ фиброзной соединительной тканью.

Перихондрій я надкостница пѣсколько утолщены, но безъ слѣда гуммозного новообразованія.

При иммерсіонной системѣ не трудно замѣтить, какъ въ хрящѣ, такъ и въ кости, присутствіе, выдерживающихъ обезцвѣченіе по Грамму, палочекъ и бокковъ. Палочки эти местами образуютъ небольшія скоплѣія, местами встречаются отдѣльными экземплярами. При окраскѣ фуксіномъ съ послѣдовательнымъ обезцвѣченіемъ сѣрной кислотой и дополнительной окраской метиленовой синькой микроорганизмы принимаютъ цвѣтъ послѣдней.

На мазкахъ изъ уретры видны эпителій, полы и мононуклеары и стафилококки. Въ инфильтратѣ изъ mediastinum открыто присутствіе стафилококка и стрептококка, гонококкъ не найдено ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ.

Объединяя теперь найденные на отдѣльныхъ среѣзахъ измѣненія, представляющія, по моему мнѣнію, ничто иное, какъ различные стадіи процесса мы, мнѣ кажется, съ полнымъ правомъ можемъ утверждать, что первичной картиной пораженія было образованіе грипуляціонныхъ очаговъ. Они, переходя чрезъ рядъ метаморфозъ, въ свою очередь явились причиной цѣлаго ряда послѣдовательныхъ измѣненій, какъ-то: osteorogos'a, рубцоваго замѣщенія и т. д.; къ этому здѣсь еще присоединилась вторичная инфекція (фурункулезъ).

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

Отсутствіе типическихъ туберкуловъ, туберкулезныхъ бацилль, накопецъ, на ряду съ этимъ, всѣ свойственныя туберкулезу измѣненія сосудовъ—всего этого вполнѣ достаточно, чтобы отвергнуть его.

Активомикозъ? Опять нѣтъ. Почему? Нѣтъ характерныхъ для него друзъ. Тафозный остеоміэлитъ? Но нѣтъ Эбертовскихъ палочекъ.

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

Характерная измѣненія сосудовъ, интересиціальный міозитъ, наличность гуммозныхъ узелковъ въ костной и хрящевой ткани—

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

Констатированное нами пораженіе представляеть интересъ уже само по себѣ. Гуммы реберъ, а особенно хрящѣй, какъ я постараюсь далѣе доказать, явленіе далеко не заурядное. Но интересъ пораженія еще увеличивается благодаря тому, что оно имѣло мѣсто у душевнобольшаго, что оно далѣе, безъ всякихъ вынужденныхъ наспѣхъ, привело однако къ значительному наруше-
нию целости грудной клетки.

Нашъ случай еще разъ такъ сказать ad oculos доказы-
ваетъ возможность подобныхъ случайностей, подчасъ такъ вызы-
вающе симулирующихъ травматическія поврежденія.

Клиническая и патолого-анатомическая картина сифилити-
ческаго пораженія костей вообще представляеть собой одинъ изъ
сравнительно наиболѣшес разработанныхъ отдѣло ученія о патологии
сифилиса. Сифилитическая пораженія костной системы ранѣе другихъ
пораженій привлекли къ себѣ всеобщее вниманіе, ракѣ другихъ
получили призваніе какъ со стороны практическихъ врачей, такъ
и патолого-анатомовъ и, совместные труды тѣхъ и другихъ скоро-
ре привели къ наиболѣе полной разработкѣ этого отдѣла.

Гораздо медленѣе шла разработка вопроса о сифилитиче-
скомъ пораженіи хрящѣй. Если уже въ началѣ 16 столѣтія, а
тѣмъ болѣе въ половинѣ его, никто пѣзъ врачей не отрицалъ, воз-
можности сифилитическихъ заболѣваній костной системы въ фор-
мѣ специфического первичнаго osteitis или перостита, то безъ
преувеличенія можно сказать, что возможность самостоятель-
наго пораженія хрящѣй сифилитомъ и то только въ формѣ пе-
рихондрита, рѣща во среѣ была признана только въ 19 столѣтіи
и даже ближе, во второй половинѣ его. Въ доступной мнѣ лите-
ратурѣ первое прямое указаніе на первичный сифилитический
перихондритъ и встрѣтить въ работѣ Bouisson'a: „memories sur
les tumeurs Syphilitiques des muscles et de leurs annexes”, по-
мѣщенной въ Gazette medicale de Paris, за 1846 г.

Описываемый случай гуммознаго міозита musculis pectoralis majori
Bouisson видимо намѣренно отрицаетъ одновременное существова-
ніе у этого больного также и гуммознаго перихондрита ребер-
ныхъ хрящѣй. Основываясь на этомъ, я позволяю себѣ думать,
что указанное пораженіе, по мнѣнію автора, для того времени не
представлялось зауряднымъ.

Мое предположеніе, мнѣ кажется, становится тѣмъ болѣе
вероятнымъ, что даже чрезъ двадцать лѣтъ, т. е. 1866 году, Гер-
манъ Цейдель, хотя и признаетъ спифилитическое пораженіе пѣко-
торыхъ хрящѣй de facto существующимъ, тѣмъ не менѣе находятъ

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

Сифилитическое пораженіе суставныхъ хрящей онъ считаетъ болѣе чѣмъ сомнительнымъ; съ увѣренностью, и видимо на основаніи личныхъ наблюдений, онъ говоритъ только о *peric-hondritis ossificans* щитовиднаго хряща. Спустя пѣсколько лѣтъ Лансеро даже во второмъ изданіи своего капитального труда „ученіе о сифилисе“, высказываетъ мнѣніе, что сифилисомъ могутъ поражаться ладко „не всѣ хрящи, а только тѣ изъ нихъ, которые одѣты волокнистымъ покровомъ—надхрящницей“, т. е., говоря другими словами, онъ все еще призываетъ единственную форму заболевания—периходритъ. Считаю нужнымъ добавить, что главу о пораженіи хрящей онъ опять начинаетъ заявленіемъ, что хрящи могутъ поражаться сифилисомъ.

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

Натогонезъ пораженія хрящей при сифилитическихъ заболѣваніяхъ суставовъ въ достаточной степени выяснился только въ работѣ Карла Rascha изъ Копенгагена. Rasch выдѣляетъ, на основаніи личныхъ наблюдений и литературныхъ данныхъ, особую форму сифилитического пораженія „суставо-хондро артрозъ“ и описываетъ найденія въ хрящѣ измѣненія. Измѣненія эти сводятся къ разволоженію хряща съ образованіемъ вилlosыхъ экскресценций, къ присутствію бѣлыхъ, вдавленныхъ, лучеобразныхъ рубцовъ различной величины и формы и другимъ деструктивнымъ аномалиямъ, начиная отъ мелкихъ, еле замѣтныхъ грязно-желтаго цѣста эрозій, до глубокихъ дефектовъ величиною въ 2¹/4 и болѣе сант., съ круто-обрѣзанными острыми неправильными краями. „Кромѣ того, пишетъ авторъ, привожу это мѣсто почти дословнѣомъ перевѣдѣ мною были найдены и другія измѣненія, которыхъ проливаются видимо свѣтъ на доселе загадочное заболеваніе хряща. При изслѣдованіи констатировано на краю хрящевыхъ изъязвленій па суставномъ концѣ плечевой кости и olecranon вѣсколько маленькихъ

клѣточковыхъ скоплений въ діаметрѣ отъ 70—100 мікроновъ, состоящихъ изъ круглыхъ и гигантскихъ клѣтокъ. Скопления эти и пужко разсматривать какъ самые маленькие гуммозные узелки (отсутствіе въ препаратахъ окрашенныхъ по Liel-Neelsenу туберкулезныхъ бадилъ)».

„И нашелъ, продолжаетъ авторъ, во II-мъ моемъ случаѣ вѣтто такое, что можетъ указывать на начальную стадію пораженія и что можетъ служить для уясненія доселѣ неизвѣстнаго патогеноза страданія—это, встрѣчающіяся, мѣстами желтоватыя совершаючи поверхностныя эрозіи. Надо предположить, что хрище- выя изъязвлевія произошли изъ гуммозныхъ инфильтрацій, а лу- чеобразные болѣе рубцы должны быть разсматриваемы какъ остатки послѣ подобныхъ процессовъ, такъ что вполнѣ оправдывается вышеупомянутое предположе Вирхова“. „Такимъ образомъ страданіе хрища нужно понимать, настаиваетъ авторъ, въ смыслѣ гуммознаго хондрита“.

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

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

Я позволилъ себѣ такъ долго остановиться на обзорѣ историческихъ давнихъ, относящихся къ пораженію хрящей сифилисомъ, по считалъ себя въ правѣ это сдѣлать потому, что гистопатология хрища при сифилисѣ не только въ ходячихъ учебникахъ, но и большихъ капитальныхъ трудахъ, или совсѣмъ обходится молчаниемъ, или же, если и затрагивается, то настолько поверхности, что остается пепонятной даже общая картина пораженія.

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

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

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

какъ разъясняетъ самъ авторъ, остаты не отдѣляются отъ періоститовъ.

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

Первичный гуммозный остатъ реберъ также не отмѣченъ ни разу.

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

Зарегистрированъ за это время еще одинъ случай періостита грудной кости въ кондиломатозномъ періодѣ и одинъ случай извѣшнаго гуммознаго остатка.

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

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

Нѣсколько словъ по поводу только что приведенныхъ мною цифръ. Допускаю вполнѣ, что они, можетъ быть, иѣсколько ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ я бралъ въ расчетъ только тѣ случаи, где диагностическое резюме пріемнаго журнала представлялось вполнѣ достаточнымъ для классификаціи пораженія. Поэтому, случаи съ такими датами, какъ: „ostitis ulnae, KI“, „osteoperiostitis tibiarum“, отказался отъ осмотра“, „ostitis, lues?“, „tumor sterni, KI“, „caries costarum, KI“—не заносились мною, ни въ группу общаго количества пораженій, ни въ группу частныхъ локализаций.

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

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

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

Активомикозомъ грудная клѣтка по Киммелью поражается "довольно часто" цифровыхъ данныхъ мнѣ вайти не удалось.

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

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

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

Хотя я и слишкомъ далекъ отъ того, что бы признавать за приведенными сейчасъ цифровыми данными абсолютное значеніе, тѣмъ не менѣе думаю, что они всетаки съ достаточнouю убѣдительностью показываютъ, что lues поражаетъ грудинu и ребра сравнительно рѣже, чѣмъ туберкулезъ, и что первичный гуммозный остигъ грудины и хондритъ реберныхъ хрящевъ явленіе сравнительно очень рѣдко. Чаще еще повидимому наблюдаются при lues'ѣ періоститы и перихондриты въ этихъ мѣстахъ.

Данный выводъ находитъ себѣ подтвержденіе и въ обзорѣ казуистической литературы.

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

Первое сообщеніе подъ заглавіемъ *Gommes des côtes* принадлежать Legrain'у и сдѣлало имъ въ Société de dermatologie et Syphiligraphie въ Парижѣ 8 Июня 1897 г.

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

особенно усилившаяся послѣ геморрагіи на поверхности фистулъ иъ больной умеръ.

Нагура пораженія была установлена гистологическимъ изслѣдованиемъ.

Авторъ представлялъ фотографію больного до лечения.

Нагноившаяся гума послѣ размягченія части одного изъ реберъ и гуммозные остеиты на другихъ ребрахъ въ періодѣ улучшенія были демонстрированы докладчикомъ на радиограммахъ.

Почти аналогичный по клинической картинѣ случай изъ поликлиники Rosentalъ былъ демонстрированъ въ Берлинскомъ Дерматологическомъ Обществѣ въ 1901 г. д-ромъ Коллеромъ.

У больного черезъ 2 года послѣ зараженія, появились на разныхъ частяхъ грудной клѣтки болѣе или менѣе крупныя, болѣзнины, покрыты неизмѣненной кожей припухлости. Мѣстами наблюдалась втяженія, указывавшія, что здѣсь припухлости „ирорвались“. Одновременно наблюдалась болѣзниность въ области мечевидного отростка.

Діагностическая колебанія относительно натуры страданія заключились признаніемъ сифилиса на основаніи анамнеза и успѣха специфического лечения.

Хотя въ протоколѣ засѣданія и есть указаніе, что опухоль исходила изъ самыxъ реберъ, по опредѣленнымъ называвшемъ слу-
чай этотъ ни разу не обозначенъ ни самимъ авторомъ, ни въ протоколѣ засѣданія, почему мнѣ кажется и нельзя категорически утверждать, что здѣсь былъ первичный гуммозный оститъ. Возможно, что первично была поражена надкостница.

Случай гуммы внутри грудной кости описалъ д-ромъ Cole. Авторъ при явленіяхъ dispнос, ціанозъ и слабомъ кашль, констатировалъ у больного на грудной кости возвышеніе, выпираю и шириной въ дюйма. Опухоль была упруга, эластична, безболезненна.

Діагнозъ д-ра Cole и предложенная соотвѣтственно этому специфическая терапія вызвала сначала бурный протестъ консуль-тантовъ.

Въ дальнѣйшемъ, усилившись при одномъ симптоматическомъ леченіи явленій dispнос и ціаноза, а также открытие нового, аналогичного первому, узла на шлѣѣ и успѣхъ специфического лечения наглядно доказали правоту автора.

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

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

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

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

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

Переходимъ теперь къ дифференціальной клинической диагностики наблюдающихся на грудинѣ и ребрахъ пораженій. Не говоря уже о смѣшанныхъ случаяхъ, гдѣ диагнозъ можетъ встрѣтить прямо неизолимый затрудненія, по моему, даже и чистые случаи могутъ иногда, особенно на первыхъ порахъ, поставить въ тупикъ даже и опытнаго клинициста.

Какъ, напр., отличить безъ надежнаго анамнеза, безъ профильаго лечения, сифилитическое пораженіе реберъ, отъ также протекающаго тифознаго остеоміэлита ихъ?

По присутствію *dolores osteocopii nocturni*?

Но, по описаніямъ многихъ авторовъ, наблюдавшихъ это заболеваніе, боли эти такіе-же частыя спутники и тифознаго остеоміэлита. Такжѣ они обостряются по почамъ, длится цѣлыми мѣсяцами, исчезаютъ и опять вновь появляются. По повышеніямъ t° ? Но тифозный остеоміэлитъ у взрослыхъ протекаетъ повидимому чаще безъ всякаго повышенія t° . (Галенъ-Торна, Жебровскаго, Chede, Hintze, Achard'a, Broca, Sultan'a, Buschke, Bruni и др.).

По наличности и такъ сказать свѣжести, того или другого этіологического момента? Но, не нужно забывать, что описаны случаи (Hubenerомъ Sultan'омъ Buschke и др.), где тифозный остеомелитъ появлялся черезъ $4\frac{1}{2}$, 5—6 и даже 7 лѣтъ и где, по заявлению авторовъ, небыло совершенно мѣста сомнѣніемъ насчетъ реинфекціи, а тѣмъ не менѣе изъ костныхъ очаговъ добывались чистые вирулентныя культуры Эбертовскихъ палочекъ.

Какъ показываетъ ниже приводимое сообщеніе проф. Орлова, не всегда выводить изъ затрудненій при диагностики макроскопической видѣй даже уже и вскрытаго очага.

Въ 1889 г. авторъ наблюдалъ у девушки, черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ шести недѣльного тифа, припухлость больше берцовой кости правой голени и сильная боли на мѣстѣ припухлости. Постукиваніе кости выше и ниже припухлости было безболезненно, зыбленія не наблюдалось. Послѣ 2-хъ недѣль безуспѣшнаго юдинстаго лечения произведена была операциѣ; оказалось, что между налкоствіемъ и шероховатой поверхностью берца помѣщалась сѣровато-красная масса величиною съ лѣсной орехъ. По удаленіи этой массы въ обнаженной кости найдена полость, въ которой заключалась такая же масса.

Спрашивается, чѣмъ такой случай по виду отличается хотя бы отъ сифилитического пораженія? По крайней мѣрѣ, по мнѣнію автора, масса сильно походила на туберкулезную сапаину, сифилитическую и др. гранулемы. Натура страданія выяснила только послѣ того какъ путемъ разводокъ и прививокъ было установлено въ грануляціонной массѣ присутствіе жизнеспособныхъ и вирулентныхъ палочекъ Эбера.

Bellouard въ Bulletins de la societe Anatomique de Paris за 1879 г. также даетъ очень подробное описание случая, где костное страданіе грудиши даже послѣ удаленія сектвестра и неоднократнаго расщепленія фистузыныхъ ходовъ такъ походило по виду на гумму, что даже ввело на некоторое время въ заблужденіе Lansero и Gosselin'a.

Диагностическая колебавія стоили больному очень дорого. Послѣ безуспѣшнаго специфического лечения больной черезъ цѣнко мѣсяцевъ погибъ отъ вторичной саркомы легкихъ и почки.

Küster наоборотъ вылущилъ опухоль грудины, а она оказалась между тѣмъ гуммой.

По понятной для всѣхъ причинѣ, я не буду болѣе останавливаться на припоминаніи и перечисленіи ошибокъ при диагностики разбираемыхъ заболеваній. Я полагаю, что и приведенныхъ мною примѣровъ вполнѣ достаточно, чтобы согласиться, какъ подчасъ трудна бываетъ дифференціальная диагностика встрѣчаю-

щихся на грудиахъ и ребрахъ пораженій съ одной стороны, и какъ своевременность и определенность ея необходимы для цѣлой леченія съ другой.

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

Какъ сообщается въ цитируемой мной работе „свойство кровяной сыворотки ко времени появленія пораженія костей бываетъ тоже, что и въ началѣ тифа, она даетъ реакцію Vidal'a, агглютинацію тифозныхъ бацилль. Лейкоцитозъ повышается“.

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

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

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

Въ заключеніе считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить признательности глубокоуважаемому профессору Н. М. Любимову за любезно предоставленный миѣ материалъ и за руководство при моихъ гистологическихъ обследованіяхъ.

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

ЛИТЕРАТУРА:

W e g n e r. Ueber hereditäre Knochensyphilis bei Jungen Kindern. Virch. arch. bd. 50.

Ш в е ц о в ъ. Натолого-анатомическія измѣненія въ эпифизарныхъ концахъ длинныхъ трубчатыхъ костей у младенцевъ при рожденномъ сифилисѣ. Диссертациа 1898 г.

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

R a c h C a r l. Beiträge zur Kenntniss der Syphilitischen Gelenkkranheiten Arch. für dermatologie und syphilis. 1891.

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

К у д р я ш е в ъ. Краткій очеркъ современнаго состоянія вопроса объ остеоміэлитахъ. Военно-медицинскій журналь 1898 г.

Г а г е н ъ-Т о р н ъ и д-ръ Ж е б р о в ск і й. О тифозномъ остеоміэлите. Русскій Хирургический Архивъ. 1902 г.

Проф. В е л ь я м и н о в ъ. Сифилисъ въ Хирургіи. Русскій Хирургический Архивъ 1903 г.

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

T h o m a s C o l e. A case of gumma inside the sternum. The Lancet 1898.

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

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

Г е р м а н ъ Ц е й с м ъ. Руководство къ изученію общаго сифилиса. 1866 г.

Л а н с е р о. Ученіе о сифилисѣ.

А. Г е. Курсъ венерическихъ болѣзней.

Otto Heubner. Сифилисъ въ дѣтскомъ возрастѣ 1896 г.

Дмитревскій. Къ вопросу о чатолого-анатомическихъ измѣненіяхъ костей у душевно больныхъ д. 1865.

А. Ге. Случай самородного перелома ossis humeri сифилитика. Русская медицина 1884 г.

Тарповскій. Сифилитическая семья. Русский Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней 1902 г.

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

Прейсъ. Сифилисъ внутреннихъ органовъ. Медицинская Бесѣда 1893.

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

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

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

Къ вопросу о механическомъ лѣченіи подкожной водянки надрѣзами кожи.

Проф. А. Н. Каземъ-Бека.

Каждому практическому врачу хорошо известно насколько тяжело иметьъ болѣвого хроника, особенно же такого у которого имѣется цѣлый рядъ нарушеній со стороны кровообращенія, дыханія и выдѣлительныхъ органовъ.

Такія нарушенія ведутъ въ большинствѣ случаевъ къ болѣе или менѣе значительному скопленію жидкости въ подкожной клѣтчаткѣ и въ полостяхъ; затѣмъ появляется цѣлый рядъ мучительныхъ припадковъ: одышка, сердцебиеніе невозможность принять удобнаго положенія, а подъ часъ и полная беспомощность болѣвого. Все это заставляетъ и врача съ особеною энергіей взяться за изысканіе мѣръ и примѣнить ихъ, если не съ цѣлью полнаго возстановленія здоровья болѣвого, то покрайней мѣрѣ облегченія его страданій.

Къ числу мѣръ съ только что указанною цѣлью и нужно отнести и предлагаемый въ послѣднее время старый способъ лѣченія подкожныхъ водянокъ надрѣзами кожи. Несмотря па то, что этотъ способъ ведетъ свое начало отъ Гиппократа и несмотря на ту пользу которую видѣлъ самъ Гиппократъ и многіе другіе авторитеты того времени, однако этотъ способъ вскорѣ былъ оставленъ. Оставленъ онъ былъ благодаря многимъ неудачнымъ случаямъ, гдѣ больные погибали отъ различныхъ осложненій, присоединившихся къ сдѣланному разрѣзу кожи (гангрена, рожа, общее зараженіе и т. п.).

Такія осложненія надо полагать обусловливались главнымъ образомъ не знаніемъ врачами того времени правилъ асептики и антисептики. Неудачные же исходы оперированныхъ больныхъ, конечно, не могли не отразиться и на самихъ врачахъ, что и повело

въ концѣ концептъ къ полному почти забвению этого метода, именно до второй половины XIX столѣтія, когда народилось учение объ антисептическихъ раневыхъ поверхностей.

Введение нового метода лѣченія и хирургическую практику и указало врачамъ на истинную причину частыхъ неудачъ такого метода и заставило ихъ, во 1-хъ, съ большимъ довѣріемъ отнести къ нему, а во 2-хъ, заняться разработкой и самого метода. Благодаря устаковавшемуся новому взгляду на лѣчение ранъ и самое усовершенствование метода лѣченія подкожной водянки состояло собственно главнымъ образомъ въ томъ, чтобы обезопасить прежде всего рапевую поверхность кожи отъ загрязненія извѣніи и поставить стокъ жидкости изъ разрѣзовъ въ такія условія, чтобы послѣдня не вызывала раздраженія кожи и смачиваниемъ бѣлья меныше давала бы поводовъ къ развитію нечистоты вблизи рапевой поверхности.

Съ указанною цѣлью и были предложены простыя иглы отъ Правацевскаго шприца и золотыя для устрапенія окисленія; капиллярный троакаръ Southey'a, плоскій металлический троакаръ Curschmann'a¹⁾, съ нѣсколькими отверстіями на наружной трубѣ, дренажная резиновая трубка Furbringer'a²⁾, вводящаяся подъ кожу чрезъ обыкновенныи троакаръ, подсочка Способукоцкаго³⁾, вводящаяся непосредственно чрезъ разрѣзъ въ кожѣ.

Наконецъ были предложены и такие аппараты, которые, удовлетворяя указаннымъ цѣлямъ,—стоку жидкости изъ кожи и отведенію ее въ сторону,—въ тоже время не вызывали бы раздраженія кожи и не причиняли боли, что обыкновенно замѣчается при введеніи подъ кожу напр. троакаровъ.

Въ 1882 г., изъ клиники проф. Liebermeistera, Straubомъ⁴⁾ и былъ предложенъ свой способъ лѣченія подкожныхъ водянокъ, который удовлетворялъ указаннымъ только что цѣлямъ.

Способъ его состоялъ въ томъ, что онъ на разрѣзъ, проведенный чрезъ всю толщу кожи, укрѣплялъ широкій конецъ стекланой воронки, на узкій же конецъ надѣвалъ резиновую трубку и соединялъ ея съ приемникомъ.

Со временемъ этотъ способъ имѣлъ подражателей въ лицѣ профф. Leichtenstern'a и Curschmann'a, при чмъ каждый изъ

¹⁾ Curschmann. Behandlung der Handwassersucht. Therapeutische Monatshefte 1891. III.

²⁾ Furbringer. Subcutane Schlangendrainage. Deutsch. med. Wochenschrift 1890. I.

³⁾ Подсочка при водянкахъ сердечного происхожденія. Врачъ № 38. 1899.

⁴⁾ Centralblatt f. klinische Medicina № 25. 1882.

вихъ постарался видоизмѣнить его. Напр. Leichtenstern¹⁾ стеклянную воронку замѣнилъ аллюминіевымъ цилиндромъ, на одно изъ отверстій которого надѣвался аллюминіевой колпачекъ съ заостреннымъ концомъ, предпазначеннымъ для соединенія съ отводящей резиновой трубкой, на другой же конецъ припаявалась пластиночка, которая удерживалась въ конечности въ области разрѣза кускомъ липкаго пластиря.

Curschmann²⁾ же стеклянную воронку замѣнилъ стеклянныи цилиндромъ, на верхній конецъ которого надѣвался колпачекъ изъ твердаго каучука; послѣднему онъ придалъ форму кровососной банки съ вытянутымъ концомъ, который и соединялся съ отводящей жидкость резиновой трубкой.

Очень близкимъ по видоизмѣненію съ только что указаннымъ аппаратомъ Curschmann'a, а особенно съ поздѣйшимъ, 1892 года, Leichtenstern'a³⁾ и названнымъ имъ „Gummibandage“, стоитъ предложенный въ 1900 году проф. Дегіо⁴⁾ новый аппаратъ и названный имъ Trichterbinde.

Устройство аппарата слѣдующее.

Въ резиновый бинтъ шириной 10 сен. и длиной 120 впаяется, на разстояніи 20 с. отъ одного изъ концовъ бинта, резиновая же воронка, 8 сант. шириной, переходящая на своеѣ противоположномъ концѣ въ толкую трубку, которая и служить для отвода жидкости, собирающейся въ воронкѣ; съ боку воронки имѣется влажной еще другая трубка, предназначенная для промыванія воронки и отводящей трубки въ случаѣ ея закупориванія. Остальная часть бинта, почти до самой воронки, раздѣлена на двѣ равныи части и служить для укрѣпленія части бинта съ воронкой на болѣчности непосредственно надъ надрѣзами кожи. Примѣненiemъ этого бинта устраняется загрязненіе раны отъ окружающаго воздуха и отъ смачиванія бѣдья.

Проф. Дегіо самъ указываетъ па сходство его приспособления кожной водянки съ принципомъ Curschmann'a, но онъ думаетъ только, что замѣна стеклянного колпачка въ его аппаратѣ резиновой воронкой гораздо удобнѣе.

¹⁾ Schurz. Mechanische Behandlung der Hautwassersucht. Therapeut. Monatsheft. 1895. I.

²⁾ I. e.

³⁾ Schurz. Therapeutische Monatshefte 1895. I. стр. 4.

⁴⁾ St. Petersburg. medic. Wochenschrift. № 51. 1900 Jahr.

На конгрессѣ по внутреннимъ болѣзнямъ 9 Іюля 1902 г. въ Берлине Dr. Citron¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о новомъ приборѣ для механическаго лѣченія подкожныхъ водянокъ.

Приборъ dr. Citronа есть собственно видоизмененіе аппарата Miura, предлагавшаго на крестообразный разрѣзъ кожиставить стеклянныи рожокъ, на тонкій конецъ котораго наѣдалась отводящая жидкость трубка. Citron же видоизмѣнилъ этотъ аппаратъ такимъ образомъ, что отводящую жидкость трубку онъ помѣстилъ у основанія рожка, а затѣмъ соединилъ съ аспираціоннымъ аппаратомъ. Сдѣлавъ 30 инцизій и 70 аспирацій Citron остался очень доволенъ полученными результатами. При этомъ способѣ отеки быстро исчезали и общее состояніе улучшалось.

Изъ этого далеко еще не полнаго очерка²⁾ можно уже видѣть насколько несовершенъ способъ механическаго лѣченія подкожныхъ водянокъ.—Предлагается масса всевозможныхъ способовъ, простыхъ и сложныхъ, по пѣти такого, которымъ могъ бы пользоваться всякий въ случаѣ нужды, безъ опасенія счастье неудачный исходъ такого вмѣшательства въ выборѣ именно этого способа, а не другого, обезпечившаго можетъ быть его отъ осложнений. Да трудно, мѣжду прочимъ, сказать и въ будущемъ появлѣнія такого способа, трудно потому, что тѣ осложненія которыхъ наблюдаются при такомъ лѣченіи, по моему мнѣнію, зависятъ не столько отъ самого способа, сколько отъ другихъ причинъ, кроющихся въ самомъ больномъ. Большое влияніе на состояніе ранъ при дальнѣйшемъ ихъ заживленіи, за исключеніемъ инфекціи, оказываетъ весомѣнное влияніе состояніе кожи до операциіи, затѣмъ причины вызвашія водяноку, возрастъ больного и т. д.

При лѣченіи своихъ больныхъ я пользовался большею частью глубокими надрѣзами кожи во всю ее толщу по Furbringer'у³⁾ и Gerhardt'у⁴⁾; надрѣзы дѣлались съ наружной и внутренней сто-

¹⁾ Centralblatt f. Innere Medici № 27. 1902.

Желающихъ ознакомиться съ полнымъ историческимъ очеркомъ механическаго лѣченія подкожной водяноки отъ Гиппократа до 1900 г. отсылаю къ статьѣ Dr. Gumprecht'a. Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie №№ 1, 2 и 3 1899 г.

²⁾ Deutsch. Medicinisch. Wochenschrift. 1890. XII.

³⁾ C. Gerhardt. Ueber Einstiche in das Unterhautbindgewebe. Deutsch. medic. Wochenschrift № 7. 1892.

ровъ голени, паль мышцами, отступя нѣсколько впереди. Въ некоторыхъ случаяхъ на каждой ногѣ дѣлалось по два надрѣза, въ некоторыхъ же только по одному съ наружной стороны голени,— все зависѣло отъ того какъ велика былъ отекъ и насколько тяжело было состояніе больного.

Указанное мѣсто для надрѣзовъ кожи я выбралъ потому, что при такомъ надрѣзѣ жидкость, стекая сзади мышелокъ по пяткѣ, на меньшемъ пространствѣ смачиваетъ кожу.— Съ цѣлью же предупрежденія раздраженія кожи вытекающею жидкостью, я всю нижнюю треть голени и стопу смазывала борной или цинковой мазью. Этимъ же достигалось еще уменьшеніе раздраженія кожи, наблюдавшееся въ большинствѣ нашихъ случаевъ, отъ чрезмѣрнаго ея растяженія.

Разрѣзы дѣлались не болѣе одного сантиметра въ длину.

Передъ операцией конечности обмывались мыломъ, больнымъ же достаточно еще крѣпкимъ дѣлалась ванна, затѣмъ конечность обмывалась сулепомъ и спиртомъ.

Послѣ разрѣза ранка оставалась очень короткое время только прикрыта іодоформнымъ газомъ съ тѣмъ, чтобы дать возможность стечь кровянистой жидкости и такимъ образомъ предупредить свертываніе крови въ ранѣ. Послѣ того какъ начинала вытекать уже неокрашенная жидкость, ранка снова обтиралась спиртомъ и закрывалась антисептической или же асептической повязкой, въ 1-омъ случаѣ большую частью примѣнялась іодоформная марля.

Положеніе послѣ операции больные занимали обыкновенно сидячее въ креслѣ съ опущенными конечностями, при чемъ ступни ногъ помѣщались на тазомъ па положенныхъ поперекъ его двухъ лубкахъ, обмотанныхъ стерильной ватой и марлей.

Такимъ приспособленіемъ устраивалось вымачивание ступней въ обильно стекавшей въ тазъ жидкости.

Такое положеніе больные занимали не болѣе 10—12 часовъ. Благодаря обильному стечению жидкости за этотъ періодъ, въ большинствѣ нашихъ случаевъ, больные получали пастолько быстро улучшеніе въ общемъ состояніи, что они послѣдующее время проводили уже лежа въ постелѣ.

При лѣченіи своихъ больныхъ я примѣнялъ кромѣ того плоскій металлический троакаръ Curschmann'a и бинтъ проф. Дегіо.

Пользованіе троакаромъ Curschmann'a представляетъ большія удобства, но, къ сожалѣнію, мои больные не могли переносить его, такъ какъ съ введеніемъ подъ кожу троакара они ощущали очень сильныя боли, почему на отрѣзъ и отказывались отъ повторныхъ введеній.

Наконецъ такой троакаръ легко закупоривается и получается такимъ образомъ задержка въ оттокѣ жидкости, что и наблюдалось мной въ одномъ случаѣ и другими авторами на болышею числѣ случаевъ (Шварцъ¹⁾ Броде²⁾ и др.)

Броде, примѣнняя металлический троакаръ въ 6 случаяхъ подкожной водянки, пришелъ къ такому заключеню: „успѣхъ былъ не всегда хороши, иногда даже случалось, что жидкость совсѣмъ не вытекала“ (стр. 20). Такое же явленіе наблюдалъ д-ръ Броде и при дреаированіи подкожной клѣтчатки по способу Prof. Fürringer'a. Вотъ въ какихъ выраженіяхъ оно даетъ характеристику этому способу: „но и тутъ мы не могли оставаться довольны всегда результатами; скажу еще болѣе, наши попытки большою частью оставались, къ нашему удивленію, совершенно безуспѣшными“. Что же касается бинта проф. Дегіо, то, пробуя примѣнять его въ 2-хъ случаяхъ, я, къ сожаленію, не могъ получить такихъ блестящихъ результатовъ, какіе описываются имъ и ассистентомъ его д-ръ Броде. Бинтъ наложенный на разрѣзъ, сдѣланніе согласно указаніямъ ихъ на передней поверхности голени, приходилось по прошествіи нѣкотораго времени, 6—8 часовъ, снимать и замѣнятъ асептической повязкой.—Я былъ вынужденъ это ~~сдѣлать~~ въ силу того, что у больныхъ развивался значительный венозный застой въ копечностяхъ, что въ свою очередь вело къ увеличенію отека и появленій въ нихъ очень сильныхъ болей; жидкость же выдѣлялась черезъ воронку въ очень незначительномъ количествѣ.

Только что указанное явленіе обусловливалось въ одномъ случаѣ закупориваніемъ отводящей жидкость трубки и самой ранки, въ другомъ же случаѣ вѣроятно отъ того наложеннаго бинта; по ослаблениіи бинта въ этихъ случаяхъ правда вѣсколько уменьшалась болезненность въ конечности, но въ тоже время жидкость вытекала помимо воронки, изъ подъ бинта. Такъ что цѣль этого способа—отводить жидкость въ сторону и устраивать смачивание бѣлла—у меня и не достигалась.

Во всякомъ случаѣ, не умаляя нисколько значенія этого метода при такомъ ограниченнѣи примѣненіи его, я хочу только сказать, что пользованіе имъ далеко не такъ просто и требуетъ извѣстнаго навыка, а главное постоянного наблюденія за положеніемъ его на конечности. Необходимо то ослаблять бинтъ, то немногого подтягивать, въ противномъ случаѣ или жидкость не будетъ вытекать въ достаточномъ количествѣ черезъ воронку или же она будетъ просачиваться изъ подъ бинта.

¹⁾ Клиническій Журналъ № 6. 1900 г.

²⁾ Русскій Архивъ т. XII. в. I.

Во всякомъ случаѣ простой разрѣзъ кожи съ наложеніемъ повязки тамъ, где требуется быстрое освобожденіе больного отъ отека и где нельзя поставить его подъ постоянное наблюденіе—заслуживаетъ по моему мнѣнію предпочтенія всѣмъ другимъ способамъ и въ частности способу проф. Дегю.

Къ такому же заключенію пришелъ и Schurz¹⁾ послѣ того какъ въ клинику проф. Leichtenstern'a были перепробованы троакаръ Southey'a, Trichterdrainage Leichtenstern'a. Пришло въ концѣ концовъ перейти къ старому способу, простому разрѣзу кожи съ наложеніемъ повязки.

Всѣхъ больныхъ подъ моимъ наблюденіемъ было 14, изъ которыхъ 6 находились въ Александровской городской больницѣ, остальные же изъ частной практики.

Въ возрастѣ отъ 12—24 лѣтъ было четверо, отъ 42 до 57 патеро, отъ 62 до 67—четверо и 75 лѣтъ одинъ.

Случай 1-й. Л.—нъ, 13 лѣтъ въ 1888 году заболѣлъ инфлюэнцией, это было въ 1-й разъ когда я видѣлъ больного. У больного врожденный порокъ сердца, незакрытіе Баталова протока.

Инфлюэнція съ нѣкоторыми послабленіями тянулась мѣсяцъ, а затѣмъ появилось осложненіе со стороны сердца—эндокардитъ, послѣдствіемъ чего явилось суженіе и недостаточность лѣваго венознаго отверстія.

Мѣсяцъ спустя у больного развивается плевро-иневмонія правой стороны и перикардитъ, спустя двѣ недѣли отъ начала нового осложненія физическое исследованіе больного дало слѣдующую картину; поперечный размѣръ сердца,—вправо граница на одинъ сантиметръ переходитъ сосковую линію, вѣво до передней подмышечной линіи, сверху до 2-го ребра; площадь тупого звука имѣеть 3-хъ угольную форму; при выслушиваніи у верхушки сердца замѣчается пристолическій шумъ и менѣе интенсивный систолическій; въ art. pulmonalis и въ аорте систолическій шумъ, выслушиваемый на мѣстѣ легочной артеріи наиболѣе интенсивно; пульсъ частъ, 120 въ 1', нѣсколько аритмиченъ. Къ 12 дню заболѣванія, пневмонический фокусъ въ центрѣ верхней доли легкаго разрѣщается, но остается при этомъ рѣзко выраженный эксудативный плевритъ; сзади граница тупого звука на серединѣ внутренняго края лопатки. Шейныя вены, туловища и верхнихъ конечностей сильно переполнены кровью; венозный пульсъ замѣтенъ и на венахъ грудной клѣтки.

Спустя 1 $\frac{1}{2}$ мѣсяца, несмотря на крайне тяжелое состояніе больного, плевритическая жидкость и перикардіальная всасываются; отеки нижнихъ конечно-

¹⁾ I. c.

стей, распространявшіеся вверхъ до таза, подъ влініемъ дигиталиса, въ перемежку съ Трам Strphantі постепенно исчезаютъ, но исчезаютъ при этомъ не на долго, приходится вновь назначать указанныя сердечные средства.

Такъ продолжалось до Аврѣля мѣсяца 1899 года. Съ этого же времени замѣчается полное недѣйствіе сердечныхъ средствъ (дигиталиса, настойки строфанта, тайного конопельника, кофеина, діуретика и др.).

Послѣ этого больному назначается строгая молочная діэта, но и это оказалось безполезнымъ. Отеки конечностей и брюшной водянка прогрессивно увеличивались; терялась всякая надежда на благопріятный исходъ болѣзни.

Въ виду тяжелаго состоянія больного я сдѣлалъ ему шоверхностныя наѣчки кожи нижнихъ конечностей, на тыльѣ стопы и голени, числомъ до 10 на каждой ногѣ.

До этого у больного мѣстами замѣтно было уже, расстескиваніе эпидермиса и просачивание жидкости. Жидкость, благодаря наѣчкамъ въ первое время начала быстро стекать, соответственно этому замѣчалось и уменьшеніе отековъ; въ первые дни замѣтно исчезъ отекъ на голеняхъ, а въ слѣдующіе дни можно было констатировать уменьшеніе и брюшной водянки съ исчезновеніемъ которой быстро начала проходить отечность и конечностей.

Па 6-ой день послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ отеки исчезли совершенно.

Параллельно съ уменьшеніемъ отековъ замѣчалось улучшеніе и со стороны сердца; влѣво-границы были между сосковой и подмыщечной линіями, вправо между грудиной и предгрудинной линіями. Пульсъ 90—100 въ 1'. Наполненіе венъ меньше; венный пульсъ на шеѣ по прежнему, но слабѣе выраженъ.

Состояніе здоровья больного послѣ этого замѣтно улучшилось и отеки не появлялись до вставанія его съ постели. Послѣ того какъ больной достаточно окрѣпъ, черезъ мѣсяцъ, онъ въ состояніи былъ вставать съ постели, по-немногу ходить и даже дѣлать не большія прогулки въ домѣ.

Отеки нижнихъ конечностей за все время, до Января мѣсяца, слѣдующаго, 1900 года, у больного не развивались ни разу до такой степени, чтобы нужно было прибегнуть къ надрѣзамъ кожи. Появившіеся за этотъ періодъ отеки легко уступали назначаемымъ сердечнымъ средствамъ: дигитализу, строфантусу и тайному конопельнику.

Въ Январѣ же мѣсяцѣ у больного снова появляются отеки, которые не уступаютъ уже ни одному изъ назначаемыхъ фармацевтическихъ средствъ а также безъ всякаго результата остается и молочная діэта.

На этотъ разъ я ему сдѣлалъ уже по два глубокихъ, во всю толщу кожи, разрѣза на каждой ногѣ надъ мышелками.

Спустя 4—5 дней отеки исчезли совершенно, соответственно чему улучшилось и общее состояніе больного; пульсъ замедлился до 90 въ 1', дыханіе стало рѣже, больной могъ спать, привыкъ горизонтальное положеніе.

Сравнительно хорошее состояние продолжалось до мая месяца. Въ маѣ же мѣсяцѣ длительность сердца быстро ослабѣла, снова появляется отекъ и болезнѣ склончался отъ паралича сердца.

Случай 2-й. С—въ 42 лѣтъ, жалуется на кашель, покивавшій у него въ 1886 г., послѣ сильнаго легочнаго кровотечения. Больной по временамъ ощущалъ лихорадочное состояніе, при чёмъ измѣряя т. въ дни плохого самочувствія, обнаруживалъ повышеніе температуры до 38—утромъ и 39 вечеромъ.

Такое состояніе здоровья, продолжалось мѣсяцъ, а иногда и болѣе; подъ влияніемъ соответственнаго лѣчепія и образа жизни сбываюлось па лучшее.

Больной снова могъ заниматься своими дѣлами до слѣдующаго легочнаго кровотеченія, которое каждый разъ ухудшало состояніе больного и съ тѣмъ назадъ, увидѣвъ его, я могъ констатировать новое явленіе—это отекъ подкожной клѣтчатки нижнихъ конечностей около ладыжекъ и въ меньшей степени на голени.

За эти 3 года (1886—1889 г.) я наблюдалъ больного неріодически; постояннаго жительства въ г. Казани больной не имѣлъ, а обращался ко мнѣ за помощью или въ то время, когда чувствовалъ себя особенно тяжело или же когда бывалъ въ городѣ по своимъ дѣламъ.

Въ первое же посѣщеніе больного я могъ констатировать у него туберкулезъ верхушекъ легкихъ: пониженіе верхушекъ, притупленіе звуковъ, бронхіальныи выдохъ въ надлопаточныхъ областяхъ, продолженное выдыханіе подъ обѣими ключицами, при чёмъ въ дыхательныхъ шумахъ присыпалось значительное количество звучащихъ мелкихъ и средние пузирчатыхъ хризовъ.

Что же касается состоянія больного, относящагося въ моменту предпринятаго мною механическаго лѣченія подкожной водянки, то оно было слѣдующее. Значительный отекъ нижнихъ конечностей и покрововъ живота; брюшная водянка съ уровнемъ жидкости на палецъ выше пупка и двустороній гидротораксъ, при чёмъ въ лѣвой половинѣ груди жидкости больше.

Состояніе грудныхъ органовъ въ это время было слѣдующее. Подъ правой ключицей имѣются всѣ признаки кавернъ, размѣръ въ куриное яйцо; верхняя же доля лѣваго легкаго представляется инфильтрованной. Границы сердца представляются увеличенными, что отнесено мною на счетъ склонившіеся жидкости въ полости перикардіума, вслѣдствіе общей азартины. Пульсъ частый 110—118; наполненіе артерій очень малое.

Моча содержитъ бѣлокъ 2,0—*pro mille*; въ осадкѣ значительное количество темно-зернистыхъ цилиндровъ и кромѣ того по одному и по два на препаратѣ попадаются восковидные цилиндры. Температура колеблется между 38,5 утромъ и 39° вечеромъ.

На основании данныхъ изслѣдованія діагнозъ былъ поставленъ слѣдующій:
Tuberculosis pulmonum; nephritis paroxysmatacosa chronica et amyloides.

Общее состояніе больного было очень тяжелое, внутренняя терапія при этомъ не оказывала никакого дѣйствія, почему и было прибѣгнуто, чисто въ цѣляхъ облегченія страданія больного, къ механическому лѣченію водянки. Съ этой цѣлью мною было сдѣлано два глубокихъ разрѣза, во всю толщину кожи, по обѣимъ сторонамъ голени, надъ ладижками и нѣсколько поверхностныхъ наѣздецъ на тылѣ стопы ногъ.

Послѣ разрѣза, въ первые двое сутокъ, замѣчалось обильное истеченіе жидкости; затѣмъ истеченіе становилось медленнѣе и на 5 сутки прекратилось совершенно; аназарка исчезла безслѣдно.

Спустя сутки послѣ разрѣза больной почувствовалъ значительное облегченіе, дыханіе стало свободнѣе, больной можетъ теперь лежать въ постель. Такое состояніе у больного продолжалось около трехъ недѣль, послѣ чего оно рѣзко и внезапно измѣнилось. Больной скончался отъ уремического припадка, спустя трое сутокъ отъ начала его появленія.

Случай 3-й. Въ въ 48 лѣтъ. Въ 1898 году заболѣлъ воспаленіемъ почекъ и вскорѣ получилъ воспаленіе праваго легкаго; въ 1899 году правоосторонній параличъ; до Августа 1900 года отековъ нижнихъ конечностей не было. Больной передъ первымъ заболѣваніемъ сильно злоупотреблялъ спиртными напитками; въ теченіи 10 лѣтъ пилъ зацоемъ.

Больного я видѣлъ въ 1-ый разъ въ Май мѣсяцѣ 1901 года, состояніе его здоровья было сдѣшущее. Единственно возможное положеніе для больного это сидячее въ креслѣ; парезъ правой верхней и нижней конечностей; очень большой отекъ нижнихъ конечностей, особенно парализованной стороны; кожа на голенихъ, спереди, воспалена и мѣстами треснула, вслѣдствіе чего замѣчается просачивание жидкости.

Дыханіе частое, неровное, пульсъ 120 въ 1'. Сердечный толчокъ въ 6 межреберья на сесковой линіи. Границы легкихъ сзади повышенны до угла лопатокъ. Размеры сердца увеличены: вправо до l. parasternalis, влѣво же между l. mammilaris et axillaris anterior. Тоны сердца глухи. Дыхательные шумы ослаблены, съ неопределенымъ характеромъ, благодаря присутствію большого количества сухихъ и влажныхъ хриповъ. Асцитъ, уровень жидкости на 2 пальца выше пупка. Мочи выдѣляется мало, содержитъ 1,5%, въ осадкѣ много гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Больной до этого времени много лѣчился и состояніе его было признано совершенно безнадежнымъ; и дѣйствительно оно было на столько тяжелымъ, что трудно было расчитывать на хороший исходъ, почему мною и было предло-

жено, какъ *ultimum refugium*, сдѣлать разрѣзъ кожи. На каждой ногѣ выше мышечного бугра были сдѣланы надрѣзы кожи во всю ея толщину длиною въ одинъ сантиметръ.

Черезъ двое сутокъ отеки значительно уменьшились, жидкость изъ брюшной полости и груди исчезла совершенно. Количество мочи за это время рѣзко увеличилось а также уменьшилось и выдѣленіе бѣлка.

На 6 сутки въ мочѣ Геллерова пробы даютъ только муть.

Больной совершенно ожилъ, онъ могъ лежать въ постели спустя уже сутки послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ кожи, а когда жидкость совершенно стекла, могъ принимать лежа въ постели всевозможныхъ положеній. Ранки кожи по прекращеніи истеченія жидкости скоро зарубцевались и больной спустя мѣсяцъ могъ сойти съ 3 этажа своей квартиры и отправиться въ баню.

Хорошее состояніе здоровья продолжалось въ теченіи 11 мѣсяцевъ. За это время больной занимался своимъ дѣломъ; два раза въ день ему приходилось входить по лѣстницѣ въ 3-ій этажъ безъ особенного затрудненія. Незначительные же отеки и одышка, появлявшіеся за этотъ промежутокъ времени, быстро уступали настойкѣ строфанта. Затѣмъ состояніе здоровья начало ухудшаться снова и въ Мартѣ 1902 г. у больного развился пастько значительный отекъ конечностей и аспитъ, что пришлось сдѣлать по одному надрѣзу на каждой ногѣ (8/IV 902). Отеки нѣсколько уменьшились, больной выѣхалъ изъ Казани на пароходѣ въ Астрахань, но доѣхалъ до Саратова. Въ виду ухудшенія состоянія здоровья, приижденіе было вернуться обратно.

14/V 902 г. пришлось сдѣлать одновременно пункцию живота и надрѣзы кожи на конечностяхъ. Состояніе нѣсколько улучшилось, но далеко не совсѣмъ и не на долго; отеки нижнихъ конечностей пропали, но жидкость въ брюшной полости снова скопилась и ровно черезъ мѣсяцъ, VI/14 902, пришлось сдѣлать пункцию живота. Въ Августѣ мѣсяцѣ пункция живота была сдѣлана дважды, при чемъ обнаружена опухоль въ правой половинѣ живота, консистенція плотной съ бугристой поверхностью. Было предположено саркома ретроперитоніальныхъ железъ. Больной скончался 26 Января 1903 года.

Случай 4-й. Б—ва 50 лѣтъ Болѣть 8 мѣсяцевъ. Саркома лѣваго яичника и ретроперитоніальныхъ железъ. За это время сдѣлано 16 пункций живота; только за 2 мѣсяца до смерти развился значительный отекъ нижнихъ конечностей, неспадавший послѣ спорожненія брюшной полости.

Вследствіе значительного отека конечностей и сильныхъ болей въ нихъ сдѣланы, съ цѣлью облегченія страданій, надрѣзы кожи, по два на каждой ногѣ. Благодаря истеченію жидкости, вначалѣ довольно обильному, большая въ состояніи была безъ посторонней помощи перемѣщать конечности съ пола на постель.

Истечениe жидкости изъ разрѣзовъ продолжалось до самой смерти больной, послѣдовавшей отъ основной болѣзни. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ, благодаря разрѣзаніи кожи, больная получила облегченіе своимъ страданіямъ.

Случай 5-й. С—въ рабочий, 62 лѣтъ поступилъ въ больницу 3 Октября 1901 г. со слѣдующими припадками: общая водянка, асцитъ—уровень жидкости достигаетъ пинка; ціанотическое окрашиваніе кожи, особенно выраженное на нижнихъ конечностяхъ и кистяхъ рукъ. Артеріи плеча и височныхъ склерозированы, сильно пульсируютъ. Сердечный толчокъ не видимъ и не опущивается. Границы сердца влѣво на сосковой линіи, вправо на правой грудинной линіи, сверху на нижнемъ краѣ 4 ребра. Тоны сердца чисты, но слабы. Границы легкихъ нормальны; при выслушиваніи замѣчаются въ большомъ количествѣ сухіе хрипы; въ мочѣ слѣды бѣлка, форменныхъ элементовъ въ осадкѣ нѣтъ.

Инспираторная и экспираторная одышка.

Больной считаетъ себя больнымъ два мѣсяца, сначала чувствовалъ сердцебиеніе, затѣмъ спустя недѣлю появилась одышка и вслѣдъ затѣмъ начали быстро развиваться отеки. Сначала отекали ступни ногъ, затѣмъ голени и бедра; сильно отекшими представляются мошонка и penis, въ видѣ почтоваго рожка. Сифилисъ отрицаешь. Алкоголикъ.

Больной до поступленія въ больницу принималъ дигиталинъ и другія сердечные средства и мочегонные, но безъ всякаго результата.

Клинический диагнозъ—arteriosclerosis; myocarditis chronica.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было слѣдующее.

4/x Суточное количество мочи 300 кг. сен. уд. в. 1025. Вѣсъ тѣла 4 п. 15 ф. больной уже сутки принимаетъ Jof. digitalis e 1,0+200,0+kalii acetici 4,0, по 6 столовыхъ ложекъ въ день.

$$5/x - \frac{\text{К. М. } 350}{\text{уд. в. } 1019}; \text{ вѣсъ } 4 \text{ п. } 15 \text{ ф.}$$

$$6/x - \frac{\text{К. М. } 400}{\text{уд. в. } 1021}; \text{ вѣсъ } 4 \text{ п. } 15 \text{ ф.}$$

$$7/x - \frac{\text{К. М. } 300}{\text{уд. в. } 1021}; \text{ вѣсъ } 4 \text{ п. } 14 \text{ ф.}$$

Состояніе больного становится все хуже и хуже; за это время больной лежать не можетъ; положеніе занимаетъ исключительно сидячее. Въ виду чего 7 числа, въ 8 часовъ вечера, больному сдѣлали глубокіе надрѣзы кожи по два на каждой ногѣ, непосредственно надъ мышцами. Больной на всю ночь оставленъ въ сидячемъ положеніи. На слѣдующее утро, 8/x, состояніе больного рѣзко улучшилось; асцитъ исчезъ, мошонка опала, а ровно значительно уменьшился отекъ бедеръ. Одышки почти нѣтъ; вѣсъ тѣла 4 п. $1\frac{1}{2}$ фун.; такимъ образомъ за

12 часовъ вѣсъ тѣла паль на $12\frac{1}{2}$ фунт. Дигиталисъ былъ отмѣненъ передъ надрѣзами кожи.

$9/x - \frac{\text{Кл. М. } 1000}{\text{у. в. } 1020}$ бѣлокъ въ мочѣ исчезъ; вѣсъ тѣла 3 п. 25 ф. отеки исчезли совершенно.

$14/x - \frac{\text{Кл. М. } 700}{\text{уд. в. } 1021}$; вѣсъ тѣла 3 п. 24 ф. Температура тѣла повысилась—до 38°C ; слѣда, ниже ладыжки замѣчается краснота кожи, отечность и болѣзнь при дотрогиваніи. Черезъ 3 дня пришло сдѣлать разрѣзъ въ виду образовавшагося небольшаго абсцесса, послѣ чего быстро началось выздоровленіе и къ 15 числу больной сталъ считать себя совершенно здоровымъ. Больной много снится, можетъ лежать въ постели съ 9го уже числа, слѣдовательно на другій уже сутки послѣ разрѣза кожи.

Улучшеніе и прибавленіе силъ у больного шло день за днемъ и 27 числа онъ вышелъ изъ больницы совершенно здоровымъ, бодрымъ и принялся за свои прежнія занятія. Вѣсъ тѣла за время пребыванія въ больницѣ паль на 21 ф.

По выходѣ изъ больницы, больной стѣ времени до времени приходилъ показыватьсь и покрайней мѣрѣ въ теченіи 3 мѣсяца въ него ни разу не наблюдалось такихъ отековъ, которые требовали бы механическаго лѣченія. Появлявшіеся отеки за этотъ періодъ быстро исчезали подъ влияніемъ дигиталиса.

Случай 6-й. Въ кій 64 л. музикантъ, болѣть 6 лѣтъ одышкой, сердце-бѣніемъ; по временамъ появлялись отеки нижнихъ конечностей, которыхъ подъ влияніемъ лѣченія и проходили; мѣсяца же два назадъ появившіеся отеки нижнихъ конечностей лѣченію уже не поддавались, вслѣдствіе чего больной былъ по-мѣщень мною въ больницу х/10—1900 при слѣдующихъ явленіяхъ. Аназарка, полостная водянка живота и грудной клѣтки; границы праваго легкаго спереди на сосковой и предгрудинной линіяхъ въ 3-мъ межреберьи, на подмышечной средней на нижнемъ краѣ 6 ребра, на лопаточной на вижи. краѣ 8-го ребра; сзади граница края лѣваго легкаго такая же какъ справа; спереди же нижняя граница легкаго на предгрудинной и сосковой линіяхъ на верхнемъ краѣ 3 ребра. Границы сердца влѣво заходятъ за сосковую линію и вправо до грудинной линіи. Верхушечный толчокъ въ 6-мъ межреберьи на передней подмышечной линіи. Сердечные тоны глухи. Пульсъ въ 1' 96. Кожа и видимыя слизистыя оболочки ціанотичны, особенно на нижнихъ конечностяхъ и на предплечьяхъ.

Положеніе больного сидячее съ опершими ладонями въ колѣна.

Сифилисъ не болѣлъ; алкоголь употреблялъ умѣренно.

Выдѣленіе мочи скудное—до стакана въ день, бѣлка въ мочѣ нетъ; сердечные и мочегонныя средства не действуютъ, положеніе больного очень тя-

желое. При такихъ явленияхъ больной былъ положенъ въ больницу и ввиду угрожающихъ жизни припадковъ сердечной астмы и грудной жабы, въ тотъ же день вечеромъ, ему были сдѣланы разрѣзы кожи, по 2, на каждой конечности. Жидкость вытекаетъ очень мало, кожа на мѣстахъ разрѣза очень плотна, при разрѣзываніи получается такое опущеніе какъ будто рѣжешь подошву изъ толстой кожи. На разрѣзы положена повязка; ночью у больного маракальный приступъ, онъ сорваль повязку и началъ бѣгать по палатамъ. На утро жидкость изъ разрѣзовъ не течетъ. Не надолго открывается небольшое истечение жидкости лишь послѣ расширенія разрѣзовъ. За 12 часовъ убыль въ вѣсѣ только $3\frac{1}{2}$ фунта.

Количество же мочи рѣзко увеличивается со дня разрѣза до 26 числа; послѣ же этого собирать мочу не удается; больной ни мочи ни кала не задерживаетъ; общее состояніе тяжелое и черезъ 3 дня наступилъ совершенно неожиданно летальный исходъ.

Вскрытие умершаго больного не было, такъ какъ этому воспротивились родственники больного.

Случай 7-й. Ф-въ. 67 лѣтъ, чернорабочий, жалуется на постоянную одышку и сердцебиеніе въ теченіе года; одышка и сердцебиеніе появляются у больного не только при движеніяхъ, но и въ покойномъ состояніи, принимая временами характеръ астматическихъ припадковъ. Покровы тѣла блѣдны, на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ, на носу—рѣзко цianотичны, видимы слизистыя оболочки также цianотичны. Аназарка развита въ высшей степени; кожа на губахъ воспалена, покрыта коростами и видны расчесы. Верхушечный толчекъ ощущается въ 6-мъ межреберьи на два пальца влѣво отъ сосковой линіи. Периферическіе сосуды склерозированы. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ показало. Легкія,—границы, праваго:—верхушка выстоитъ надъ ключицами на 4 сантиметра; нижняя граница повышенна спереди и сзади; на l. sternalis нижній край 4 ребра, на l. parasternalis верхній край 5 ребра, на l. mammilaris нижній край 5 ребра, на l. axillaris media 6 ребро, на l. scapularis 8 ребро у позвоночника на уровнѣ остистаго отростка 8 груднаго позвонка.

Лѣвое—верхушка выстоитъ на 4 сант., нижнія граница на l. sternalis и parasternalis верхній край 4 ребра, на l. mammilaris на нижнемъ краѣ 4 ребра на l. axillaris media 5 ребра на l. scapularis нижній край 7 ребра и около позвоночника на уровнѣ остистаго отростка 8 груднаго позвонка.

Аускультация легкихъ даетъ на мѣстахъ тупого звука ослабленіе дыханія, на остальныхъ же мѣстахъ везикулярное дыханіе съ примѣсью большого количества влажныхъ крупно и средне-пузырчатыхъ хриповъ.

Сердце:—поперечникъ увеличенъ вправо до грудиной линіи, влѣво за сосковую линію на два пальца; тоны при выслушиваніи глухи, аритмичны, акцентъ на легочной артеріи.

Въ мочѣ слѣды бѣлка. Вѣсъ 3 п. 15 ф.

Клиническій діагнозъ на основаніи данныхъ изслѣдованія—былъ поставленъ слѣдующей: Myocarditis chronicus, arteriosclerosis.

Сначала болѣйкой лѣчилися амбулаторно, но безъ всякаго результата, почему онъ былъ положенъ въ больницу х/13 901 г.; но и въ теченіе 3-хъ сутокъ, не замѣтно было улучшенія въ состояніи его здоровья, наоборотъ оно ухудшалось и дошло до того, что отдѣленіе мочи не было за сутки; пульсъ сдѣлался крайне слабымъ и настолько частымъ, что невозможно было его сосчитывать. Въ виду этого 16-хъ вечеромъ было сдѣлано по одному надрѣзу на каждой ногѣ и положенъ бинтъ проф. Дегю. На утро бинтъ пришлось снять, такъ какъ отекъ нижнихъ конечностей надѣ бинтомъ и ниже, на ступняхъ, рѣзко увеличился. Жидкость совершенно не вытекаетъ черезъ отводныя трубки а просачивается немного изъ подъ бинта; но снятіе бинтовъ оказалось, что отводныя трубки были закупорены сверткомъ, а равно и самыи разрѣзы въ кожѣ. За эту ночь болѣйкой потерялъ въ вѣсъ 3 фунта. Больной жалуется на сильныя боли въ конечностяхъ. Бинтъ снять, па разрѣзы положена антисептическая повязка. Диригались отмѣнѣ, количество мочи за сутки 200 куб. с.

х/18 количество мочи 150 уд. в. 1022, вѣсъ 3 п. 4 ф. (8 за сутки), пульсъ притихъ, въ 1' 60, число дыханій 24. Гидроторакъ исчезъ, а также и часть жидкости изъ брюшной полости. Больной все время лежитъ въ постелѣ.

х/20 901 г. Пульсъ поглощ., 72 въ 1' дыханіе 30 въ 1'. Количество мочи за сутки 10/х 700, х 20=600; отеки почти исчезли—остались лишь очень незначительные на голенихъ, аспизъ исчезъ.

х/26 901 г. больной жалуется на одышку и невозможность лежать въ постелѣ; временами появляются астматические припадки. Въ мочѣ открылся бѣлокъ въ количествѣ 3,0 pro mille; при вымѣщиваніи легкихъ замѣтчается большое количество влажныхъ и сухихъ хриповъ. Слова появляются отеки на нижнихъ конечностяхъ.

Послѣднія однако подъ влияніемъ назначенныхъ сердечныхъ средствъ на этотъ разъ скоро исчезли и больной чувствуетъ себя хорошо; отековъ нѣтъ совершенно, а равно исчезла и одышка. Количество бѣлка въ мочѣ уменьшилось до 1,0 pro mille; 23 Декабря 901 г. вышелъ изъ больницы значительно поправившись.

Случай 8-й. Ир—ва 15 лѣтъ. Въ детствѣ страдала суставнымъ ревматизмомъ. Пять лѣтъ тому назадъ болѣла крупознымъ воспаленіемъ легкихъ; въ это же время болѣйка начала страдать сердцебісніемъ; послѣ чего черезъ нѣкоторое время стали появляться отеки ногъ, за послѣднее время сильно увеличившіеся; нерѣдко отекало лицо и появлялись боли въ суставахъ. Про родителей

больная ничего не можетъ сказать, застѣть только, что у нихъ было 17 человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ остались въ живыхъ больная и братъ 23-хъ лѣтъ. Status praesens: костная и мышечная системы плохо развиты, питаніе плохое, кожа и видимая слизистая оболочки блѣдны, на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки спереди, въ области сердца, замѣчается ясно выраженное вымачиваніе. Верхушечный толчокъ сердца ощущается въ 6-мъ межреберьи кнаружи отъ сосковой линіи на два поперечныхъ пальца. Нижній конечности, животъ и лицо отечны, въ брюшной полости жидкость. Чувств. 120 въ 1'. Верхняя граница сердечной ту-пости на 3 ребра, лѣвая на 2 поперечныхъ пальца отъ сосковой линіи, правая на прав. предгрудиной. При выслушиваніи сердца замѣчается у верхушки очень рѣзкий пресистолический шумъ и слабый систолический; второй тональ легоч-ной артеріи усиленъ.

Печень увеличена, плотна, болѣзнина; правый край печени выдается въ подъ реберной дуги на ширину ладони. Выдѣленіе мочи незначительное; за сутки 250—400 к. б. с. у. в. 1025, бѣлка 6%₀₀. Въ осадкѣ гематиновые цилинды.

На основаніи данныхъ исслѣдованій, діагнозъ былъ установленъ слѣд.: insufficiencia et Stenosis ostii venosi sinistri. Больная лежитъ въ больницѣ уже не-сколько разъ изъ за разстройства дѣятельности сердца; подъ влияніемъ сердеч-ныхъ средствъ (digitalis, strophanthus и друг.) компенсація возстанавливается лишь на некоторое время, но въ скоромъ времени снова разстраивается.

3 декабря вечеромъ, въ виду тяжелаго состоянія больной и полной не-дѣятельности сердечныхъ средствъ и другихъ лѣк., предпринятыхъ съ цѣлью облегченія,—больной было сдѣлано на голени, по направлению cristae tibiae два параллельныхъ разреза во всю толщу кожи и положено бинтъ проф. Дегю. Послѣдній вскорѣ же пришлось снять, такъ какъ значительная чувствительность кожи на периферіи разрезовъ и въ самой конечности не позволяла каѣтъ слѣдуетъ приблизить воронку. Жидкость благодаря этому шла мимо воронки. Весь боль-ной до операциіи 2 шуда 24 фунт. Всѣ сердечные средства, примѣнявшіеся до этого довольно продолжительное время, были оставлены.

На другой день послѣ надрѣзовъ, 9-го утромъ, мочи за ночь 290 к. б. с. У. в. 1028, бѣлка 6,0%₀₀; вѣсъ тѣла 2 п. 14 ф. (—10 ф.) Ночь больная пропала по прежнему, сидя въ креслѣ, вслѣдствіе сильной одышки 10, хи 902 г. мочи 350—уд. в. 1025; вѣсъ тѣла 2 п. 11 ф. одышка нѣтъ, первый разъ спала лежа въ по-стелѣ; спереди на лѣвой голени и бедрѣ замѣчается кровоизлѣяніе въ кожу вели-чиною отъ просаенного зерна до горошины. Ощущается боль въ конечности т. у. 36,3, в.—36,5 п. 160; бѣлка 6,0%₀₀.

11/хи Количество мочи тоже, вѣсъ тѣла 2 п. 10 ф., на правой конечности появилось подобное же кровоизлѣяніе въ кожу, какъ и на лѣвой т. у. 36,3; в. 36,4, п. 102.

12/хп Мочи 400—у. в. 1025, весь тела 2 п. 8 ф. отеки конечностей не значительны, в животе жидкости нетъ, почь спала спокойно. т. у. 36,3; в. 36,7 п. 102—110.

13/хп Мочи 450—у. в. 1025—весь тела 2 п. 8 ф. т. у. 36,3 у. в. 36,8 п. 106—108.

14/хп Мочи 400—у. в. 1022; весь тела 2 п. 7 ф.; т. у. 36,4; в. 36,8. п. 104—108. Самочувствіе хорошее, больная спитъ въ лежачемъ положеніи, жалуется только на боль въ разрѣзѣ.

15/хп Мочи 600 у. в.—1020; весь тѣла 2 п. $6\frac{1}{2}$ ф., т. у. 36,5. в. 36,6.

16/хп Мочи 500; у. в. 1020; весь тѣла 2 п. 7 ф. т. у. 36,3—в. 37; п. 106—110.

17/хп. Мочи 350 у. в. 1022; весь тѣла 2 п. $7\frac{1}{2}$ ф. т. у. 36,4 в. 37 п. 103—112 бѣлка 2,0%_{on}.

18/хп. Мочи 380—у. в. 1022, весь тѣла 2 п. 8 ф. т. у. 36,2 в. 37 п. 100—114.

19/хп. Мочи 250 у. в. 1024, весь тѣла 2 п. 8 ф. т. у. 38,7; в.—38,7 п. 120.

20/хп. Мочи 500 у. в. 1021; весь тѣла 2 п. 6 ф. т. у. 37,7—38,3 п. 110.

Повышеніе температуры наступило одновременно съ замѣченіемъ измѣненіемъ раны, въ послѣдній и по периферіи воспалительный процессъ съ омертвленіемъ подкожной клѣтчатки. Температура въ указанныхъ гравицахъ держится $1\frac{1}{2}$ недѣли, послѣ того какъ отдѣлилась омертвѣвшая ткань и началось рубцеваніе язвы температура спала и больная начала себя чувствовать удовлетворительно.

Спустя мѣсяцъ больная могла уже ходить по комнатамъ и въ Апрѣль мѣсяцѣ настолько поправилась, что выписалась изъ больницы. При выписки изъ больницы количество бѣлка=0,5%; хорошее состояніе наблюдалось до Июня; За время проведенное дома больная периодически принимала сердечные средства. Въ Іюль же мѣсяцѣ больную снова привезли въ больницу въ очень тяжеломъ состояніи съ растѣстворомъ компенсаціи дѣятельности сердца, где она вскорѣ и скончалась 25 Июля 1902. Вскрытия произведено не было.

Случай 9-й. Е—жъ 65 л. Десять лѣтъ страдаетъ припадками грудной жабы, вначалѣ проявлявшимися въ слабой степени и только въ послѣдніе три года (1896—99) припадки стали частыми, сильными и продолжительными. У больного рѣзко выраженный артериосклерозъ съ послѣдующими измѣненіями со стороны сердца, увеличеніемъ лѣваго желудочка и цилиндрическимъ расширениемъ восходящей аорты. Съ Сентября 1899 года у больного въ первой разѣ появляется отекъ нижнихъ конечностей, припадки грудной жабы и кардіальную астмы становятся все сильнѣе, не покидая больного по цѣлымъ суткамъ. Не смотря на терапію отеки увеличивались и достигли къ 11 Ноября такихъ размѣровъ, что положеніе больного сдѣлалось крайне тяжелымъ. Выдѣленіе мочи скудное, послѣдняя содержитъ слабые слѣды бѣлка.

Въ виду недѣятельности примѣнившихся до сихъ поръ цѣлаго ряда сердечныхъ и мочегонныхъ средствъ, я сдѣлалъ на обычномъ мѣстѣ надрѣзъ кожи, по два на каждой конечности. За ночь обильное истечение жидкости; отеки кожи уменьшились, наступило значительное облегченіе и въ отношеніи сердечныхъ припадковъ. Спустя trois сутокъ отеки исчезли и хорошее состояніе продолжалось въ теченіи 15 сутокъ; ранки отъ надрѣзовъ на правой конечности закрылись. Затѣмъ снова появляется одышка, развиваются отеки на нижнихъ конечностяхъ, а въ мочѣ открывается блокъ 1,0%, въ осадкѣ гіалиновые цилиндры. Отекъ, не смотря на приемы сердечныхъ средствъ, увеличивается; лѣвая конечность меньше отечна, такъ какъ жидкость по немногу выходитъ изъ незакрывшейся ранки, на другой же ногѣ ранки зарубцевались, почему 15 Декабря на этой конечности и было сдѣлано вновь разрѣзъ кожи. Опять обильное истечение жидкости и рѣзкое улучшеніе общаго состоянія. Выдѣленіе мочи увеличилось, блокъ слѣды. Такое состояніе поддерживалось назначеніемъ *Digitalis dialysati* Golaz'a по 15 капель 3 раза въ день, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ; послѣ чего наступило новое ухудшеніе въ состояніи здоровья больнаго; появились очень сильные припадки грудной жабы, отеки уже не проходили подъ влияніемъ сердечныхъ средствъ, а сдѣленные надрѣзы кожи въ 3-й разъ мало облегчили на этотъ разъ страданія больнаго и онъ скончался во время одного изъ припадковъ грудной жабы весною 1900 г.

Случай 10 й. Б-дт 42 л. инженеръ. Значительное развитіе аназарка; отекъ мошонки и полового члена; брюшная водянка и грудина. Сильная одышка и сердцебіеніе; дыханіе 50 въ 1', пульсъ 120. Со стороны легкихъ опредѣляется разлитой бронхитъ; со стороны сердца—увеличеніе границъ въ право до грудины правой; вѣтвь на пальце переходитъ сосковую линію. Тонки сердца у верхушки глухи, безъ шумовъ, только 2-ой тонъ въ аортѣ усиленъ; периферические сосуды пульсируютъ; пульсовая волна среднаго наполненія, периферическая артерія плетны. Въ мочѣ блокъ 6,9 *per mill*; въ осадкѣ много гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Астматическіе приступы не даютъ больному спать; положеніе вынужденное, сидячее, съ опершими руками въ колѣна. Больному назначено строгое молочное лѣченіе и внутрь *Digitalis dialysat*. Golaz отъ 10 до 15 капель на приемъ 3 раза въ день. Противъ астматическихъ приступовъ *chloral hydrat* по 0,6 на приемъ во время приступа.

Подъ вліяніемъ такого лѣченія у больного начали уменьшаться отеки, увеличилось отдѣленіе мочи и блокъ до—4,0%.

Такое сравнигельно хорошее состояніе продолжалось двѣ недѣли, послѣ чего у больного снова развились отеки и появились астматическіе приступы; отдѣленіе мочи уменьшилось и черезъ 3 сутокъ больной былъ въ прежнемъ тяжеломъ состояніи.

Въ виду такого состояния больного, вставленъ металлическій дренажъ подъ кожу голени правой ноги; за сутки выдѣлилось 2000 куб. с. жидкости; дренажъ вынути; отекъ нѣсколько уменьшился на этой конечности, а также мочевинка и ренія. Для приема внутрь назначена препарата digitalis'a Golaz'a по 10 gtt. 3 раза въ день и Nitretin по 0,5 въ облаткахъ тоже 3 раза въ день. Діуретикъ больной не переносить, появляется тошнота и рвота почти послѣ каждого приема. Общее же состояніе не улучшается; отекъ лѣвой конечности достигъ большихъ размѣровъ, съ цѣлью уменьшения отека введенъ подъ кожу этой конечности металлический дренажъ. За сутки вытекло 1500 куб. с.; въ виду того, что отекъ мало уменьшился на конечности, дренажъ былъ оставленъ еще на 8 часовъ. Спустя 3—4 часа больной почувствовалъ въ этой ногѣ сильную, дергающую боль; истеченіе изъ трубки рѣзко уменьшилось, почему больной, думая, что все это происходитъ отъ закупорки трубки, взялъ въ ротъ стводный конецъ резины начать вдувать воздухъ по направлению къ троакару. Наутро, спустя 8 часовъ послѣ того какъ я видѣлъ больного, я нашелъ конечность въ слѣдующемъ видѣ: рѣзко выраженная краснота голени, боль при дотрагиваніи кожи и при перемѣщеніи ноги; температура 39°. Тотчасъ же троакаръ быть вынутъ и изъ разрѣза кожи начала выдѣляться въ незначительномъ количествѣ кровянистая жидкость, съ теплѣемъ же времени и съ примѣсью гноя; наложенный согревающей компрессъ изъ раствора борной кислоты рѣзко улучшилъ состояніе конечностей; спустя 4 дня все явленія мѣстнаго раздраженія кожи и подкожной клѣтчатки пропали въ нормальное состояніе. Повышенная температура до 38,5 держалась въ продолженіи 2-хъ сутокъ. На лѣвой ногѣ осложнений со стороны ранки не наблюдалось, черезъ 2 сутокъ послѣдняя закрылась.

Не смотря послѣ того на некоторое улучшеніе въ состояніи больного, въ скоромъ времени, спустя 10 дней, оно рѣзко ухудшилось. Отеки начали снова увеличиваться; сдѣланый мню послѣ того надрѣзъ кожи во всю толщину на правой голени, надъ мышцами, хотя и уменьшилъ отечное состояніе, но у больного появились уремические признаки и онъ скончался во время одного изъ нихъ, черезъ 1½ сутокъ послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ.

Случай 11-й. М—въ 24 л. ст. Въ 1899 г. перенесъ тяжелую форму суставнаго ревматизма осложнившагося эндокардитомъ, вслѣдствіе чего у больного развился стенозъ и недостаточность лѣваго венознаго отверстія. Отеки начали развиваться постепенно съ ногъ и достигли большихъ размѣровъ въ теченій 3-хъ недѣль.

При изслѣдованіи больного весною 1901 г. опредѣляется значительный отекъ нижнихъ конечностей и половыхъ частей, брюшная водянка и двусторонній гидротораксъ; рѣзко выраженная желтуха. Одышка, сердцебіеніе, пульсъ до 120 въ 1',

малого наполнения. Положение больного полулежачее въ постели. Изследование сердца показало—значительное увеличение границъ его вправо и влѣво, до II. mammae; верхушечный толчокъ на I. axillaris anterior. sin.

При выслушиваніи у верхушки рѣзкій пресистолическій и слабѣе систолическій шумъ; у основанія мечевиднаго отростка систолический шумъ съ другимъ характеромъ, чѣмъ у верхушки. На шей, справа, рѣзко выраженный венозный пульсъ, тоже самое и на печени; послѣданіе опредѣляется значительное увеличеніемъ; въ мочѣ стѣна бѣлка, выдѣленіе очень скучное, до стакана въ сутки. Распознаніе было установлено слѣдующее: stenosis et insufficiencia ostii venosи sin. et insufficiencia ostii ven. dextri relativa, съ послѣдующими застойными явленіями въ почкахъ и печени.

Больной до моего наблюденія много принималъ различныхъ сердечныхъ средствъ, но безъ всякаго результата; въ виду чего мною было введенъ подъ кожу бедра правой конечности металлическій дренажъ. За 20 часовъ вытекло 2000 куб. с., дренажъ вынутъ и вставленъ подъ кожу другой конечности; за 15 часовъ вытекло 1500 куб. с. жидкости. Больной жалуется на боль въ конечности отъ присутствія дренажа, послѣданій вынуть и больной на отрѣзъ отказался отъ нового введенія. Отекъ нижнихъ конечностей уменьшился, одышка меньше; больной можетъ лежать въ постели. Такое сравнительно хорошее состояніе наблюдалось въ теченіе 1½ недѣль, послѣ чего наступило рѣзкое ухудшеніе,—отеки снова увеличились, понизилось ослабленіе дѣятельности сердца и больной скончался черезъ 3 дня.

Случай 12-й. Б-ц, 12 лѣтъ, боленъ хроническимъ паренхиматознымъ нефритомъ. Приглашенный какъ консультантъ, я могъ констатировать значительный отекъ нижнихъ конечностей, кожи живота и брюшной водянки; кожа на нижнихъ конечностяхъ представляется рѣзко утолщенной; не смотря на значительное увеличение въ объемѣ конечности, ямка при давленіи получается не соответствующей глубины по сравненію съ отекомъ. Со стороны сердца опредѣляется увеличенный лѣвый желудочекъ; верхушечный толчокъ по сосковой линіи на 6 ребра; артеріи плотны, пульсъ напряженный. Шумовъ въ сердце не опредѣляется. Въ виду малаго успѣха отъ предшествовавшаго лѣченія сердечными средствами и наровыми ваннами, было предложено механическое лечение.—введеніе металлическаго дренажа. Подъ кожу правой голени мною было введенъ металлическій дренажъ; спустя 16 часовъ у больного выдѣлилось только 75 куб. с. жидкости, не смотря на то что никакой закупорки трубки или же какихъ либо другихъ причинъ къ этому не было. Въ виду такого плохого результата дренажъ былъ вынутъ—больной былъ подвергнутъ спасающію наровыми ваннами и затѣмъ отправленъ на зиму на Кавказъ. Поправленіе здоровьяшло хорошо, но больной заболѣлъ воспаленіемъ легкихъ и скончался 6 Января 1904 г.

Дренажъ у больного вызывалъ боли въ конечности.

Случай 13. М-ъ, рабочий. Въ 1871 г. болѣлъ суставнымъ ревматизмомъ; въ 1878 г. сифилисомъ; въ 1899 году появляется одышка при движениі и пременія астматического приступа. Появление отека больной замѣтилъ за несколько дней до поступленія въ больницу. 11/х 902 г. при осмотрѣ больного замѣчается значительный отекъ нижнихъ конечностей, кожи живота и скопленіе жидкости въ брюшной полости, выше пупка на два пальца. Больной среднаго роста, съ рѣзко ослабленіемъ питаніемъ; вѣсъ 3 п. 28 ф.

Периферическая артерія, плечевая и височная, пульсируютъ, плотны, извилисты. Границы сердца—верхняя на 3 ребрѣ, лѣвая заходитъ на I сант. соковую линію, правая на срединной линіи. Тонъ сердца у верхушки глухи, систолической и диастолической шумы на аортѣ. Выслушивание легкихъ—большое количество сухихъ и влажныхъ хриповъ. Перкуссія даетъ нормальное звуки и границы, за исключеніемъ лѣваго легкаго спереди, соответственно увеличенію границы сердца. Въ мочѣ незначительные слѣды бѣлка. Diagnosis: arteriosclerosis съ послѣдствіемъ измѣненіемъ со стороны выхода аорты—stenosis et insufficiency ostii aortae.

Больному былъ назначенъ digitalis dialys. Colaz по 10 капель 3 раза въ день; въ теченіи 4-хъ дней приема лекарства количество мочи увеличилось съ 600 до 2000, но затѣмъ начинается уменьшеніе мочи, увеличеніе отековъ и ухудшеніе общаго состоянія больнаго; приемы digitalis увеличены до 15 капель, но безрезультатно.

27/х вѣсъ больнаго 3 п. 24 ф. слѣд. убыль за 15 дней только 4 ф; количество мочи 800; вечеромъ этого дня больному сдѣланы надрѣзы кожи по одному на каждой ногѣ и наложена ассентическая повязка. Спустя 16 часовъ жидкости вытекли въ тазъ 3900 кг. с.; вѣсъ больнаго за это время уменьшился на 13 ф.

29/х суточное количество мочи 1660 уд. в. 1040.

30/х к. м. 2700, у. в. 1008; 31/х к. м. 2200, у. в. 1012.

Количество выдѣляемой мочи, съ 1 октября по 3 ноября колебалось между 1200 и 2400.

Спустя 6 дней послѣ разрѣза отеки исчезли совершенно. Самочувствіе хорошее послѣ первыхъ же сутокъ; больной на слѣдующій же день могъ лежать, появился сонъ, одышка рѣзко уменьшилась; замѣчалась лишь слабость. Больной оставался подъ наблюдениемъ до 3 ноября. Въ виду появившагося незначительного отека при ходьбѣ больнаго по палатамъ, ему назначалось отъ времени до времени указанный препаратъ дигиталиса и послѣдний быстро исчезалъ.

Вѣсъ больнаго при выпискѣ былъ 3 п. 6 фунт; всего больной со дnia надрѣза 27/х по 3/х убыль на 18 фунтовъ.

За время 3/х 902—ш/з 904 больной два раза находился въ больнице, поступилъ каждый разъ съ разстройствомъ компенсаціи дѣятельности сердца, которая

каждый разъ быстро возводился подъ влияниемъ лишь дигиталиса; отеки ни разу не достигали до прежнихъ размѣровъ; со стороны же сердца остаются прежнія измѣненія.

Случай 14. К-въ, 75 лѣтъ. Жалуется на одышку и сердцебісніе, безно-
коюція болѣнія 5 лѣтъ; за этотъ періодъ у него появлялся довольно часто
отекъ нижнихъ конечностей, который проходилъ отъ соответственнаго лечения;
за послѣднее же время, не смотря на продолжительное лечение амбулаторно, отекъ
не проадаешь, а все увеличивается. Спиртными напитками не злоупотреблялъ,
сифилиса не имѣлъ. За мѣсяцъ до поступленія у больного былъ 1-й инсультъ,
за двѣ же недѣли 2-ой; въ результатѣ парезъ лѣвой половины тѣла.

При поступленіи въ больницу 16/x 902 г. было отмѣчено значительно вы-
раженная аназарка съ водянкой грудной полости и брюшиной, половые части
рѣзко увеличены въ объемѣ, мошонка достигаетъ размѣровъ дѣтской головки.
Кожа и видимыя слизистыя оболочки синюшины. Границы легкихъ спереди и
сзади покинуты; на правой сторонѣ спереди по сосковой линіи на 5 ребрѣ, на
среди, подмыщечной на 6 ребрѣ и сзади, по лопаточной, на 8 ребрѣ; на лѣвой
сторонѣ спереди по сосковой 3-ье ребро, на среди, подмыщечной 6 ребро и сзади
на лопаточной 9-ое ребро. Границы сердца—влѣво переходить на два пальца
сосковую линію, вправо до прав. грудинной. Верхушечный толчокъ въ 6 меж-
реберьи; периферическая артерія (brachialis, temporalis) плотная, извилисты, пуль-
сируютъ.—При выслушиваніи сердца замѣчается—тоны глухи, аратмія. При вы-
слушиваніи легкихъ замѣчается ослабленіе дыхательныхъ шумовъ на мѣстѣ ту-
пого звука, на другихъ же мѣстахъ выслушивается неопределеннное дыханіе съ боль-
шимъ количествомъ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Дыханіе 40 въ 1', пульсъ 96—
100 въ 1', слабый. Выдѣленіе мочи очень скудное, двое сутокъ нельзя было со-
брать мочи и только послѣ приема digitalis dialysat Golaz по 15 капель 3 раза въ
день, суточное количество мочи были 400 к. с. у. в. 1008; бѣлка моча не со-
держитъ.

Больной, благодаря одышкѣ и громадному отеку, проводить безсонные ночи
въ сидячемъ положеніи. Клинический диагнозъ былъ установленъ слѣдующій: аг-
теросклероз; myocarditis chronicus; hypertrophia ventriculi sinistri. Съ 16 по 22
число больной принималъ указанный препаратъ дигиталиса, но, несмотря на
довольно значительное сут. выдѣленіе мочи (1200—1600 к. с.), отеки все увеличива-
ются, конечности рѣзко цianотичны, особенно стопы, дотрогивание до нихъ очень
болѣзнико; мѣстами замѣчается приподнятіе эпидермиса и скопленіе жидкости—
въ видѣ отдѣльныхъ пузирей. 22 числа въ 8 ч. вечера больному сдѣланы над-
рѣзы кожи, два на правой ногѣ и одинъ спереди на нижней трети берц. кости въ
виду того, что около мышелокъ па этой ногѣ замѣчается гангрекозный очагъ.

За почъ болѣйшей потерялъ въ вѣсѣ 15 ф.; отеки значительно уменьшились, температура тѣла на утро поднялась до 39, тогда какъ до разрѣза она была 35,8. 24 т. у—36,3—в. 36,4; 25 т-у 36,5—в. 37; 26—у 37,3; в. 37,9 и въ послѣдующіе дни температура держится между 36—37.

Съ наденiemъ температуры у больного рѣзко улучшилось самочувствіе, теперь онъ можетъ лежать въ постелѣ; одышка исчезла совершенно; отеки на конечностяхъ остаются только на голени и при томъ не значительные. Исследование грудной клетки и брюшной полости произведенное 29 числа, спустя сѣдмь 7 дней послѣ надрѣзовъ, указало на полное исчезновеніе жидкости изъ полостей.

Отмѣчено одно лишь осложненіе—это образованіе тангрины тоже на лѣвой ногѣ, спереди на стопѣ и сзади мыщелка величиною въ серебряный рубль. Состояніе же ранокъ вполнѣ удовлетворительно, жидкость изъ нихъ по немногу стекаетъ. Больной въ состояніи ходить не много по палатѣ и еслибы не смертвеніе кожи и ощущеніе боли въ стопѣ, то передвиженіе могло быть свободно ица болѣе продолжительное время.

20 ноября, больной былъ переведенъ для дальнѣйшаго лечения, образовавшейся язвенной поверхности и къ этому времени увеличившейся до размѣровъ ладони, иль хирургическое отдѣленіе больницы.

Вѣсъ тѣла больного былъ 3 п. 10 фунтовъ, до разрѣза 4 п. 16 ф. такимъ образомъ за время пребыванія въ терапевтическомъ отдѣленіи вѣсъ падъ на 1 п. 6 ф. Отеки исчезли совершенно. Количество мочи за все время пребыванія больного въ терапевтическомъ отдѣленіи колебалось въ нормальныхъ границахъ. Увеличеніе отдѣленія мочи отмѣчено на слѣдующія же сутки послѣ разрѣза, съ назначеніемъ же дигиталиса Golaz'a количество мочи далеко превышало норму 1800—3500 к. с. Хорошее состояніе больного въ хирургическомъ отдѣленіи продолжалось до января мѣсяца 1903 г.; съ первыхъ же чиселъ января, у больного снова вернулось прежнее состояніе; быстро начали увеличиваться отеки, появилась одышка и значительный упадокъ силъ, больной не можетъ уже ходить по палатѣ, онъ проводитъ все время въ постелѣ. Такое паростаніе слабости продолжалось до 25 числа и больной скончался отъ паралича сердца. Язвенная поверхность за время пребыванія больного въ хирургическомъ отдѣленіи уменьшилась въ размѣрахъ, но совершенно не зарубцевалась.

При вскрытии, кроме данныхъ опредѣленныхъ при жизни больного, найдены еще сморщенія почки.

Анализируя наши случаи нельзя не замѣтить, что всѣ они по теченію были очень тяжелые. Примѣнять надрѣзы кожи приходилось послѣ того, какъ терапія становилась безсильной, а состояніе больныхъ было таково, что скорая помощь, хотя бы въ

смыслъ облегчения ихъ отъ страданій, была необходима. Примѣненія этотъ способъ мы и достигали болѣе или менѣе продолжительнаго облегченія больного отъ тяжелого состоянія во всѣхъ случаяхъ, исключая двухъ, 6 и 12, гдѣ облегченія не получилось, такъ какъ путь надрѣзовъ кожи жидкость, несмотря на большою отекъ, вытекала въ очень скучномъ количествѣ. Только что указанное явленіе наблюдалось между прочимъ Schurz'омъ¹⁾ Degio²⁾ и другими.

Въ одному изъ этихъ случаевъ (6) малое выдѣленіе жидкости черезъ разрѣзы можно объяснить себѣ слабою дѣятельностью сердца, вслѣдствіе чего и послѣдовала смерть больного на 4 сутки, по поступленію его въ больницу; въ другомъ же случаѣ такое явленіе есть очевидно результатъ другихъ причинъ. Единственной маѣ кажется причиной было въ данномъ случаѣ это утолщеніе кожи и ея затвердѣніе.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ, какъ я сказалъ уже, замѣчалось болѣе или менѣе продолжительное улучшеніе въ состояніи здоровья. Въ случаѣ 1 отекъ послѣ 1 надрѣза вѣ появился въ теченіи 8 мѣсяцевъ, послѣ 2-го 4 мѣсяца; въ случаѣ 3-мъ повторить разрѣзъ пришлось спустя 11 мѣсяцевъ и больной чувствовалъ себя хорошо, могъ заниматься своими дѣлами; въ случ. 5 наступило полное восстановленіе здоровья и больной выписался изъ больницы спустя 20 дней; въ теченіи 3 мѣсяцевъ дальнѣйшаго наблюденія надрѣзовъ повторить не приходилось; въ случ. 7 также наступило значительное улучшеніе вслѣдь за надрѣзами кожи и больной находился подъ наблюдениемъ три мѣсяца и выписался изъ больницы безъ отековъ; въ случаѣ 8 хорошее состояніе наблюдалось у больной 4—5 мѣсяцевъ; въ случаѣ 13 въ теченіи уже 2 лѣтъ не приходилось повторять надрѣзовъ кожи; больной чувствуетъ себя хорошо, временами лишь разстраивается дѣятельность сердца и появляются отеки, которыя легко уступаютъ теперь соответственному лѣченію.

Такимъ образомъ въ отмѣченныхъ случаяхъ улучшеніе въ слѣдъ за надрѣзами кожи наблюдалось въ теченіи 3—24 мѣсяцевъ, въ остальныхъ же случаяхъ оно было менѣе продолжительно, но больные все же получали отъ такого лѣченія рѣзкое облегченіе. Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 2-хъ уже указанныхъ, истеченіе жидкости въ первые сутки бывало болѣе или менѣе значительное, такъ напр. некоторые больные теряли въ вѣсѣ за 12—15 часовъ, отъ 10—до 15 фунтовъ. Такая потеря въ вѣсѣ, на

¹⁾ I. c.

²⁾ I. c.

счетъ конечно стекавшей жидкости, не отражалось дурно на больныхъ. Отдѣленіе мочи въ слѣдъ за надрѣзами въ большинствѣ случаевъ увеличивалось, дыханіе и пульсъ замедлялись. Больные могли спокойно проводить время въ лежачемъ положеніи. Что же касается послѣдующаго заживленія раны отъ надрѣзовъ и осложненій, то въ большинствѣ случаевъ замѣчалось первое ватяженіе и только въ 4-хъ случаяхъ отмѣченіе осложненія (сл. 5, 8, 10 и 14). Въ одвомъ воспалительный процессъ кожи и подкожной клѣтчатки, вслѣдствіе загрязненія канала, въ которомъ помѣщался металлический дренажъ; загрязненіе же произошло, очевидно, благодаря тому приему, который примѣнилъ больной съ цѣлью освободить трубку и дренажъ отъ закупориванія—это продуваніе ртомъ трубки (сл. 10). Въ другихъ же двухъ случаяхъ получилось ограниченное омертвѣніе кожи и подкожной клѣтчатки по периферіи разрѣза (случ. 8) и на большемъ пространствѣ въ сл. 14, у 75 лѣтнаго старика. Въ послѣднемъ случаѣ омертвѣніе кожи не касалось разрѣза. Омертвѣніе въ дланяхъ случаѣ не находилось въ зависимости отъ разрѣза, такъ какъ еще до операции у больного замѣчались такія уже измѣненія, которыхъ указывали на начинающемся гангрену кожи, почему и разрѣзъ былъ сдѣланъ не въ обычномъ мѣстѣ, а въ сторонѣ. Въ случаѣ же 5 образовался небольшой абсцессъ вблизи разрѣза, который очень скоро, всѣдѣ за его вскрытиемъ, зарубцевался.

Основываясь такимъ образомъ на наблюдавшихся мною случаяхъ, я прихожу къ слѣдующему заключенію относительно способа механическаго лѣчепія подкожной водянки.

1) Глубокіе надрѣзы кожи при лѣчевіи водянки есть одно изъ вѣрныхъ средствъ для возстановленія правильнаго кровообращенія.

2) Этотъ способъ показалъ во всѣхъ случаяхъ подкожной водянки, не зависимо отъ причины вызвавшей ея—будетъ ли это результатомъ нарушенія компенсаціи дѣятельности сердца или функции почекъ. Подъ вліяніемъ этого лѣчепія полостная водянка, развившіяся отъ указаныхъ причинъ, также быстро исчезаютъ какъ и отекъ подкожной клѣтчатки. Благодаря обильному истечению жидкости въ первые сутки и улучшенію дѣятельности сердца быстро исчезаютъ и полостная водянка, почему и не приходится дѣлать предварительной пункции живота или грудной полости. Исключеніемъ конечно будутъ тѣ случаи, когда брюшная водянка развивается на почвѣ цирроза печени или же отъ другихъ причинъ, механически препятствующихъ теченію крови черезъ воротную вену.

3) Показаниемъ къ примѣненію этого способа, ввиду все же наблюдающихся осложненій, должно служить не действительность всѣхъ другихъ средствъ, привѣявшихся до этого. При этомъ только нужно иметь въ виду дѣлать надрѣзы возможно раньше, когда еще неѣтъ значительного раздраженія кожи.

4) Этотъ способъ имѣть и иѣкоторая существенная прѣимущество передъ другими способами, примѣняющимися съ тою же цѣлью у такого рода больныхъ. Прѣимущество будуть заключаться во 1-хъ въ томъ, что больные въ большинствѣ случаевъ получаютъ быстрое облегченіе отъ страданій, благодаря скоро наступающему улучшенію дѣятельности сердца и выдѣлительныхъ органовъ, а во 2-хъ, при такомъ способѣ, больные въ меньшей степени отравляются вредными веществами, заключающимися въ водяночной жидкости, благодаря всѣ попадаю постѣдней въ общее кровообращеніе.

5) Болѣе простымъ и лучшимъ способомъ механическаго лѣченія водянки, по моему мнѣнію, пожало счѣтать глубокіе надрѣзы кожи съ послѣдующимъ асептическимъ или же антисептическимъ содержаніемъ рапъ. Такой способъ доступенъ, во 1-хъ каждому врачу, а во 2-хъ, менѣе, чѣмъ другое, стѣсняетъ и болѣпого.

РЕФЕРАТЫ.

Кожные и венерические болезни.

Engelbert—Kopenhagen. (Monatsh. f. prakt. dermatol. B. 39 № 2.).

Авторъ предлагаетъ свой abortifacient методъ лечения гоноррой-наго уретрита, состоящий въ томъ, что послѣ предварительной коагуляции уретры, она промывается растворомъ зяписа (отъ $\frac{1}{5}\%$ до $\frac{1}{4}\%$ крѣпостью) въ количествѣ 500 грн. Промываніе дѣлается не сколько разъ, съ промежутками отъ 6 до 12 часовъ. (Ничего новаго въ своемъ методѣ авторъ не предлагаетъ. Atterptum nitricum въ растворахъ различной крѣпости для abortifacienta примѣняется давно Рейф.).

Hallopeau A. Lemierre. (*Sur un cas d'arthropathies blevnoragiques ayant necessité l'amputation de deux gros orteils.* Annal. de Derm. et de Syph. 1901, II, № 1).

Больной, имѣвшій 8 лѣтъ тому назадъ гоноррею, заболѣлъ воспаленіемъ всѣхъ суставовъ: колѣнныхъ, плечевыхъ, локтевыхъ, кистевыхъ и др; къ концу третьей недѣли послѣ заболѣванія, присоединился орхитъ. Черезъ нѣкоторое время большой палецъ правой ноги согнулся въ видѣ крючка, а наѣвой ногѣ тогдѣ же палецъ искривился кнаружи и принялъ форму hallux valgus. Больному невозможно было ходить, почему оба большихъ пальца были ампутированы, но это мало помогло больному, потому что большая часть сочлененій нижнихъ конечностей анкилозировалась.

Unger. (*Gonococcus in Blute bei gonorrhoeischer Polyarthritis.* D. med. Woeh. 1901, № 51).

Въ одномъ случаѣ гонорройного пораженія суставовъ авторъ нашелъ въ крови гонококковъ (что противорѣчить мнѣнію Finger, Cohn'a и другихъ, что гонококки не выносятъ t° 38° и гибнутъ въ крови лихорадящаго ревматика). Для того, чтобы обнаружить въ крови присутствіе гонококковъ, нужно брать отъ лихорадящаго больного болѣе количества крови и разлить ее на удобную для роста гонококковъ питательную среду. Лучше брать въ данномъ случаѣ жирную питательную среду. Въ сообщеніемъ случаѣ были взяты 10 к. сант. крови изъ правой локтевой вены. 1 к. с. влили въ одну трубочку, 3 к. с. въ другую и 5 к. с. въ третью трубочку, питательной средой была сывороточный бульонъ. Въ первыхъ двухъ трубочкахъ жидкость осталась безъ измѣнений, въ третьей же, уже черезъ 48 часовъ образовалась голубоватая пленка, въ которой найдены были гонококки. На агарѣ также были получены колоніи гонококковъ.

Karwowski. *Ein Fall positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscess.* (Monatsht. f. pract. Derm. 1902, B. 35, № 11).

Авторъ описываетъ случай, гдѣ у 29-лѣтняго мужчины уретритъ осложнился воспаленіемъ придаткѣ. Но слѣдній процессъ долго не уступалъ терапии и уже было подозрѣніе на туберкулезный, каковое мнѣніе еще болѣе поддерживалось общимъ состояніемъ здоровья больного и данными наслѣдственности. какъ вдругъ абсцессъ самопроизвольно вскрылся и бактериологическое изслѣдованіе излившагося гноя указало на его гонорройную натуру. Этотъ случай нахожденія гонококковъ въ эпидидимическомъ абсцессѣ, седьмой по счету (авторъ пропустилъ одинъ случай—восьмой—реф.), подтверждается, по мнѣнію автора, специфическую этиологію перелойныхъ воспаленій придатка, не опровергая возможности и другихъ причинъ, какъ то: травмы, нарушеній кровообращенія и т. д., вызывающихъ описываемое заболѣваніе даже и въ отсутствіи перелоя уретры.

Nobl. *Zur Histologie der blenorhoischen Diferenitis und Epididymitis.* (Arch. f. Dermatologie und Syphilis, 1903, B. LXVII, H. 2).

При гистологическомъ обслѣдованіи органовъ больного, страдавшаго перелойнымъ эпидидимитомъ при жизни и умершаго во время существованія вышесказанного заболѣванія отъ ущемленія паховой

грыжи, найдено следующее. Въ съмнопроводѣ разрошеніе эпителія внутренней оболочки съ гибѣдами инфильтраціи. Въ тунісce propria размноженіе клѣтокъ соединительной ткани, увеличеніе капилляровъ и инфильтрацію стѣнки ихъ. Въ muscularis исключительная круглоклѣточковая инфильтрація въ продольномъ и отчасти среднемъ слоѣ и огненное пропитываніе. Въ хвостѣ придатка патологическая измѣненія достигаютъ тахіотипа. между тѣмъ какъ головка и пренхима самого яичка совершенно не затронуты. Въ ткани между отдельными криальцами и въ окружности послѣднихъ наблюдается значительная клѣточковая инфильтрація, ведущая къ узловатому вздутию хвоста придатка. Тунісce vaginalis ртогрія не измѣнена, гонококковъ нѣтъ. Авторъ отмѣняетъ, что благодаря сильному развитию мышечного слоя въ каналѣ придатка полость его не теряетъ проходимости отъ сжатия сморшившихся современемъ инфильтрапіонныхъ массъ. Констатированные измѣненія указываютъ, что при переломѣ гонококки могутъ попадать изъ задней части уретры черезъ ductus ejaculatorius въ съмнопроводѣ, хотя участіе послѣднаго въ эпидидимитѣ не всегда можно констатировать клинически. Въ противоположность мнѣнію другихъ наблюдателей, авторъ утверждаетъ, что процессъ въ подобныхъ случаяхъ распространяется отъ vas defrens къ придатку, а не наоборотъ.

Tamberger. Muskelerkrankung in folge von gonorrhoeischer Infektion. (Wiener med. Wochensch. 1903, № 38 и 39).

Авторъ говорить лишь объ индіопатическихъ гонорройныхъ пораженіяхъ мышцъ и выражющихся не воспаленіемъ, а простой атрофіей ихъ. Такія измѣненія, развиваясь черезъ нѣсколько дній, а иногда и мѣсяцевъ, послѣ гонорройного заболѣванія суставовъ, захватываютъ прелючительно разгибателей и чрезъ нѣсколько времени приводятъ къ атрофіи ихъ съ понижениемъ гальванической и фараллической возбудимости, безъ реакции перерожденія. Одинъ подобный наблюдавшійся авторомъ случай атрофіи deltoideus и cissularis послѣ гонорройного пораженія грудино-ключичаго сочлененія, даетъ автору поводъ критически разсмотрѣть различныя, прелагавшіяся до сихъ поръ для объясненія подобныхъ атрофий, теоріи. Авторъ считаетъ возможнымъ дать предпочтеніе лишь одной, нѣсколько видоизмѣненной имъ теоріи. Раздраженіе въ заболѣвшемъ суставѣ периферическихъ концовъ центростремительныхъ нервовъ вызываетъ въ центральной нервной системѣ раздраженіе и усиленный притокъ крови, и слѣдовательно, и усиленный притокъ гонококковыхъ токсиновъ. Подъ влияніемъ послѣднихъ, клѣтки центра впадаютъ въ состояніе ступора. Функция ихъ поэтому понижается, и слѣдствіемъ чего является атрофія соответственныхъ мышцъ.

Проф. Зеленевъ. *Къ казуистикѣ перелойнаго разлиятою кавернита.* (Русскій журн. кожныхъ и венерическихъ болѣзней, 1904, № 6).

Авторъ указываетъ на случай хронического безболѣзеннаго перелойнаго воспаленія пещеристаго тѣла. Въ его случаѣ было хроническое разлитое мифтообразное безболѣзеніе утолщеніе всего кавернознаго тѣла съ рѣзкимъ уплотненіемъ и остальныхъ, еще не достигшихъ размѣровъ опухоли, частей пещеристаго тѣла. Онъ высказываетъ мнѣніе, что такіе инфильтраты развиваются во время хронического перелоя, который существуетъ на липо. Здѣсь, какъ и при всякомъ хроническомъ воспалительномъ процессѣ можетъ образоваться соединительнотканное образованіе въ согрѣа cavernosa.

И. Г.

Нервныя болѣзни.

W. E. Taylor. *Случай неврита plexus brachialis съ аутономіей.* „Revue neurologique“. 1904. № 4.

Авторъ сообщаетъ о своемъ наблюденіи, произведенномъ въ клинике проф. Де Єгіне.

Больная швейц., безъ какихъ либо указаній на бывшій сифилисъ. Заболѣваніе началось 14 лѣтъ назадъ, на 55 году съ жизни—сильными болями въ 4 и 5 пальцахъ правой руки; которые, постепенно усиливались, распространялись на всю руку. Периодъ болей продолжался нѣсколько недѣль, потомъ боли утихли и больная была въ состояніи заняться трудомъ. 6-ть лѣтъ спустя внезапно у нея обнаружились сильные боли въ кисти и предплечіи правой руки, что сопровождалось уже затрудненіемъ разгибанія 3-хъ пальцевъ, которыхъ оставались такимъ образомъ полусогнутыми.

Несмотря на примѣненіе электротерапіи втечение 4-хъ лѣтъ, развилась замѣтная атрофія мышцъ руки. Въ 1899 г. все пальцы правой руки, кроме большого были почти неподвижны, а большой палецъ сохранилъ способность лишь къ весьма ограниченнымъ движеніямъ въ сторону флексіи, экстензіи и аддукціи; все мускулы руки атрофированы, повышенія темпераціи и гипотаксіа отсутствовали; мускулы плеча и груди соответственной стороны также слегка уменьшены въ объемѣ, реакція перерожденія на электрич. раздраженіе. Остальные мускулы и рефлексы въ нормальномъ состояніи. Рядомъ съ этимъ отмѣчено: пониженіе чувствительности къ прикосновенію, боли, теплу въ области кисти, особенно 5 и 4 пальцевъ и въ б. слабой степени распространяющ. на всю руку; болѣзенность при давленіи нервовъ

pl. brachialis и такая же мышь. Къ 1901 г. симптомы несколько ослабѣли, такъ что появились нѣкоторыя движения среднаго и указат. пальцевъ, уменьшилась атрофія мышцъ, разстройство чувствительности представлялось въ общемъ того же характера. Въ апрѣль 1903 г. б. умеръ 6-ть я. спустя поразившей ее гемиплегіи.

При аутопсіи кости позвоночника оказались нормальными; равнъимъ образомъ ничего нельзѧ было замѣтить при осмотрѣ невооруженнымъ глазомъ со стороны твердой мозговой оболочки, корешковъ спинномозговыхъ нервовъ; иъ pl. brachialis и въсемъ протяженіи отъ спинного мозга до образования периферическихъ стволовъ, не оказывалось никакихъ слѣдовъ экскавата, только п. ulnaris казался слегка уменьшенныи въ объемѣ въ области локтя. Гистологическое изслѣдованіе шейной части спинного мозга и периферической нервной системы по методу Weigert—Pal. дало слѣдующее: п. p. ulnaris и medianus dexter представили измѣненія исключительно паренхиматознаго тѣла, съ уменьшеніемъ отъ периферіи къ центру; въ спинномъ мозгу начиня съ 5 шейнаго сегмента до 1-го груднаго включительно—атрофія клѣтокъ въ нѣкоторыхъ группахъ правой передняго рога, при чёмъ вся масса праваго рога, по сравненію съ лѣвымъ, казалось уменьшенній. Передніе и задніе корешки не представляли по своему виду ничего особенного.

Причиной данного заболѣванія авторъ считаетъ инфекцію или интоксикацію неспредѣленнаго характера.

Проф. Ковалевскій П. И. *Предсказание при эпилепсіи.* „Практич. Врачъ“, 1904 №№ 24, 25.

Отдельные случаи излечения эпилепсіи встрѣчались многимъ врачамъ практикамъ; нѣкоторые занесены въ литературу (Maisonneuve, Негріу, Duigon, Коthe и др.). Но въ общей массѣ эти факты ступеневались, почему, обыкновенно, въ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ до послѣдняго времени проводится взглядъ, что эпилепсія—болѣзнь пожизненная и неизлечима. Личное мнѣніе автора таково, что предсказание при эпилепсіи нельзѧ лѣгать огульно неблагопріятное, такъ какъ существуютъ случаи выздоровленія. Различная разновидность этого страданія даютъ неодинаковое основаніе для предсказания. Предсказание при генуинной и діопатической эпилепсіи должно быть очень осторожнымъ, но рѣшительно не безнадежнымъ. Повидимому существуютъ даже случаи самоизлеченія этой формы, хотя въ этомъ направлениі слѣдуетъ подождать еще дальнѣйшихъ наблюдений и изслѣдований. Иногда припадки ея замѣняются другими нервными страданіями. Въ случаяхъ автора быть переходъ въ anxietas praecord. эпилептич. характеръ и Базедова болѣзнь. Наконецъ такая эпилепсія оканчивается выздоровленіемъ подъ влія-

янемъ лечения (8; сл., известныхъ автору. Выздоровление проф. Ковалевской признается, когда приступъ эпилепсии не повторяется въ течениі 10 лѣтъ.). Справедливо благопріятное предсказаніе можетъ быть сдѣлано въ отношеніи и у ореиразной и мениструальной эпилепсій. Въ особенности доступна поправленію эпилепсія у подагриковъ. Эпилептическіе припадки, зависящіе отъ сифилиса во 2-мъ періодѣ инфекции а также отъ продуктовъ обратного метаморфоза во время антисифилитического лечения, могутъ при правильномъ лечении исчезать вполнѣ. Остальные виды сифилитич. эпилепсіи по предсказанию менѣе благопріятны. Алкогольная эпилепсія представляетъ вполнѣ благопріятное предсказаніе, если она развилась на почвѣ личнаго злоупотребленія. Какъ только прекращается пьянство, прекращаются и приступы эпилепсіи. При наследственной алкогольной эпилепсіи предсказаніе такое же, какъ и при генуинной эпилепсіи. Для половой эпилепсіи, которой сопутствуютъ симптомы вырожденія, предсказаніе является неблагопріятнымъ. Леченіемъ старческой эпилепсии, имѣющей въ своей основѣ органическія измѣненія сосудовъ мозга и самой мозговой ткани можетъ быть достигнуто лишь ослабленіе и замедленіе въ проявленіи припадковъ. Эпилепсія токсическая, возникающая изъ почвъ самоотравленія при болѣзняхъ почекъ, печени, сердца, щитовидной железы, мало доступна излечению. Рефлекторныя формы эпилепсіи, къ которой относятся гастрическая, гаистная, чиханья, носовая и пр. эпилепсіи, при благопріятныхъ условіяхъ выступаютъ. Касаясь шансовъ излечения *Epilepsia diutina* поступа по болѣе благопріятному исходу авторъ отдаетъ предпочтеніе второй. *Epilepsia somatica* даетъ больше надеждъ на выздоровление чѣмъ *Epilepsia psychica*. Совершенно безнадежны случаи эпилепсіи *grand. mal*, въ сочетаніи съ идиотіей и тугоуміемъ, а также случаи съ рѣзкими проявленіями вырожденія. Случай *epilepsiae petit mal*, начавшійся въ раннемъ возрастѣ и своеевременно захваченные могутъ считаться благопріятными но, если болѣзнь тянится годы, то она остается пожизненною. Угтіго *epileptica*, а равно *epileptica proscursis* лечению поддается плохо.

Прив.-доц. Миноръ Л. С. *О параличахъ лицевого нерва вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.* „Медицинское Обозръ“ 1904 г. № 11.

Въ началѣ статьи авторъ излагаетъ въ нѣсколькихъ пунктахъ главнѣйшія принципы, которые легли въ основу иностранныхъ законодателей и нашего закона 2 Іюня 1903 г. о вознагражденіи рабочихъ заувѣчье. Въ общемъ по германскимъ законамъ потеря работоспособности въ легкой степени оцѣнивается въ 20—33,3%; тяжелая потеря въ 66,6—75% средняя потеря 50—66,6%. Для болѣе точнаго

определения потери работоспособности въ различн. случаяхъ нѣкоторыми авторами выработаны таблицы съ обезспеченіемъ суммы ренты въ % получавшейся заработной платы. При этомъ наѣлись въ виду главнымъ образомъ поврежденія конечностей, на головѣ—пораженія костей, поврежденіе уха и глаза. О пораженіи *n-facialis* ничего не упомянуто. Въ виду этого авторъ задался цѣллю показать клиническую картину травматическихъ параличей лицевого нерва и тѣмъ возбудить вообще интересъ къ изученію травматическихъ поврежденій, чтобы впослѣдствіи выработать болѣе вѣрныя взгляды на ихъ диагностику и экспертизу.

Сл. 1. Торговецъ Р., 35 л., находясь на площадкѣ неподвижно стоящаго товарного вагона, получилъ сильный ударъ въ правую половину лица и головы дверью вагона, вслѣдствіе неожиданнаго толчка, нанесеннаго вагону маневрировавшимъ паровозомъ.

Р. пробылъ нѣкоторое время безъ сознанія; изъ уха текла кровь. Когда очнулся, то у него былъ обнаруженъ полный параличъ праваго лицевого нерва, впослѣдствіи явленію общаго нервнаго разстройства (травм. неврозъ).

2 сл. относится къ рабочему парфюмерной фабрики И. 43 л., который при ремонтѣ котла былъ ушибленъ упавшимъ змѣевикомъ на лицо и плечо. Въ результатѣ оказались переломъ плеча и полный разрывъ мягкихъ тканей правой щеки. По заживленіи получился громадный обезображивающій рубецъ въ одной области и вмѣстѣ съ тѣмъ стойкій параличъ мышцъ.

3 сл. произошелъ съ желѣзнодорожн. служащимъ С. 21, когда онъ несъ вдоль полотна домкратъ, а насѣкавшій сзади паровозъ повернуль домкратъ и прижалъ С. щекой къ товарному вагону. Получились: глубокіе раны кожи, мышцъ, слизистой оболочки лѣвой половины лица, раздробленіе лѣваго челюстнаго сустава, отломы альвеолярн. отростковъ верхней челюсти, полный параличъ лицевого и тройничн. нервовъ съ лѣвой стороны, ограничн. жеванія, полная глухота на лѣвое ухо и тяжелое общее нервное состояніе. Въ заключеніе авторъ, пользуясь данными извѣстныхъ таблицъ, опредѣлилъ потерю работоспособности въ 1 сл. *Flagorhtalmus*, пониженіе слуха, нейропозъ) 40—50%; во 2-омъ сл. (*Flagophthalm.*, уменьшеніе способности къ конкуренціи съ другими вслѣдствіе обезображенія, —33 $\frac{1}{2}$ %; въ 3-емъ сл.—75%.

H. Осокинъ.

Психіатрія.

Проф. Новаковскій П. И. *Императоръ Навель I.* Вѣстникъ душевныхъ болѣзней 1904 Т. I, № 3 и 4.

Авторъ, опубликовавшій ранѣе цѣлый рядъ эскизовъ на разнообразные исторические сюжеты, настоящій очеркъ посвящаетъ разбору,

съ психиатрической точки зрења, личности Императора Павла I. Историческая данная заимствована изъ сочиненій Кобеско, Шильдера и др. Авторъ устанавливаетъ по отношению къ данному характеру вліяніе наследственности и окружающей среды. Патологическая черты унаследованы со стороны отца, Петра III, но высокими качествами матери, Императрицы Екатерины II, наследственная почва смягчена.

Касаясь вліянія окружающей среды и условий жизни, авторъ различаетъ положительную и отрицательную стороны этого фактора.

Смягчающее вліяніе на Павла Петровича оказывали относительно хорошее воспитаніе, и то обстоятельство что онъ не предавался алкоголизму.

Dr A. Paris. Эпилепсія: Натогенезъ и показанія къ терапии. „Archiv de neurol. 1904, Févr-Mars“.

Въ этой статьѣ эпилепсію авторъ приравниваетъ къ болѣзнямъ развивающимся на почвѣ аутоинтоксикации; причемъ главной виновницей, по его мнѣнію, въ данномъ случаѣ, является gl. thyroidea. Къ такому заключенію онъ пришелъ путемъ послѣдовательныхъ наблюдений. Прежде всего онъ обратилъ вниманіе на то, что случаи сочетанія зоба и кретинизма съ эпилепсіей крайне рѣдки и ссылается по этому поводу на давнія Єску і гор'я и Моге'я, имѣвшихъ большія количества наблюдений (1-ой на эпилептикахъ; 2-ой на зобатыхъ). Обращаясь затѣмъ къ изученію географического распространенія этихъ заболеваний онъ нашелъ: въ Сибири Швеціи, Норвегіи, въ центральныхъ департаментахъ Франціи, въ Сѣв. Америкѣ—въ широкой степени распространена эпилепсія, но кретинизмъ и зобъ тамъ существуютъ, какъ рѣдкія явленія. На Альпахъ, въ Савойѣ, въ Канадѣ напротивъ замѣчается господство зоба и кретинизма и менѣе распространенія эпилепсіи. Иначе сказать, что въ распределеніи по странамъ между этими заболеваниями существуютъ обратные отношенія. Эти заболѣванія противоположны другъ другу и по самимъ своимъ проявленіямъ. Кретинъ вялъ физически и въ смыслѣ интеллекта, невозбудимъ въ половомъ отношеніи. Какъ въ настоящее время хорошо известно, эти явленія должны быть отнесены къ недостаточной функции щитовидной железы а равно и железъ полового аппарата. Эпилептику превосходитъ кретина въ физическомъ и интеллектуальномъ развитіи; въ эпоху рубет приобрѣтается имъ въ этомъ отношеніи новый толчекъ,

нервная система его въ это время обнаруживаетъ возбудимость, пре-
восходящую возбудимость здоровыхъ субъектовъ.

Сдѣлавъ это сопоставленіе типовъ кретина и эпилептика, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что у послѣднаго функциональная способность gl. thyroidea и половыхъ железъ, очевидно, должна быть повышена. Въ дальнѣйшемъ авторъ представляетъ факты, имѣющія еще большое значение для выясненія патогенеза эпилепсіи въ данномъ направлении. Онъ сообщаетъ о результатахъ примѣненія эпилептикамъ бараньей щитовидной железы или тироидина (внутрь). Во всѣхъ такихъ случаяхъ припадки эпилепсіи становились б. тяжелыми. Затѣмъ онъ старается установить, что между эпилепсіей и зобомъ дѣйствительно существуетъ антагонизмъ. Среди 60-ти эпилептиковъ, которыхъ онъ имѣлъ въ своемъ наблюденіи, у 7 развились зобъ и съ этого времени у нихъ припадки сдѣлались болѣе рѣдки и менѣе сильными. Въ томъ, что эпилепсія впервые проявляется къ периоду половой зрѣлости, у женщинъ припадки становятся особенно рѣзкими въ эпоху менструаций и ослабѣваютъ, нѣрѣдко до полнаго исчезновенія къ тому времени, когда угасаютъ половые функции, авторъ видитъ связь эпилепсіи еще съ половой сферой. Но возбужденія, идущія отсюда, имѣютъ гораздо менѣе значеніе въ прохожденіи эпилепсіи и слѣдуетъ даже думать, что развитіе половыхъ железъ (testicul., ovarii) находится въ зависимости отъ gl. thyroidea: у кретина, напр., происходитъ остановка въ развитіи ихъ; съ другой стороны извѣстны также случаи непрекращающейся эпилепсіи и послѣ кастраціи, эпилепсіи въ дѣтскомъ возрастѣ, въ силу чего возможно допустить мысль лишь о второстепенномъ участіи половыхъ железъ въ патогенезѣ заболѣваній. Притокъ крови къ органамъ, находящимся въ состояніи усиленной дѣятельности (gl. thyroid., яичникамъ въ периодъ менстр.) обусловливаетъ пониженіе дѣятельности выдѣлительныхъ органовъ: кожи, почекъ, что въ свою очередь благопріятствуетъ аутоинтоксикаціи. Кромѣ указанныхъ уже факторовъ въ прохожденіи эпилепсіи играетъ особое предрасположеніе къ ней нервной системы и нѣкоторыхъ индивидуумовъ. Такимъ образомъ могутъ быть объяснены: настѣнственная передача эпилепсіи, развитіе эпилепсіи въ семьяхъ, гдѣ въ восходящихъ поколѣніяхъ отмѣченъ алкоголизмъ, а равно и то обстоятельство, что наиболѣе тяжелыми формами эпилепсіи заболѣваютъ женщины, нервная система которыхъ, какъ извѣстно, въ состояніе возбужденія приходить легче, чѣмъ у мужчинъ.

При леченіи слѣдуетъ руководиться слѣдующими показаніями: 1. уменьшать возбудимость мозга; 2. умѣрять дѣятельность щитовидной железы въ особенности, а также и половыхъ железъ; 3. регулировать экскреторный аппаратъ; 4. предупреждать всѣ побочные обстоятельства, ведущія къ возбужденію мозга, какъ то накопленіе случайныхъ токсиновъ и т. д.

P. Keraual et Danjeau. Состояніе глазного дна у прогрессивно-паралитичныхъ. „Arch. de neurol.“. 1904. Mars.

Авторъ сообщаетъ данные изслѣдованія глазного дна у 41 женщины, прогрессивно-паралитичныхъ. У 4-хъ глазное дно оказалось совершенно нормальнымъ. У 9 картина представлялась мало характерной въ видѣ линіи слабаго поблѣдненія папиллы. Въ 3-хъ сл. — нечеткость контуровъ; въ 7 сл. отечное состояніе, блѣдность и нечеткость контуровъ папиллы; въ 11 сл. картина атрофии. Никакой ясности контуровъ папиллы; въ 7-ми сл. измѣненія являлись во все независимыми отъ прогрессив. паралича (coloboma choroid., retinchoroid., staphyloma post и т. д.).

H. Carrier. Первная клѣтка въ нормальномъ и патологическомъ состояніи. Гистологическая измѣненія нервныхъ центровъ при delirium toxi duti. алкоголиковъ, delirium tremens и delirium acutum. Paris 1904 г.

Содержаніе этого труда переданы I. Воует въ отдѣлѣ библиографіи майской книги «Arch. de Neurol.» за настоящій годъ. Н. Сагаег рассматриваетъ различныя психопатическія состоянія въ связи съ имѣющимися данными патологической анатоміи. 1-ю часть труда авторъ посвящаетъ критической опѣкѣ фактоамъ, касающихся нормальной и патологической гистологіи нервной клѣтки, останавливая вниманіе на Niss'евскихъ тѣльцахъ, принадлежащемъ имъ функции, различныхъ формахъ хроматолиза, затѣмъ на вопросѣ о времени появленія въ нервныхъ центрѣхъ истинныхъ трупныхъ измѣнений и наконецъ на способѣ приготовленія препаратовъ. Онъ дифференцируетъ патологическую измѣненія нервныхъ клѣтокъ, измѣненія болѣзненнымъ процессомъ, въ зависимости ли отъ изнуренія или возраста. Здѣсь же излагаются результаты изслѣдованій автора по вопросу о старческомъ инволюціонномъ процессѣ, роли и функции мелко-клѣточныхъ элементовъ, которыя инфильтрируютъ вещества мозга при многихъ патологическихъ состояніяхъ. Далѣе рассматривается природу желтаго псевдо-пигмента, котораго нервные клѣтки содержатъ въ изобилии при delirium tremens.

Чтобы вѣриѣ истолковать измѣненія, бывающія при delirium tremens, составляющемъ лишь эпизодъ, острый припадокъ хронического алкогольного состоянія, авторъ идетъ при своемъ анализѣ отъ наиболѣе простыхъ картинъ къ болѣе сложнымъ: приводитъ гистологическая измѣненія кортикальныхъ центровъ при хронической интоксикаціи алкоголемъ, бредъ у алкоголиковъ втечение токсеміи и инфекцій и т. д. Все это составляетъ 2-ю часть труда.

3 ч. посвящена изученію гистологіи собственно delir. tremens, причемъ вначалѣ авторъ сравниваетъ между собою въ шѣломъ картину

delir. tremens и *delir. acut.*, а затмъ указываеть, какими гистологическими измѣненіями могутъ быть объяснены различные симптомы. Конечные выводы, къ которымъ пришелъ авторъ,—следующіе:

I. Niss'евскія тѣльца действительно существуютъ и имѣютъ отношение къ функциональной способности клѣтки. Раздраженіе Niss'евскихъ тѣль представляетъ хроническое пораженіе клѣтки; распыление ихъ и раствореніе указываетъ на болѣзненное разстройство неизвестного происхожденія. Исследованія по методу Niss'я имѣютъ абсолютное значение. Явленія хроматолиза по истечениіи необходимаго срока для производства аутопсіи не должны рассматриваться за трупныя измѣненія или какъ продуктъ искусственной обработки.

II. Старческая инволюція нервныхъ клѣтокъ не есть явленіе строго физиологическое. Оно находится въ состояніи съ хроническими токсеміями, а не съ возрастомъ индивидума; характеризуется простой или псевдо-пигментной атрофией нервныхъ клѣтокъ, чѣмъ и объясняется ослабленіе интеллектуальной сферы у стариковъ.

III. Кругло-клѣточные элементы, которые наблюдаются иногда около распадающихся нервныхъ клѣтокъ, никогда не проникаютъ внутрь цитоплазмы. Авторъ не признаетъ за нихъ фагоцитарной функции.

IV. Желтый пигментъ нервныхъ клѣтокъ долженъ быть рассматриваемъ какъ продуктъ обратного развитія клѣтки, что въ концѣ концовъ можетъ привести къ зернистому (острый бредъ) или жировому (хронический алкоголизмъ) перерожденію.

V. Бредъ при общихъ соматическихъ болѣзняхъ является, какъ результатъ влияния токсического агента на клѣтки мозга.

VI. Частота церебральныхъ разстройствъ при хроническомъ алкоголизмѣ бываетъ результатомъ: съ одной стороны пораженія-органовъ выдѣленія, что благопріятствуетъ продукции токсического начала; съ другой—благодаря хронически существующимъ измѣненіямъ нервныхъ клѣтокъ.

VII. При алкогольномъ бредѣ слѣдуетъ различать въ корѣ головного мозга измѣненія двухъ типовъ:

1. Хроническая измѣненія клѣтокъ, характеризующіяся атрофией, разрѣженіемъ хроматина, псевдо-пигментной и жировой дегенерацией, и вакуолизаціи центра клѣтки. Эти явленія сопровождаются глиновымъ и жировымъ перерожденіемъ сосудистыхъ стѣнокъ, слабой пролиферацией волоконъ и перерожденіемъ нѣкоторыхъ кортикальныхъ волоконъ. Эти измѣненія отнюдь не специфичны для алкоголизма и наблюдаются при различныхъ хроническихъ интоксикаціяхъ и ауто-интоксикаціяхъ (урсмія). Соответственно, клинически, при этомъ наблюдается падение интеллекта.

2. Свѣжія клѣточные измѣненія по типу различнаго рода хроматолиза, сопровождающагося слабой инфильтраціей глубо-

кихъ слоевъ коры кругло-клѣточными элементами. Эти измѣненія могутъ называться функциональными; они не зависятъ ни отъ призыва крови, ни отъ мелинговаскулита, ни отъ лихорадки, и аналогичны тѣмъ, которые развиваются при инфекціонныхъ процессахъ. Эти измѣненія, находятся въ соответствии со степенью бредовыхъ явлений, и ими объясняется неправильная функция нервныхъ элементовъ. Зрительные галлюцинаціи могутъ зависеть отъ большаго пораженія лобныхъ долей. Такимъ образомъ алкогольный бредъ гистологически выражается диффузнымъ паренхиматознымъ энцефалитомъ.

VIII. Лихорадочный *delirium tremens* синдромъ, развивающійся на почкѣ ауто-токсеміи. Клинически выражается подострой галлюцинаторной спутанностью сознанія. Въ гистологическомъ отношеніи это—острый токсический *encephalitis parenchymatos*.

На ряду со старыми пораженіями, обвязанными алкоголизму, въ этихъ случаяхъ встречаются еще свѣжія измѣненія клѣтокъ.

IX. Острый бредъ—синдромъ, возникающій на почкѣ инфекціи аутоинтоксикаціяхъ у лицъ наслѣдственно предрасположенныхъ. Клиническія припадки его состоятъ въ подостромъ—галлюцинаторномъ безсмыслии съ лихорадкой. Гистологически онъ представляется также *encephalitis parenchymatos*, но безъ предшествовавшихъ измѣненій.

X. *Delirium tremens* и *delirium acutum*—заболѣваніе всей нервной системы. Рѣзкое разстройство функциональной дѣятельности ведетъ быстро къ полному истощенію нервныхъ элементовъ, въ силу чего наступаетъ кома и смерть.

— — — — —

С. А. Ляссь *Современное лечение алкоголизма и его осложнений* „Русскій Врачъ“, 1904, № 29.

Гипнозъ, спешіальная лечебница, успокаивающіе и укрѣпляющіе нервную систему препараты—вотъ тѣ средства, которыми располагаетъ въ настоящее время наука для лечения алкоголизма съ его осложненіями въ области нервно-психической сферы. Говоря о каждомъ изъ нихъ въ отдѣльности, авторъ указываетъ на выгодная сторонылечения гипнозомъ, примѣненіе которого возможно при всякой обстановкѣ, не отрывая больного отъ обычныхъ занятій.

Изъ 100 собственныхъ наблюдений автора, 50% которыхъ составили хроническіе алкоголики и 50% пьющіе-запоемъ, въ полу-ченъ положительный результатъ, причемъ наиболѣе подходящими для лечения гипнозомъ оказались привычные алкоголики, безъ тяжелой патологической наслѣдственности и безъ рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ; запойное же пьянство, вѣроятно, обусловливается глубокими измѣненіями въ организмѣ и имѣющее, какъ думаетъ школа Кгаерсclina, средство съ эпилепсией, даетъ

меньше шансовъ на успѣхъ. Стѣхнинъ улучшаетъ нервная и желудочная и кишечный тонусъ у алкоголиковъ. Значеніе специальныхъ лечебницъ выступаетъ въ то время, когда гипнозъ не помогаетъ больному. Въ заключеніе авторъ настаиваетъ на необходимости общественныхъ мероприятій къ борьбѣ съ алкоголизмомъ на подобіе тѣхъ, которыя приняты въ Скандинавскихъ странахъ, где получился успѣхъ въ смыслѣ большей трезвости народонаселенія.

— — — — —
Н. Осокінъ.

Общая терапія.

А. Гехтманъ. Къ вопросу о дѣйствіи свѣтотепловыхъ электрическихъ ваннъ. „Практический врачъ“ 1904. № 29.

Авторъ изучалъ дѣйствіе свѣтотепловыхъ электрическихъ ваннъ при (ischias), хроническомъ суставномъ ревматизмѣ (по 1 сл.) подостромъ ревматизмѣ (2 сл.) и ингерстиціальномъ нефритѣ (1 сл.). Ванны вызывали гиперемию кожи, позышеніе т., учащеніе пульса и дыханія, кратко-временное паденіе кровяного давленія и усиленіе потоотдѣленіе. Отмѣчено также, что у больныхъ увеличивался аппетитъ, самочувствіе было преносходное, и что поправленіе ревматическихъ страданій шло довольно быстро.

Н. Осокінъ

Хирургія.

В. Одинцовъ. Къ казуистикѣ изслѣденій селезенки. С. Ф. Даврюшинскій. Случай изслѣденія подвижной селезенки. П'ять сколько слоевъ по поводу показаній къ ея удаленію при болотной кахексіи. „Хирургія“ 1904 г. № 88.

Первый авторъ удалилъ селезенку по поводу ея гипертрофіи, безъ малярии въ анамнезѣ, безъ видимыхъ микроскопическихъ измѣнений въ крови. Увеличенная селезенка оказалась срошенію съ брюшиной, крайне полнокровною, вѣсомъ безъ крови 2400,0. Оперированный находился подъ наблюдениемъ автора въ теченіе года. Изслѣдование, произведенное въ концѣ этого периода, обнаружило увеличеніе лимфатическихъ узловъ и слабость сердечныхъ тоновъ безъ измѣненій въ крови. Больной пользовалъ инъекціями крокодилового нат-

рія и значительно прибыль въ вѣсѣ. Второй авторъ произвелъ удаление селезенки у 15 лѣтней девочки вслѣдствие увеличения на почѣ мальрии. Особенныхъ измѣнений въ крови не было. Удаленная селезенка, по размѣрамъ = $22 \times 12 \times 5$ см., вѣсила 638,3. Послѣ операционный періодъ осложнился пневмоніей. Первое время изстѣдованіе крови обнаружило падение количества Нѣ. до 45% (съ 95 до операции) красныхъ кров. гѣлещь до 4,26 милл. (съ 4,5 до операции), но затѣмъ началось постепенное улучшение въ состояніи больной, которая ко времени выхода изъ больницы (черезъ 4 слишкомъ мѣсяца) чувствовала себя хорошо, а % Нѣ достигъ цифры 85. Вѣсъ больной съ 32,5 кил. поднялся до 37,5. Черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операции % Нѣ 98, а подсчетъ форменныхъ элементовъ даетъ 4,5 мил. для красныхъ и 16 тыс. для бѣлыхъ гѣлещь. Рассматривая вопросъ по литературно-статистическимъ даннымъ, авторъ приходитъ къ выводу, что не смотря на отдельные заявленія о безрезультатности экстирпации селезенки при мальрийной хаксиси, надо признать операцию умѣстною, какъ въ значительной мѣрѣ удовлетворяющую своей цѣли и дающую не-большой (до 6,02) % смертности.

— — —

Б. С. Козловскій. Два случаи поздней трепанациіи при травмѣ черепа. „Хирургія“ 1904 г. № 89.

Въ обоихъ случаяхъ наблюдавшихъ авторомъ, имѣется тяжелая травма, къ которой въ одномъ присоединяется удушение и послѣдующее заболѣваніе рожей, впрочемъ, не имѣвшее значенія для развитія тяжелымъ мозговыхъ явлений. Что касается послѣднихъ, то въ одномъ случаѣ наблюдались мозговые разстройства въ видѣ длительныхъ общихъ (потеря сознанія, коматозное состояніе) и мѣстныхъ (разстройства глотанія, рѣчи, параличи) явлений; въ другомъ же случаѣ общія явленія скоро прошли и на первый планъ выступили афазія и параличи. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ были установлены показанія къ трепанациіи, то были произведены операции (на 52-й и 45-й день заболѣванія)—Въ одномъ случаѣ простое расширение трещины для освобожденія ущемленной твердой мозговой оболочки съ удалениемъ осколковъ, въ другомъ—остеопластическая резекція по Wagner-Obalinskому для подъема большого участка вдавленной кости съ расширениемъ обнаруженной трещины и освобожденіемъ ущемленной durae. Въ обоихъ случаяхъ dura mater, не пульсировавшая вслѣдствіе ущемленія, начала пульсировать послѣ ея освобожденія. Не смотря на значительную травму, въ томъ и другомъ случаѣ dura была цѣла, и кровоизліяній въ ней не было. Результаты операций вполнѣ удовлетворительны; только во второмъ случаѣ улучшеніе параличей идетъ сравнительно медленно.

Л. О. Стратіевскій. Случай мозгового нарыва. „Хирургія“ 1904 г. № 89.

Мозговой абсцессъ является дов. труднымъ для діагностики за болѣваниемъ, съ одной стороны вслѣдствіе необходимости точно локализовать его, съ другой—вслѣдствіе легкости смѣщенія съ другими болѣзнями пропессами. Гнойникъ ушного происхожденія не сколько облегчаетъ дѣло, т. к. мѣстоположеніе ихъ всегда болѣе или менѣе одинаково. Тѣмъ не менѣе только благопріятное стеченіе обстоятельствъ даетъ возможность установить правильный діагнозъ. Автору пришлось наблюдать случай мозгового абсцесса, развившагося вслѣдь за острыймъ заболѣваніемъ уха и локализировавшагося въ мозговомъ веществѣ височной доли. Найденъ и вскрытъ гнойникъ. Послѣоперационное теченіе, сначала вполнѣ удовлетворительное, но черезъ нѣсколько дней, послѣ внезапнаго потемнѣнія сознанія, посыпалъ синус при явленіяхъ паденія пульса (разлитой острый энцефалитъ, вѣроятно, вслѣдствіе нарушенія цѣлості отграничивающей гнойникъ оболочки).

Е. Мировскій. Случай омертвленія легкаго леченіемъ оперативно. „Хирургія“ 1904 г. № 89.

Авторъ вскрылъ гангренозный участокъ легочной ткани, лежавшій на глубинѣ 6,5 см. Пораженное мѣсто открыто резекцией 7—9 реберъ на обычномъ мѣстѣ, при разрѣзѣ легочной ткани—дов. обильное венозное кровотеченіе, остановившееся съ опорожненіемъ гнойной полости. Послѣоперационное теченіе—безъ осложненій. Больной выздоровѣлъ черезъ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца.

Н. В. Синюшинъ. Случай лѣвосторонней грыжи слѣпой кишкі, изслѣдованіе слѣпой и восходящей ободочной кишкі. „Хирургія“ 1904 г. № 84.

У больной оперированной по поводу паховой грыжи и противовѣстественного заднаго прохода лѣвой большой половой губы съ выпадениемъ слизистой кишкі, въ содержимомъ грыжи оказалось часть толстыхъ кишекъ (слѣпая, которая и образуетъ *anus praeter naturam*, вмѣстѣ съ *appendix'omъ* и восходящій отдѣль ободочной) и нѣсколько петель тонкой кишкі. Въ виду рубцеванія слизистой и значительныхъ сращеній кишкі съ грыжевымъ мѣшкомъ, сдѣлано при операциіи изслѣдованіе значительной части толстой кишкі и прирошенного участка

тонкой съ последующимъ энтеродиастомозомъ. Послѣоперационное теченіе и результатъ операциіи удовлетворительны.

В. М. Минцъ. Травматическое вхождение желудка въ лѣвую плевральную полость. „Хирургія“ 1904 г. № 89.

Авторъ наблюдалъ больного съ раненіемъ, нанесеннымъ слѣва въ 7-мъ межреберьи. Въ виду того, что въ ранѣ было обнаружено выпаденіе сѣнника, произведена операция, при которой оказалось, что черезъ рану диафрагмы въ лѣвую плевральную полость вышелъ желудокъ въ болѣшей своей массѣ. Попытки вправления желудка не привели къ положительнымъ результатамъ. Тогда, имѣя въ виду еще осмотръ организма брюшной полости, авторъ вскрылъ послѣднюю и оттула вытянулъ желудокъ на мѣсто. Рана диафрагмы зашита непрерывнымъ шелковымъ швомъ, въ плевру и брюшину введенены тампоны. Скоро диафрагма слиплась съ верхнею губою раны, и такимъ образомъ пневмотораксъ устранился. Послѣоперационное теченіе осложнилось появленіемъ пневмоническихъ фондовъ. На 29-й день зажили всѣ раны.

И. М. Глазенштейнъ. Къ оперативному лечению водянки яичка по способу Winkelmann'a. „Хирургія“ 1904 г. № 89.

Способъ операциіи hydrocele по Winkelmann'у состоитъ въ томъ, что по отдѣлении собственно влагалищной оболочки (еще не вскрытої) и опорожненіе содержащаго, tunica propria выворачивается въ небольшой разрѣзъ ся (который можетъ быть съуженъ или вовсе зашить) а затѣмъ вновь выправляется въ полость такимъ образомъ, что ея сорозная поверхность становится обращенной съ tunica serotina и должна срастись съ нею. Операция можетъ быть произведена подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ. Простая по техникѣ, примѣнимая и при застарѣломъ hydrocele съ утолщенной влагалищной оболочкой, дающая дов. скорое заживленіе, почти безъ осложненій, изъ которыхъ отекъ скоти и др. исчезаютъ сами собой, безъ какихъ либо мѣропріятій, и доставляющая, повидимому, незначительный % рециди-вовъ (не болѣе 3), эта операциія, по мнѣнію автора, «можетъ смѣло соперничать съ другими способами».

А. И. Меньшиновъ. Первичная меляносаркома прямой кишки.
„Хирургія“ 1904 г. № 89.

Локализациія меляно-саркомы въ прямой кишкѣ является первичной въ 2—3% всѣхъ меляносаркомъ. Среди злокачественныхъ новообразованій гесті меляносаркома занимаетъ тоже мѣсто. Въ диагностическомъ отношеніи меляносаркома не представляетъ никакихъ особенностей и легко можетъ быть смѣшана съ ракомъ. Лишь полипозная форма ея можетъ быть диагностирована, но и то возможно ошибка, т. к. имѣются случаи полиповиднаго рака. Заболѣваніе припадлежитъ къ очень злокачественнымъ; не говоря уже о невозможности выздоровленія, даже при радикальной операциіи легкость и быстрота возвратовъ очень значительны. Опухоль метастазируетъ въ высшей степени легко и отдаленно. Микроскопически она имѣеть видъ саркомы иногда съ альвеолярнымъ строеніемъ. Клеточные элементы, обычные для саркомы, часто принимаютъ видъ эпителизіонныхъ. Попадаются иногда гигантскіе клѣтки. Пигментъ располагается какъ въ клѣткахъ опухоли, такъ и между вими въ видѣ мелкихъ зеренъ и болѣе крупныхъ глыбокъ; при чемъ въ отличіе отъ гэмосидерина, также присутствующаго въ опухоли, не даетъ реакціи на желѣзо. Гэмосидеринъ несомнѣнно является здѣсь продуктомъ распада кровяныхъ тѣлцъ, вслѣдствіе присутствующихъ въ опухоли кровоизлияний. Не рѣдко замѣчается въ опухоли обильное развитіе сосудовъ, дающее сий видъ ангіосаркомы. Пигментація имѣется какъ въ первичныхъ узлахъ опухоли, такъ и во вторичныхъ, при чемъ, повидимому, въ послѣднихъ можетъ и отсутствовать. Исходнымъ пунктомъ меляносаркомы гесті слѣдуется признать пигментныя клѣтки сосочковаго слоя кожи задняго прохода.

П. Овчинниковъ.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1904 ГОДЪ.

ДНЕВНИКЪ

ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

Казанскомъ Университетѣ.

1903 г.

№ 2.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1904.

Печатано по опредѣлению Общества Врачей при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель А. Н. Каземъ-Бекъ.

ПРОТОКОЛЪ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

8-го ноября 1903 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при Секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Клячкинъ, Сивре, Казанскій, Идельсонъ, Агафоновъ, Скуридинъ, Зусъ, Игловскій, Неболюбовъ, Надель-Пружанская, Захарьевскій, Калачевъ, Виноградовъ, Гиммель, Рождественскій.

ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

Д-ръ Быстренинъ. Случай стеноза гортани дифтерийного происхожденія.

ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

Д-ръ Игловскій. Вы предполагаете, что 1-е двѣ порціи плохи, поэтому эффекта не было. Можетъ быть здесь виноватъ самый характеръ инфекції. Подъ моимъ наблюдениемъ былъ ребенокъ съ дифтерійной ангиной, где мы, несмотря на то, что въ 2-е сутокъ впрыснули 5400 единицъ мѣстной сыворотки, однако не получили улучшенія. Между тѣмъ, такое-же количество сыворотки давало въ другихъ случаяхъ хорошие результаты.

Д-ръ Быстренинъ. Можетъ быть въ mosaicъ случаѣ была повторная инфекція.

Д-ръ Сивре. Предположеніе, высказанное сейчасъ д-ромъ Быстрениномъ болѣе основательно. Вѣрнѣе всего что сыворотка оказывала действие, но не уничтожала всѣхъ бактерій; неубитыя же бактеріи снова развивались.

Д-ръ Быстренинъ. Я желалъ бы, между прочимъ, отмѣтить, что въ теченіе извѣстнаго срока дѣйствіе сыворотки, вѣроятно, уничтожается.

Д-ръ Сивре. Гдѣ-ли такъ. Въ нашихъ аптекахъ сыворотки хранятся очень долго. Срокъ 2—3 мѣсячный для уничтоженія сыворотки малъ.

Д-ръ Клячкинъ. Какъ часто наблюдаются пролежни при интубації? Въ больницахъ принца Ольденбургскаго % пролежней при интубації очень большой. Очевидно у нѣкоторыхъ больныхъ есть особое предрасположеніе къ пролежнямъ. У нѣкоторыхъ авторовъ % пролежня доходилъ до 40. Для избѣженія могущихъ быть пролежней, приходится очевидно держать трубку короткое время.

Д-ръ Быстренинъ. Въ моемъ случаѣ трубка лежала 4 сутокъ безъ всякихъ послѣдствій.

Зуевъ. Можетъ быть, докладчикъ въ 1-й разъ впрыснулъ мало сыворотки; вѣдь онъ впрыснулъ 1000 единицъ, а нужно было-бы 2000—3000. Интубація дѣйствительно производить хорошее впечатлѣніе, но мы при этомъ обыкновенно впрыскивали большое количество сыворотки. Указанный срокъ для уничтоженія дѣйствія, сыворотки, по моему, малъ. Минъ приходилось впрыскивать сыворотку, хранившуюся 23 мѣсяца, съ благопріятнымъ исходомъ.

Идельсонъ. Здѣсь, очевидно, имѣть значеніе самъ характеръ эпидеміи.

Зуевъ. Какой характеръ носилъ налетъ у больного ребенка?

Быстренинъ. Сепсиса здѣсь не было.

Зуевъ. Можетъ быть, поэтому и не было послѣдствія отъ долгаго держанія трубки.

Быстренинъ. Я хочу подчеркнуть здѣсь только значеніе интубаціи. Можетъ быть, мы здѣсь сдѣлали промахъ, впрыснувъ очень мало сыворотки, но это тѣмъ болѣе подтверждается благопріятный результатъ интубаціи.

Зуевъ. Я помню случай ребенка съ стеноzомъ, гдѣ было впрыснуто $3\frac{1}{2}$ т. единицъ, съ очень хорошимъ результатомъ, безъ интубаціи.

Игловскій. Не играетъ ли въ случаяхъ пролежней при интубаціи роль торопливое введеніе трубки? Можетъ быть, поврежденіе трубкою слизистой оболочки обусловливается появленіе пролежня. Интубація на меня тоже производить пріятное впечатлѣніе. Когда я у одного ребенка вынулъ черезъ 12 часовъ трубку, то ребенокъ самъ просилъ снова ее вставить, такъ какъ съ нею ему было легче дышать. Можетъ быть интубація имѣетъ то значеніе, что проталкиваетъ пленки. Когда я всѣль ребенку этому трубку сначала очень малаго калибра, то ребенокъ выкашлянулъ ее, причемъ стали выпѣльяться пленки и ребенку стало легче дышать.

Десятовъ. Какъ трудна техника интубаціи? Повидимому, въ больницахъ могли сдѣлать ее только вы одины?

Быстрины. Техника нисколько не трудна. Желательно, чтобы ее делали не только врачи, но и фельдшера и сестры милосердия. Единственное неудобство заключается въ слѣдующемъ: приходится сидѣть около больного тому, кто дѣлаетъ интубацію; въ случаѣ закупорки трубки и наступленіи асфиціи, нужно бываетъ ее извлечь. (Показалъ приборы).

Проф. Каземъ-Бекъ. Случай Вашъ наглядно доказываетъ, что интубація очень полезна. Желательно, чтобы она получила большее распространеніе. Изъ Вашего случая явствуетъ, что трубку можно оставлять очень долго. Конечно, нельзя на основаніи одного случая дѣлать обобщенія. Возможно, что когда наблюдалася некрозъ тканей, то интубація быть можетъ способствовать большему омертвѣнію тканей. Въ Вашемъ случаѣ, на мой взглядъ, было недостаточно выпрыснуто сыворотки. При началѣ стеноза сыворотка оказываетъ большое влияніе. Вашъ случай имѣетъ тѣмъ болѣе значеніе, что интубація у больного сделана въ земской практикѣ.

Идельсонъ. Тѣ врачи, которые дѣлали (а ихъ 900) ингубацію, говорятъ что нужно при этомъ держать наготовѣ ножъ для трахеотоміи. Я, какъ старый врачъ, долженъ сказать про интубацію, что она менѣе радикальна, чѣмъ трахеотомія. Нѣкоторые педіатры въ Баваріи выяснили, что трахеостомированные больные достигали солдатскаго возраста въ 5%. Не слѣдуетъ увлекаться успѣхами интубаціи, какъ менѣе радикальнымъ средствомъ.

Проф. Каземъ-Бекъ. Вѣдь Вы имѣете ввиду, что здѣсь имѣло мѣсто примѣненіе сыворотки. Съ введеніемъ ея трахеотомія стала рѣдкимъ явленіемъ. Мои товарищи по профессіи, напр. проф. Разумовский, тоже находятъ, что трахеотомія стала, по крайней мѣрѣ, въ Казани теперь дѣлаться рѣдко. Статистика въ настоящее время должна вестись, принимая въ расчетъ только тѣхъ больныхъ, где была сделана инъекція сыворотки.

Быстрины. Развѣ трахеотомія не палліативъ?

Идельсонъ. Она болѣе радикальна. Мы видимъ долгое ношеніе трахеотом. трубочки безъ всякаго стѣсненія для больного.

Сиврс. Можетъ быть въ случаяхъ въ Баваріи была трахеотомія не по поводу только дифтеріи. Вѣдь при дифтеріи имѣется полное отравленіе организма; трудно себѣ представить поэтому, что больнымъ помогала трахеотомія. Статистика, приведенная Вами д-ръ Идельсонъ, не можетъ имѣть значенія. Вѣдь тогда еще не было сыворотки.

Идельсонъ. Я говорю вообще о трахеостомированныхъ больныхъ.

Зуевъ. Здѣсь никто не говоритъ, что она (интубація) лучше трахеотоміи. Конечно, спорно, что лучше.

Административная часть засѣданія.

1. Постановлено принять бумагу отъ министерства финансовъ, представленную въ общество врачей дѣйствительнымъ членомъ д-ромъ М. П. Романовымъ и благодарить д-ра Романова за хлопоты и собрать болѣе подробныя свѣдѣнія объ условіяхъ субсидіи.

2. Выбраны стипендиатами на освободившуюся стипендию имени д. с. с. Ротиштейна студенты Никольской и Успенской и ученикъ гимназии Рѣпинъ, какъ получившіе наибольшее количество избирательныхъ шаровъ.

Баллотировались студенцы.	изб.	неизб.	ученики Казанской 1-й гим.	изб.	неизб.
Глушиковъ	4	16	Румянцевъ	13	7
Порватовъ	9	11	Рѣпинъ	14	6
Никольский	18	2	Скибицкий	1	19
Якобсонъ	3	17			
Успенский	12	8			
Стояновъ-Цапковъ	4	16			
Галковичъ	3	17			
Алексеевъ	2	16			

3. Избранъ д-ръ Побѣдимскій въ дѣйствительные члены Общества врачей.

4. Утвержденъ протоколъ засѣданія отъ 26-го Января 1903 года.

Предсѣдатель *A. Каземъ-Бекъ.*

Секретарь *A. Фаворскій.*

ПРОТОКОЛЪ

очередного засѣданія Общества Врачей при Импера-
торскомъ Казанскомъ Университетѣ.

18-го Декабря 1903 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при Секретарѣ д-рѣ
А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали: Даркиевичъ, Каванскій, Клячкинъ, Широкихъ, Рождественскій, Троицкій, Тихомировъ, Первушинъ, Кандаратскій, Агафоновъ, Калачевъ, Левинъ, Гиммель, Петрулисъ, Шулейко, Панъ, Неболюбовъ.

ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

1. Проф. Н. А. Геркенъ. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи рака гортани (съ демонстраціей больного).

П Р Е Н И Я.

Проф. Каземъ-Бекъ. Прежде всего я считаю долгомъ отъ лица общества благодарить Васъ за крайне интересный докладъ Вашъ. Не смотря на дурные условия Александровской больницы, где операционная комната находится рядомъ съ пріемной, посѣщаемой и заразными больными (рожа и т. д.), Вамъ удалось достигнуть блестящаго исхода этой пелегкой операции. Я позволилъ бы себѣ высказать свой взглядъ, что оперированіе рака гортани нужно производить въ раннихъ степеняхъ. 2 мѣсяца тому назадъ я имѣлъ больного съ карциномой лѣвой голосовой связки, *sinus Morgagni* и подслизистой подсвязочной ткани. При ларингоскопическомъ исследованіи новообразованіе походило на папиллому, но изъявлялъ ся и видъ этого послѣдняго позволяло думать о ракѣ, почему и была предложена больному операция частичной резекціи. Но передъ операцией я удалилъ больному подъ мѣстной кокаинизаціей часть новообразованія. Спустя мѣсяцъ

сяцъ послѣ этого, я не видалъ у него уже такихъ разрошеній, какія были до операциіи, но за то опухоль распространилась на болѣе обширное пространство. Послѣ этого приступлено къ радикальной операциіи. Въ настоящее время видъ больного хороший, железъ нѣтъ, говоритъ онъ шепотомъ. Отсюда можно слѣдить заключеніе, что частичная резекція является очень хорошимъ средствомъ, но только при раннихъ стадіяхъ рака горлани.—У другого больного съ ракомъ горлани я рѣшилъ испробовать гальванокаустику. Послѣ удаленія новобразованія острыймъ орудіемъ у него получилось облегченіе, но затѣмъ пришлось прибѣгнуть къ гальванокаустику. Вѣроятно, для полученія стойкихъ результатовъ придется выжигать очень долго. Но если и это окажется безуспѣшнымъ, то явится необходимость обратиться къ частичной резекціи горлани.

2. Д-ръ Б. Н. Агафоновъ. Случай кесарскаго съченія при пораженіи ракомъ маткѣ.

Преній по докладу не послѣдовало. Проф. Каземъ-Бекъ благодарилъ докладчика за докладъ отъ имени Общества врачей.

Административная часть.

1. Утверждены протоколы отъ 31-го Января 1903 года, отъ 28 февраля 1903 года и отъ 8-го Ноября 1904 года.

2. Выбрана комиссія для выработки условій, на которыхъ желательно принять обществу субсидію отъ Министерства Финансовъ на изданіе медицинскихъ популярныхъ брошюрокъ. Въ составъ вошли—проф. Геркенъ, д-ра Первушинъ и Оаворскій.

3. Доложено ходатайство семеинно-педагогического кружка объ организаціи лекцій по гигієнѣ дѣтскаго возраста и по правильной постановкѣ физическаго воспитанія дѣтей.—Постановлено удовлетворить ходатайство и избрать комиссію для выработки программъ и характера лекцій. Въ составъ комиссіи вошли—проф. Аргутинскій-Долгоруковъ (если онъ согласится), проф. Даркевичъ, прив. доц. Неболюбовъ, д-ра Первушинъ, Менщиковъ, Оаворскій.

4. Избраны въ действительные члены общества врачей д-ра Пичугинъ (единогласно) и Чалусовъ (12 избир. и 1 неизбир.).

Предсѣдатель *A. Каземъ-Бекъ.*

Секретарь *A. Оаворскій.*

ПРОТОКОЛЪ

очередного засѣданія Общества Врачей при Импера-
торскомъ Казанскомъ Университетѣ.

29-го февраля 1604 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при Секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали: почетн. членъ проф. Н. М. Любимовъ, дѣйствит. чл. Неболюбовъ, Казанскій, Гиммелъ, Первушинъ, Чарушкинъ, Скуридинъ, Осокинъ, Левинъ, Сивре, Чаузовъ, Пичугинъ, Топорковъ, Захарьевскій, Овчинниковъ, Шибковъ, Зуевъ, Пильновъ, Кузнецовъ, Агафоновъ, Идельсонъ, и гости-проф. Ковалевскій и д-ръ Николскій.

ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

Д-ръ С. П. Порфириевъ. Случай chondritis et osteitis gummosa sterni (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

П Р Е Н И Я.

Проф. Ковалевскій. Я очень былъ радъ выслушать такой докладъ: во 1-хъ потому, что онъ сдѣланъ въ обществѣ врачей, публично, а во 2-хъ потому, что онъ исходитъ изъ лабораторіи проф. Н. М. Любимова, который въ данномъ случаѣ можетъ быть авторитетомъ. Изъ года въ годъ мы читаемъ въ газетахъ: въ такомъ то году въ больницахъ душевнобольныхъ у больного сломано 10 реберъ, въ такомъ-то году 8 реберъ и т. д., является полное основание проглядывать врачей. Чѣмъ же мы защищаемся въ такихъ случаяхъ. Это—не мы, а сторожа; но это напоминастъ унтеръ-офицерскую жену, которая сама себя выѣкла. Между тѣмъ, въ данномъ случаѣ объективно доказывается расхожденіе

костей въ силу процесса патологического. Мы часто наблюдаемъ это явление въ больницахъ для душевно больныхъ у прогрессивныхъ паралитиковъ, но при жизни мы не имѣемъ возможности поставить определенный диагнозъ пораженія кости. Докладчикъ указываетъ, что % остеитовъ и періоститовъ рѣдокъ, но мнѣ кажется, онъ будетъ чаще, если обратиться въ дома умалишенныхъ. По крайней мѣрѣ у меня сложилось такое впечатлѣніе въ бытность мою въ Харьковѣ где мнѣ пришлось сдѣлать 1000 вскрытий. Ваші свѣдѣнія будутъ обширнѣе, если Вы воспользуетесь этимъ материаломъ. Помимо общественного значенія Вашъ докладъ заслуживаетъ глубокого вниманія и въ научномъ отношеніи. 15 лѣтъ тому назадъ былъ выдвинутъ Fournier вопросъ о парасифилисѣ. Затѣмъ, этотъ вопросъ французскими же авторами подвергнутъ быть сильному сомнѣнію и преданъ забвению. По моему, едва-ли нужно говорить о сифилисѣ парасифилитическомъ—пассивномъ, когда мы видимъ въ случаѣ докладчика при клинической картинѣ парасифилитического заболѣванія сифилисъ активный.

Прив. лол. Гиммель. Проф. Ковалевскій указалъ что % остеитовъ и періоститовъ будетъ больше, если обратиться въ больницы душевнобольныхъ но дѣло въ томъ, что точный диагнозъ упомянутыхъ страданій при жизни очень труденъ. Не говоря ужъ о трудности диагностики сифилитическихъ страданій, диагнозъ такихъ заболѣваній, какъ гоноокксовъ представляется доселѣ очень несовершеннымъ, даже при окраскѣ по Neisser'у, а равно и по Грамму. Дѣйствительно, только еще окраска по Грамму дополнительно съ сафраниновъ, даетъ возможность окрасить гонооккъ, обезцвѣтившійся по Грамму, и тѣмъ нѣсколько облегчаетъ диагностику, но такая окраска употребляется далеко не вездѣ. По крайней мѣрѣ примѣненіе ея въ Казани мнѣ неизвѣстно.

Переходя къ вопросу о диагностикѣ сифилитическихъ страданій, я долженъ отмѣтить, что обыкновенно въ клиникахъ диагностируютъ такъ: можетъ быть это osteitis, а можетъ быть и periostitis, и т. д., но кто же можетъ поручится, что здѣсь неѣтъ chondritis? Подобного рода диагнозъ, безъ патолого-анатомического диагноза не имѣть никакого значенія. На мой взглядъ, представленный докладъ является очень солиднымъ. Я, да и, вѣроятно, многие другіе въ первый разъ видятъ сифилитическое гуммозное пораженіе костной ткани, изслѣдованное вполнѣ научно.

Проф. Любимовъ. Мнѣ приходится вскрывать въ Окружной лечебнице, причемъ я неоднократно сталкивался съ произвольными переломами костей. По моимъ наблюденіямъ при переломахъ у паралитиковъ хрящъ и кость одинаково атрофированы; губчатое вещество расщеплено, костные пространства велики, такъ что легкій нажимъ ножа перерѣзаетъ ребро; костныхъ перекладинъ здѣсь несбываются. Въ случаѣ же докладчика мы имѣемъ утолщеніе хрящевой части и костной. Въ одной хрящевой капсуле помѣщается по 8—10 кѣточкъ, следовательно мы имѣемъ здѣсь гиперплазію. Въ кости же межкостные промежутки расширены,

слѣдовательно, на ряду съ рассасываніемъ имѣемъ разрѣшеніе костной и хрящевой ткани. Кроме того, здѣсь между концами хряща и ребра внѣдрилась масса, состоящая въ серединѣ изъ распада, окруженнаго фиброзной тканью. Шуги этой ткани внѣдряются и въ хрящъ и въ кость. Въ этой фиброзной ткани имѣются маленькия скопленія калькокъ, — какъ бы миллиарные гуммы. Желательно было бы изученіе этой формы клиницистами. Быть можетъ, она встрѣчается чаще, чѣмъ мы думаемъ. Данный случай является первымъ за все время моей дѣятельности.

Д-ръ Сивре. Окраска гонококковъ по способу, указанному д-ромъ Гиммелемъ, насколько мнѣ известно, употребляется въ Казани въ глазной клиникѣ.

Д-ръ Орловъ. Въ глазной клиникѣ эта окраска введена послѣ ознакомленія насъ съ именемъ Гиммелемъ.

Прив.-доц. Неболюбовъ. Травматические переломы сопровождаются обыкновенно кровоизлѣяніями. Какъ обстоитъ дѣло въ случаяхъ, подобныхъ данному?

Проф. Любимовъ. Кровь въ такихъ случаяхъ бываетъ только подъ periosteum, въ подкожной же и мышечной ткани ее нетъ.

Прив.-доц. Неболюбовъ. Отсутствіе крови говоритъ за отсутствіе травматического поврежденія.

Проф. Любимовъ. При вскрытии въ Окружной лечебницѣ я всегда обращаю вниманіе, есть ли при переломахъ крови. Но я ни разу не встрѣчалъ въ такихъ случаяхъ кровоизлѣянія, хотя я вскрываю тамъ 15 лѣтъ.

Д-ръ Топорковъ. Для насъ психиатровъ случаи, подобные представленному, представляются очень важными. Что у паралитиковъ имѣется легкая наклонность къ переломамъ костей, является для насъ общимъ мѣстомъ, но это далеко не убѣдительно для многихъ. Описанный случай мы пережили такъ сказать, на себѣ. Послѣ беспокойства, державшагося у больного въ теченіе 4-хъ часовъ и обнаружилъ у него переломъ одного ребра. Призванный специалистъ-хирургъ узналъ здѣсь расхожденіе уже 2-хъ реберъ. Это насъ не мало смущило. Извѣщеній объ этомъ г. врачаѣный Инспекторъ при изслѣдованіи больного тоже нашелъ переломы реберъ, при отсутствіи видѣніи травматическихъ признаковъ. Хирургъ однако указалъ, что весьма возможно тутъ было, хотя и, быть можетъ, очень незначительное, насилие. На другой день прѣѣхалъ профессоръ-хирургъ и нашелъ уже переломъ грудной кости и еще нѣсколько переломовъ реберъ. Мы были въ ужасномъ положеніи: такъ какъ вслѣдствіе беспокойнаго состоянія пришлось больного держать 4 часа, то, быть можетъ, ему какъ нибудь при неосторожности обращеніи и переломили ребра. Пришлось по этому поводу разсуждать съ родственниками больного и объяснять имъ эти переломы существующую у паралитиковъ легкую наклонность къ переломамъ. Вскрытие въ данномъ случаѣ явилось прямо таки спасительнымъ, такъ какъ вполнѣ объяснило, почему произошло это расхожденіе реберъ.

Д-ръ Порфириевъ. Относительно отсутствія крови при переломахъ у душевнобольныхъ имются указанія въ литературѣ, напр., у д-ра Константиновскаго, въ его диссертациі, обращается вниманіе, что при переломахъ реберь душевнобольныхъ кровоизліянія не бывастъ.

Проф. Любимовъ. Здѣсь между прочимъ очень интересно, что въ груди образовалась гнойная полость, которая была покрыта надперостеумомъ, и прорвалась въ переднее средостѣніе.

Проф. Каземъ-Бекъ выразилъ докладчику отъ лица Общества благотворности за интересный докладъ. Случай этотъ имѣтъ значеніе не только для насъ, но и вообще для больницъ душевнобольныхъ.

2. Д-ръ Никольскій. Описаніе устройства клиникъ, городскихъ больницъ и нѣкоторыхъ общественныхъ учрежденій и специальныхъ заведеній въ Германіи (Саксоніи, Пруссіи, Баваріи и Силезіи) и въ Парижѣ.

П Р Е Н И Я

Д-ръ Зусевъ. Къ какому году относятся сообщаемыя Вами данные?

Докладчикъ. Къ концу 1901 года, 1902 и 1903 года.

Проф. Ковалевскій. Очень сожалѣю, что Вы проинтили въ описаніи заведеніе для эпилептиковъ. Заведеніе это представляется очень интереснымъ въ томъ отношеніи, какъ нѣмцы умѣли приспособиться къ эпилептикамъ.

Докладчикъ. Мнѣ часто приходилось осматривать больницы съ людьми, мало свѣдущими въ медицинскомъ дѣлѣ, напр.смотрителемъ, который, само со-бю разумѣется, не могъ обратить на многое моего вниманія. Затѣмъ, посѣщеніе больницъ мною производилось между прочимъ, въ свободное отъ моихъ главныхъ занятій время, именно по праздникамъ, такъ какъ главная цѣль моей поѣздки за границу состояла въ изученіи гигієническихъ учрежденій.

Прив.-доц. Гиммель. При моей поѣздкѣ за границу, я думалъ встрѣтить тамъ усовершенствованныя больницы и т. д., но только клиника проф. Lassar'a удовлетворила меня. Что же касается другихъ клиникъ, то въ нихъ ничего особенного не оказалось напр., частная клиника проф. Joseph'a состоитъ всего только изъ $2\frac{1}{2}$ комнатъ. Что касается сифилитического отдѣленія въ Charite, то дѣло обстоитъ тамъ, на мой взглядъ не совсѣмъ хорошо: больные находятся въ общей комнатѣ. Вообще больницы тамъ находятся не въ желательномъ положеніи.

Д-ръ Десятовъ. Куда идутъ отбросы изъ больницъ?

Докладчикъ. Въ канализацію общую.

Проф. Каземъ-Бекъ. Вашъ очень интересный и обширный докладъ является для врачей, желающихъ поѣстить Германію, какъ бы указателемъ.

Административная часть.

1. Д-ръ Сивре просилъ его освободить отъ обязанности секретаря редакціи, такъ какъ одному секретарю нѣтъ никакой возможности вести всю работу по редакціи. Общество просило оставаться д-ра Сивре секретаремъ, раздѣливъ трудъ по редакціи между д-ромъ Сивре и еще 2-мя секретарями. Д-ръ Сивре согласился оставаться секретаремъ. Выбраны секретариямъ редакціи еще д-ръ Осокинъ и д-ръ Овчинниковъ.

2. Должено приглашение самарского съезда врачей по кумысолѣчению принять участіе въ его трудахъ. Постановлено принять къ свѣдѣнію и извѣстить всѣхъ членовъ Общества объ этой бумагѣ.

3. Должено предложеніе Юбилейной комиссіи при Казанскомъ университѣтѣ произнести рѣчь по медицинскому или имѣющему общій интересъ на предстоящемъ 100 лѣтнемъ юбилеѣ университета. Постановлено принять къ свѣдѣнію и извѣстить объ этомъ всѣхъ членовъ Общества.

4. Должна бумага медицинскаго департамента по вопросу о туберкулезѣ животныхъ и человѣка. Постановлено принять къ свѣдѣнію и извѣстить всѣхъ членовъ Общества объ этомъ.

5. Санкционировано представительство проф. Любимова отъ имени Общества врачей на бывшемъ 25 лѣтнемъ юбилеѣ Русскаго Общества Охраненія Народнаго здравія.

Предсѣдатель *A. Каземъ-Бекъ.*

Секретарь *A. Фаворский.*
