

61  
0-417

(7)

Въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго.

# ТРУДЫ

Общества Одесскихъ Врачей

1904 г.



ВЫПУСКЪ I.

1904-1914

Книгъ IIIго Кавуцка

Одесское общество врачей  
и дистрибуция в Сарожникова,  
Кавуцка 21

Въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго.

# ТРУДЫ

Общества Одесскихъ Врачей

1904 г.



2012

1952 г.

1972

ИНВЕНТАР  
№ 27306

ОДЕССА.

„Коммерческая“ типографія и литографія Б. Сапожникова,  
Ришельевская 27

ИНВЕНТАР  
№ 1570



61.  
0-417

61.

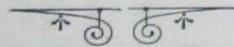
Дозволено цензурою. Одесса, 4 Апрелья 1904 года.

ПЕРЕОБЪЯ

2105

## СОДЕРЖАНІЕ.

	Стр.
1. Д-ръ <b>И. С. Гешелинъ</b> . Къ казуистикѣ тяжелыхъ заболѣваній средняго уха. . . . .	9
2. Д-ръ <b>Ф. А. Гребнеръ</b> . Къ вопросу о примѣненіи кинезитерапіи въ области нервныхъ болѣзней. . . . .	17
3. Д-ръ <b>Л. Б. Бухштабъ</b> . Случай болѣзни Vanti. (Демонстрація больного). . . . .	41
4. Д-ръ <b>Л. Б. Бухштабъ</b> . О новомъ видоизмѣненіи реакціи Widal'я для серодиагностики брюшнаго тифа. (Демонстрація способа Ficker'a). . . . .	47
5. Д-ръ <b>М. С. Мильманъ</b> . Къ патологической анатоміи „Cystitis dissecans.“ . . . . .	53
6. Д-ръ <b>В. Д. Зеленскій</b> . Къ казуистикѣ смертельныхъ кровотеченій изъ пищевода. . . . .	57
7. Д-ръ <b>Л. А. Зильбербергъ</b> . Случай болѣзни Vanti. . . . .	61
8. Протоколы очередныхъ засѣданій 15 и 23 Ноября, 13 и 20 Декабря 1903 г.; 24 Января и 24 Февраля 1904 г.	67





## **Жъ казуистикѣ тяжелыхъ осложненій воспаленія средняго уха.**

**Д-ра И. С. Гешелина.**

*(Изъ отіатрическаго отдѣленія Одесской Еврейской Больницы).*

Острое воспаленіе средняго уха имѣетъ необыкновенно разнообразное теченіе; оно разнообразится какъ по продолжительности, такъ и по тяжести каждаго отдѣльнаго своего признака; иногда приходится наблюдать воспаленія, продолжающіяся всего нѣсколько часовъ, ограничивающіяся только одной гипереміей слизистой оболочки и выражающіяся только въ сильныхъ боляхъ въ ухѣ; иногда явленія воспаленія какъ мѣстныя, такъ и общія нарастаютъ медленно и постепенно переходятъ черезъ всѣ свои ступени: гиперемія, опухоль и выдѣленіе секрета отъ серознаго до гнойнаго включительно; иногда, особенно при инфлуэнцѣ, процессъ начинается необыкновенно бурно, достигая своего аспе уже въ теченіе 24 или и того менѣе часовъ. Съ молніеносной быстротой явленія воспаленія слѣдуютъ другъ за другомъ; больной не успѣлъ оглянуться, какъ уже у него при необыкновенно сильныхъ боляхъ и высокой температурѣ появилось истеченіе изъ уха кровянисто-гнойной, а то и чисто гнойной жидкости; очень бурно начавшійся процессъ можетъ сравнительно въ короткое время закончиться или наоборотъ: начавшись сравнительно очень умѣренно, протекаетъ въ дальнѣйшемъ очень бурно и вмѣстѣ съ тѣмъ продолжительно. Однимъ словомъ, циклическаго теченія наша болѣзнь не имѣетъ. Въ такъ называемыхъ перфоративныхъ случаяхъ еще очень многое въ смыслѣ того или иного теченія зависитъ отъ времени перфорации и отъ естественнаго или искусственнаго ея происхожденія; на одномъ и томъ же субъектѣ двухсторонній otit. med. протекаетъ въ томъ ухѣ, въ которомъ перфорации произошла естественно, иначе чѣмъ въ другомъ, въ которомъ былъ сдѣланъ парацентезъ. Необыкновенное разнообразіе теченія воспаленія средняго уха еще болѣе варьируетъ отъ того обстоятельства, будетъ ли воспаленіе ограничиваться одной областью средняго уха



т. е. барабанной полостью, или же оно перейдетъ и на сосѣднія съ нимъ части, напр., на сосцевидный отростокъ, на мозговья оболочки, на черепныя пазухи; останется ли процессъ чисто мѣстнымъ съ обычными каждому воспаленію какого либо органа общими явленіями или же процессъ приметъ сразу характеръ общаго зараженія организма. Все это до того разнообразно, что дало поводъ одному автору сказать, что при заболѣваніи острымъ воспаленіемъ средняго уха вы никогда не можете сказать—„wie, wann und wohin sie (die Entzündung) führen kann“.

Извѣстный и одинъ изъ популярнѣйшихъ отіатровъ Политцеръ на одной изъ своихъ курсовыхъ лекцій выразился, что почти надъ каждымъ отитикомъ виситъ Дамокловъ мечъ, всегда готовый обрушиться на его голову. Всѣ упомянутыя вкратцѣ разновидности, конечно, подробно изучены и описаны во всѣхъ руководствахъ и отдѣльныхъ трактатахъ и, каково бы ни было теченіе остраго отита и каковы бы ни были его осложненія,—они не могутъ теперь составить абсолютной неожиданности и непредвидѣнности для болѣе или менѣе опытнаго отіатра. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются случаи, которые своею особенною исключительностью какъ по быстротѣ, такъ и тяжести своего теченія достойны публикаціи, такъ какъ въ такой именно формѣ они до сихъ поръ встрѣчались или очень рѣдко, или никогда. Я раньше уже вскользь упомянулъ, что острые отиты могутъ протекать гладко, то есть безъ осложненій, или съ таковыми; я упомянулъ также вскользь—какія могутъ быть осложненія. Болѣе подробно, хотя только въ общихъ словахъ, я напому, что самымъ частымъ осложненіемъ мы считаемъ переходъ воспаленія на сосцевидный отростокъ въ видѣ періостита, остейта, воспаленія слизистой оболочки или стѣнокъ *antri mastoidei* и клѣтокъ соска; затѣмъ слѣдуетъ воспаленіе стѣнокъ поперечной пазухи съ тромбозомъ ея содержимаго, вызывающимъ такъ назыв. отогенную піэмію, о которой я имѣлъ уже честь Вамъ подробно докладывать \*); далѣе слѣдуютъ уже болѣе рѣдкія внутричерепныя осложненія въ видѣ воспаленій твердой и мягкой мозговыхъ оболочекъ, мозговыхъ абсцессовъ, закупорки другихъ мозговыхъ па-

\* ) Хирургія, Апрель 1904 г.



зухъ и, наконецъ, случаи тяжелаго заболѣванія общей инфекціей. Случаи, о которыхъ я беру на себя смѣлость сегодня вамъ сообщить, хотя и подходятъ подъ только что описанныя группы, но принадлежатъ именно къ тѣмъ, которые по своей исключительности заслуживаютъ вниманія не только отіатровъ, но всѣхъ насъ. Такихъ случаевъ у меня за послѣдніе 2 года было 5. Вкратцѣ вотъ они.

1) 50-ти лѣтній тучный мужчина заболѣлъ болью въ правомъ ухѣ; при изслѣдованіи—барабанная перепонка оказалась равномѣрно красной и утолщенной; на слѣдующій день температура 39, боли сильнѣе, объективно та же картина; 3-й день: перфорация барабанной перепонки въ нижнезаднемъ квадрантѣ, обильное серозно-гнойное выдѣленіе, боли совершенно прошли, зато общее состояніе ухудшилось. Головные боли при всякомъ движеніи тѣла, температура 39,5. 4-й день: полубезсознательное состояніе; голова очень тяжела, избѣгаетъ всякихъ движеній, температура 39, пульсъ все время соотвѣтствуетъ температурѣ: 85-100. Вечеромъ того же дня лѣвое предплечье очень болѣзненно, флегмонозно инфильтрировано и покрыто неравномѣрными красными пятнами. Къ утру (значитъ послѣ 4 дней болѣзни)—больной погибъ при усилившихся явленіяхъ депрессіи мозга и сердечной слабости.

2) А-ра Стамболи 28 л. Анемичная особа. Заболѣла фолликул. ангиной. Черезъ 2 дня боли въ ухѣ, головная боль, рвота, температура 39, ознобъ, выдѣленіе изъ уха незначительное. 2 дня такое же состояніе. Опять ознобъ, боль въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ. Апатія, тошнота, рвота, пульсъ частый, расширено отверстие въ барабанной перепонкѣ; выдѣленіе не увеличивается. Селезенка ясно ощупывается, температура между 39—40. Сознаніе лучшее. Операция. Обыкновенная трепанация. Нигдѣ свободнаго гноя и грануляцій нѣтъ. Клѣтки не разрушены, пропитаны влагой; обнаженъ *sinus*, по виду совершенно здоровый, при пункціи чистая жидкая кровь. Послѣ операции температура не падаетъ. Появились поносы, смерть на 5 день послѣ операции.

3) Я. Гольденб. 36 лѣтъ. Тучный вялый мужчина. Заболѣлъ 22/ix болью въ ухѣ; на слѣдующій день произвольная перфорация барабанной перепонки съ необильнымъ сукровичнымъ выдѣленіемъ. Къ вечеру полубезсознательное



состояніе, температура, какъ и въ предыдущіе дни, около 40, при частомъ и слабомъ пульсѣ. Легкій *icterus et paresis facialis*. 24/ix переведенъ въ больницу. Совершена трепанація, резецированъ весь сосцевидный отростокъ, широко открытъ *antrum* и соединенъ съ *cavum*; всѣ клѣтки и даже *diploe* въ затылочной кости выполнены сукровичной жидкостью, сама кость мягка, рыхла. Явленія помутнѣнія сознания и общаго *sepsis* увеличиваются, и больной на второй день послѣ операціи погибъ (на 4 день отъ начала заболѣванія).

Всѣ трое больныхъ погибли отъ общаго септического зараженія. Особенно тяжело и быстро протекла болѣзнь у 1-го и 3-го больныхъ. Ихъ болѣзнь можно бы назвать отогенной *Toxinaemie foudroyante*. У перваго больного я объ операціи и не успѣлъ подумать, а послѣднему операція ничего не помогла, такъ какъ организмъ уже былъ пропитанъ септическими бактеріями и ихъ токсинами—удаленіе первоначальнаго фокуса, какъ видно, уже помочь не могло: не смотря на то, что операція была сдѣлана на 3 день послѣ заболѣванія, септическій фокусъ уже былъ очень обширенъ и уже вышелъ далеко за предѣлы первоначальнаго пораженія. Параличъ *facialis* трудно объяснить. Его можно объяснить или внѣдреніемъ септической жидкости въ фалопіевъ каналъ черезъ разрыхленную стѣнку его или жидкость проникла черезъ лабиринтъ и влагалище слуховаго нерва, съ которымъ *facialis* вмѣстѣ входитъ въ *porus acust. intern.* Появившійся *icterus* несомнѣнно гематогеннаго происхожденія и показываетъ на глубокое пораженіе всей крови. Какая же могла быть рѣчь о спасеніи больного? Если можно было себѣ сдѣлать упрекъ, почѣму въ первомъ случаѣ не сдѣлана попытка спасти больного путемъ операціи, то второй и третій случаи съ убѣдительною доказываютъ, что эта попытка была бесплодна; 2-й случай, хотя и протекаетъ менѣе бурно, но долженъ быть отнесенъ къ той же категоріи; и здѣсь операція была безуспѣшна; въ этомъ случаѣ по независящимъ отъ меня причинамъ произошло нѣкоторое запозданіе въ производствѣ операціи, но врядъ-ли на день—другой болѣе ранняя операція спасла бы больную. Къ величайшему моему сожалѣнію—ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не произведено было бактериологическое изслѣдованіе.



4) Мужчина около 60 лѣтъ отъ роду заболѣлъ 2/v незначительными болями въ ухѣ и произвольной перфорацией перепонки. На второй день головныя боли, рвота, на четвертый день—бессознательное состояніе; очень твердый пульсъ, Hemiplegia противоположной стороны. Со стороны уха—незначительное гноеотдѣленіе. Лумбальная пункція (д-ръ З.): мутная гноевидная жидкость, при бактериологическомъ изслѣдованіи содержащая гной, диплококки и стрептококки (д-ръ Бр.). При все болѣе усиливающихся менингеальныхъ явленіяхъ больной погибъ на 9 день отъ начала заболѣванія. Въ этомъ случаѣ мы и не пытались оперативно вмѣшаться, такъ какъ діагнозъ разлитого meningit'a, благодаря лумбальной пункціи, былъ очень очевиденъ, а въ такихъ случаяхъ операція, конечно, совершенно бесполезна. Какимъ образомъ въ данномъ случаѣ гной и микроорганизмы такъ быстро прошли въ черепъ,—конечно, опять таки можно дѣлать только предположенія. Можетъ быть была dehiscentia въ tegmen tympani; или такимъ путемъ служили влагалища acustici и facialis или лимфатическая и кровеносная системы — все это только догадки. Несомнѣнный фактъ только то, что процессъ начался съ уха.

5) Мужчина 42 лѣтъ, поступилъ въ мое отдѣленіе 30/x съ сильными головными болями, очень высокой температурой и потрясающими ознобами. При изслѣдованіи оказалось: наружный слуховой проходъ нормаленъ, незначительное гноеотдѣленіе, перепонка опухша, перфорирована, косточекъ не видно, окружность уха нормальна, болѣе нѣтъ ни при давленіи, ни произвольныхъ. Діагнозъ: отогенная піэмія съ тромбомъ поперечной пазухи. Операція 1/xi. Antrum широкъ, выполненъ гнойными грануляціями, отростокъ безъ клѣтокъ, сильно склерозированъ, обнаженъ sinus на всемъ своемъ протяженіи, передняя его стѣнка истончена, тонка, грязно-чернаго цвѣта—пульсируетъ, плоска, при надрѣзѣ стѣнки—содержимаго не оказалось никакого, мозговая стѣнка такого же цвѣта, только очень глубоко по направленію къ bulbus ложечкой можно достать нѣсколько черныхъ кровяныхъ комочковъ, такіе же кусочки достаются изъ периферическаго (мозгового) конца. Очень легкая тампонада. Повязка—2/xi. Тяжелое общее состояніе продолжается; отекъ въѣкъ противоположнаго глаза. Сознаніе сохранено.



3/xi. Состояніе то же. Отекъ вѣкъ другого глаза; экхимозы всѣхъ 4 вѣкъ. Изъ бульбарнаго конца открытаго sinus'a жидкій, воиющій ихорозный распадъ. Диагнозъ: *Thrombus bulbi venae jugularis*; *Thrombus sinus cavernosi bilateralis*.

Вторая операція: елико возможно очищенъ sinus къ bulbus и кверху. Перевязана *vena jugularis*, которая оказалась совершенно колабирована и пуста. Вечеромъ того же дня: отекъ и экхимозъ вѣкъ колоссальны; верхніе вѣки си-неокрашены. Изслѣдованіе глазного дна (д-ръ Р.) *Neuritis optica*; вены дна не извилисты. Сознаніе помутнѣно; сильное безпокойство. Къ 1/2 8-го утра—*exitus*. Вскрытіе черепа: ихорозные тромбы всего sinus *transversus*, черезъ *bulbus venae jugularis* внизъ и до *torcular Herofilii* включительно; такіе же тромбы sinus *petrosus superioris*, sinus *cavernosi* обѣихъ сторонъ и соединяющихъ ихъ *s. circulosi Ridleyi*; стѣнки всѣхъ описанныхъ пазухъ въ состояніи распада. Мозговая ткань въ сосѣдствѣ съ *s. trans.* на поверхности темно окрашена и размягчена; гнойный *leptomeningitis* всей соотвѣтственной половины черепа съ переходомъ и на другую сторону. Этотъ случай, какъ видите, самый интересный изъ всѣхъ по обширности анатомическихъ измѣненій. Сильное пораженіе пазухъ находитъ свое объясненіе въ склеротичности сосцевиднаго отростка, тѣмъ самымъ застраховавшего себя отъ разрушительнаго дѣйствія воспалительнаго процесса, что въ свою очередь способствовало большому его сосредоточиванію на мягкихъ стѣнкахъ пазухъ, *resp.* на его содержимомъ.

Тромбозированіе въ огромномъ большинствѣ случаевъ ограничивается поперечной пазухой съ перѣдкимъ продолженіемъ черезъ *bulbus* въ яремную вену; такое же обширное распространеніе въ полости черепа до кавернозной пазухи включительно встрѣчается довольно рѣдко, а о переходѣ черезъ sinus *circulosus Ridleyi* на другую сторону мнѣ не приходилось читать нигдѣ; смѣю думать, что мой случай первый—вотъ почему я на немъ остановился нѣсколько подробнѣе.

Что касается оперативнаго вмѣшательства, то одинъ авторъ описываетъ успѣшное вскрытіе и очистку sinus *cavernosi*, но до такой виртуозности мы къ величайшему нашему сожалѣнію еще не дошли. Къ тому же у нашего



больного и эта виртуозность не помогла бы, такъ какъ у него имѣлся и разлитой менингитъ и даже начало энцефалита.

Послѣ эпикритическихъ замѣчаній къ каждому изъ описанныхъ случаевъ мнѣ, собственно говоря, прибавлять больше нечего; заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ такъ характерны, что описанія уже сами говорятъ за себя. Если бы захотѣть сдѣлать хоть малѣйшую попытку къ этиологіи этихъ тяжелыхъ и къ счастью довольно рѣдкихъ осложненій такой частой болѣзни, какъ *Otitis med.* то это конечно, останется только попыткой. Съ большею или меньшею вѣроятностью можно сказать, что безъ стрептококковъ (какъ это доказано для случая 4) дѣло не обошлось. На эти случаи нужно смотрѣть, какъ на такъ назыв. фудро-янтныя теченія другихъ инфекціонныхъ заболѣваній, зависящія отъ особой ядовитости микроорганизмовъ.

Въ заключеніе я прошу у Васъ извиненія за представленіе столь печальной и мрачной картины, на которой изображено 5 жертвъ нашего безсилія; быть можетъ, эта картина послужитъ намъ стимуломъ къ изученію и исканію средствъ къ борьбѣ съ врагомъ, точное знакомство съ которымъ уже будетъ началомъ побѣды надъ нимъ.









## Къ вопросу о примѣненіи кинезитерапіи (лечение движеніемъ и упражненіями) въ области нервныхъ болѣзней.

Д-ра Ф. А. Гребнера.

Благодаря новымъ пріемамъ, введеннымъ *Ramon y Cajal, Golgi* и другими изслѣдователями въ микроскопическую технику изслѣдованія нервной системы, мы теперь знаемъ, что нервныя клѣтки не соединены между собою непрерывной сѣтью волоконъ, а образуютъ каждая со своими отростками и со своимъ осевымъ цилиндромъ отдѣльную единицу—невронъ.

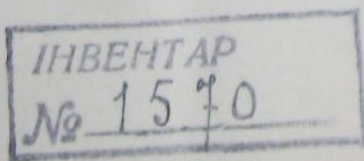
Эти *невроны*,—какъ ихъ называлъ *Waldeyer*, не переходятъ непрерывно другъ въ друга, а приходятъ только въ болѣе или менѣе тѣсное соприкосновеніе.

Открытіе нейроновъ произвело переворотъ не только въ нашихъ представленіяхъ объ анатомическомъ строѣ нервной системы, но оно повліяло также на наши взгляды на фізіологическія функціи центральныхъ нервныхъ органовъ.

Гипотеза о фізіологической роли нейроновъ не всѣми признана, но она лучше и легче всего объясняетъ намъ тѣ терапевтическіе результаты, которые получаются при помощи систематическихъ упражненій и движеній.

Кинезитерапія въ области нервныхъ болѣзней въ послѣднее время развита и научно обоснована въ особенности нѣмецкими учеными *Leyden*омъ и его учениками *Iacob, Goldsheider, Voikinoff*, затѣмъ проф. *Hoffa, Frenkel, Herz* и другими.

Внѣшнія воспріятія, будь это химическія, термическія или механическія раздраженія кожи или слизистой оболочки, или акустическія, или оптическія впечатлѣнія и т. п. передаются при помощи периферическаго нейрона другому центральному нейрону или нейронамъ и вызываютъ чрезъ



последній или чрезъ последніе или ощущение или мышечное сокращеніе, или выдѣленіе железы и проч.

Но для того, чтобы достигнуть этого результата, требуется:

- 1) чтобы внѣшнее раздраженіе достигло извѣстной силы;
- 2) чтобы возбужденіе, вызванное въ периферическомъ нервѣ, было достаточно сильное, чтобы служить передачей толчка къ сосѣднымъ мускуло-моторнымъ, секреторнымъ нервамъ.

Та степень возбудимости нервовъ, которая необходима для безпрепятственной передачи импульса отъ периферіи къ нервону и отъ нервона къ нервону называется Goldscheider'омъ *Neuronswille* или *Reifswille*.

Для нормальной жизнедѣятельности нервона требуется постоянныя раздраженія, не превышающія извѣстной силы.

Къ такимъ раздраженіямъ принадлежатъ выше перечисленныя раздраженія кожи и слизистой оболочки, органовъ зрѣнія, слуха, обонянія; къ нимъ принадлежатъ, тоже такъ называемыя органическія ощущенія (*Organsfühle*) въ мышцахъ и другихъ органахъ.

Къ нимъ принадлежатъ, наконецъ, и тѣ нервныя раздраженія, которыя получаютъ активными и пассивными движеніями и массажными манипуляціями.

Всѣ эти периферическія раздраженія могутъ дѣйствовать отдѣльно или совмѣстно на нервоны съ различной силой и въ разнообразныхъ сочетаніяхъ и могутъ примѣняться систематически съ терапевтической цѣлью.

Такимъ образомъ для такъ называемой врачебной гимнастики и для массажа открываются новые горизонты, открывается новое широкое поле примѣненія, и дается объясненіе практически давно извѣстнымъ терапевтическимъ результатамъ.

Опытомъ доказано, что повторныя раздраженія вызываютъ пониженія *Reifswille* т. е. они понижаютъ сопротивленіе, инертность нервовъ и повышаютъ его возбудимость.

Если сила раздраженія слышкомъ незначительна, или если почему либо возбудимость нервона уменьшена противъ нормы до того, что передача отъ нервона къ нервону не



происходить, то и въ такомъ случаѣ раздраженіе не проходитъ безрезультатнымъ.

Въ такихъ случаяхъ повторныя слабыя раздраженія имѣють послѣдствіемъ, что пути *напѣзжаются* т. е. въ концѣ концовъ побѣждается инертность, возстановляется нормальная возбудимость и происходитъ передача: *die Neurone werden durch Uebung gebahnt*, какъ выражается Goldscheider и его послѣдователи.

Кромѣ этого повышенія возбудимости получается еще другой результатъ благодаря повторнымъ раздраженіямъ и упражненіямъ, а именно:

Время, требуемое для передачи раздраженія отъ нейрона къ нейрону, сокращается.

*Exner* нашель, что повторными упражненіями возможно значительно уменьшить скрытое время, требуемое для перехода внѣшняго раздраженія въ мышечное сокращеніе и проч.

Онъ сдѣлалъ изъ этого заключеніе, что это уменьшеніе времени получается именно при переходѣ отъ одной центральной нервной клѣтки къ другой, такъ какъ по нервнымъ волокнамъ раздраженія передаются съ одинаковой скоростью.

*Итакъ результатомъ повторныхъ систематическихъ раздраженій и упражненій являются:*

- 1) *уменьшеніе сопротивленія* вслѣдствіе увеличенія возбудимости нейрона,
- 2) *ускореніе передачи* отъ нейрона къ нейрону.

Эти факты освѣтили новымъ свѣтомъ эмпирически давно выработанные приемы кинезитерапіи, они вызвали новый интересъ къ этимъ способамъ леченія и послужили дальнѣйшему ихъ развитію въ послѣднее время, въ особенности со стороны учениковъ проф. *Leuyden'a*.

Мнѣ пришлось бы далеко выступить за рамки моего сегодняшняго доклада, если-бы я хотѣлъ дать полную картину терапевтическаго значенія и практическаго примѣненія принциповъ леченія упражненіями при нервныхъ болѣзняхъ.

Я прошу по этому заранѣе извиненія, если мои сообщенія носятъ отрывочный характеръ и будутъ касаться только нѣсколькихъ вопросовъ изъ области примѣненія кинезитерапіи въ неврологіи.



Между болѣзнями, представляющими самое широкое поле для примѣненія леченія упражненіями, первое мѣсто занимаетъ сухотка спинного мозга или вѣрнѣе самый тяжелый симптомъ этой болѣзни—атаксія.

Послѣ подвѣшиванія, введеннаго какъ извѣстно проф. Мочутковскимъ, леченіе атаксіи упражненіями или такъ называемый способъ Frenkel'я, въ послѣднее время сталъ предметомъ многочисленныхъ трудовъ.

Нѣкоторые авторы приписываютъ проф. Leyden'у инициативу въ примѣненіи упражненій на принципахъ Bahnungstherapie.

Это совершенно невѣрно.

Leyden первый въ Германіи рекомендовалъ сильныя мышечныя упражненія какъ компенсацію атаксіи,—я говорю въ Германіи, потому что давно до того въ Швеціи уже Livi и его ученики примѣняли и по сіе время примѣняютъ извѣстныя систематическія мышечныя упражненія при сухоткѣ.

Leyden сказалъ въ своей „Клиникѣ болѣзней спиннаго мозга“ въ 1876 г. слѣдующее: „*es ist auch daran zu erinnern dass kräftige Muskeln im Stande sind einen Theil der Ataxie zu compensiren—daher muss alles für Kräftigung und Stärkung der Muskeln gethan werden*“.

Этотъ совѣтъ точно такъ, какъ и обычная шведская и Zander'овская гимнастика, конечно, ничего, общаго не имѣютъ съ той системой леченія движеніями, которая основана была д-ромъ Frenkel'емъ, и которая затѣмъ нашла такихъ компетентныхъ и горячихъ защитниковъ и цѣнителей именно въ лицѣ Leyden'a, Erb'a и Raymond'a.

Frenkel никогда не рекомендовалъ сильныхъ мышечныхъ упражненій, наоборотъ, онъ ихъ опасался, какъ источника утомленія.

Frenkel усмотрѣлъ леченіе атаксіи въ повторныхъ систематическихъ активныхъ движеніяхъ, требующихъ точную координацію и вызванныхъ сознательнымъ волевымъ актомъ, въ упражненіи уцѣлѣвшихъ нервныхъ центровъ при наименьшей тратѣ мышечной силы. *Для него вся суть дѣла состоитъ въ упражненіи иннерваціи.*

Послѣдній моментъ самъ Leyden призналъ въ 1890 г. новымъ и самымъ существеннымъ элементомъ въ т. наз. компенсаторной терапіи атаксіи.



Кинезитерапія при атаксіи ґрунтується на принципѣ вызиванія уцѣлѣвшихъ невроновъ (изъ тѣхъ, которые служать передачѣ мышечно-чувствительныхъ ощущеній, столь необходимыхъ для координаціи движеній конечностей) и органа зрѣнія—къ усиленной дѣятельности взамятъ разрушенныхъ табетическимъ процессомъ.

При этомъ имѣются въ виду именно тѣ сложные координаціонныя центры, которые помѣщаются въ головномъ мозгу, зависять отъ волевого акта и отъ представленія предпринимаемаго движенія.

Такимъ образомъ способъ лѣченія атаксіи, предлагаемый и выработанный Frenkel'емъ, ґрунтується на теоріи о сенсоріальномъ происхожденіи атаксіи, и этимъ объясняется вызванное имъ живѣйшее сочувствіе со стороны Leyden'a и Goldscheider'a, которые, какъ извѣстно, первые установили эту общепринятую нынѣ теорію.

Frenkel первое свое сообщеніе о новомъ способѣ лѣченія атаксіи сдѣлалъ въ 1890 г. и спустя 10 лѣтъ издалъ обширную монографію о томъ же предметѣ съ подробнѣйшимъ описаніемъ техники.

Техника эта подвергалась разнымъ измѣненіямъ со стороны Jacob'a и Goldscheider'a, которые придумали рядъ спеціальныхъ аппаратовъ.

По личному опыту я долженъ сказать, что эти аппараты и измѣненія за весьма немногими исключеніями являются совершенно лишними или же вредными осложненіями способа.

Послѣднее относится въ особенности къ тѣмъ аппаратамъ, которые назначены для упражненій нижнихъ конечностей въ сидячемъ положеніи. Они упражняютъ координаціонныя движенія, не имѣющія прямого отношенія къ акту передвиженія, къ потребностямъ обыденной жизни, и, главное, очень утомительны, потому что требуютъ приподыманія впередъ всей упражняющейся конечности.

Способъ Frenkel'я далеко не пользуется тѣмъ вниманіемъ и тѣмъ распространеніемъ, котораго онъ заслуживаетъ и которое можно было ожидать послѣ тѣхъ отзывовъ, которыхъ онъ удостоился со стороны первыхъ современныхъ неврологовъ.



Даже въ Парижѣ въ Salpêtrière—въ томъ отдѣленіи проф. Raymond, переемника Charcot, гдѣ Frenkel когда-то демонстрировалъ первые поразительные случаи леченія атаксіи, теперь этотъ способъ не вошелъ въ постоянное употребленіе. Только изрѣдка кто нибудь изъ врачей, интересующихся специально сухоткою спинного мозга и не принадлежащій къ штату больницы, занимается упражненіями табетиковъ, какъ наприм. въ настоящее время д-ръ Koniudzi. Когда я четыре года тому назадъ спросилъ ординаторовъ и интерновъ отдѣленія, почему они предоставляютъ атактиковъ своей судьбѣ и не примѣняютъ упражненія, мнѣ отвѣтили, что для этого у нихъ нѣтъ времени „с'est un traitement de luxe“.

Такое отношеніе къ дѣлу мнѣ стало понятнымъ, когда я видѣлъ, что амбулаторные табетики въ томъ же отдѣленіи подвергались вытяженіямъ по способу *Gillis de la Tourette* въ отсутствіи врачей, при содѣйствіи простаго больничнаго служителя, точно такъ, какъ когда-то служитель подвѣшивалъ табетиковъ по способу Мочутковскаго.

Съ тѣхъ поръ какъ я 10 лѣтъ тому назадъ лично познакомился со способомъ Frenkel'я въ качествѣ его ассистента, мнѣ приходилось заниматься не одними десятками табетиковъ, и я могу сказать, что я не разочаровался въ этомъ способѣ, хотя нерѣдко не достигалъ никакихъ или очень незначительныхъ результатовъ.

Я не разочаровался, потому что зналъ заранѣе и не могъ не считаться съ двумя обстоятельствами, отъ меня не зависящими, которые часто являются причиною неудачи, а именно:

Больной не обладаетъ необходимой энергіей и терпѣніемъ и отказывается отъ доведенія до конца леченія, или же табетическій процессъ переходитъ во время леченія въ острый прогрессивный періодъ.

Я считаю совершенно бесполезнымъ привести статистику леченныхъ мною по способу Frenkel'я табетиковъ, потому что цифры тутъ, какъ вообще при всякой терапевтической статистикѣ, зависятъ отъ разныхъ личныхъ элементовъ и не могутъ имѣть общаго значенія и убѣдительной силы.



Я предпочитаю демонстрировать Вамъ, если позволите, однимъ изъ тѣхъ случаевъ, которые сторицей окупаютъ затраченное время и труды.

Этотъ случай интересенъ тѣмъ, что больной съ рѣдкой энергіей лечился въ теченіе трехъ лѣтъ съ перерывами, въ общей сложности 13 мѣсяцевъ; затѣмъ онъ заслуживаетъ Вашего вниманія тѣмъ, что онъ доказываетъ прочность результата леченія.

Намъ удалось вполнѣ прочно возстановить не только полную профессиональную работоспособность больного, но вообще способность нормальнаго передвиженія въ домѣ и на улицѣ, и мнѣ кажется, что я не преувеличиваю, если утверждаю, что устраненіе атаксіи содѣйствовало возстановленію общаго хорошаго состоянія питанія и самочувствія.

Наконецъ, этотъ случай первый, у котораго я примѣнялъ не только систематическія упражненія координаціи двигательныхъ органовъ, но и самостоятельныя упражненія органа зрѣнія, какъ союзника и замѣстителя мышечно-суставной чувствительности при ориентировкѣ въ пространствѣ.

Нашъ больной служитъ бухгалтеромъ въ здѣшней конторѣ. Ему 48 лѣтъ.

Онъ происходитъ изъ семейства, въ которомъ не было случаевъ нервныхъ болѣзней. Онъ женатъ и имѣетъ одного здороваго ребенка, съ молодости привыкъ къ трудовой жизни, чуждой излишествъ *in bacho et venere*.

Заразился *lues* 8 лѣтъ тому назадъ, лечился многократно втираніями и подкожными впрыскиваніями. Первые боли, слабость въ ногахъ и головокруженія больной нашъ замѣтилъ 5 лѣтъ тому назадъ; ко мнѣ обратился въ октябрѣ 1900 г. по рекомендаціи д-ра Вдовиковскаго съ діагнозомъ *Tabes dorsalis*.

Въ то время больной представилъ уже типическую картину *Tabes incipiens*.

Онъ жаловался на затрудненія при мочеиспусканіи, на ослабленіе половой способности, на рѣзкую утомляемость, постоянное чувство усталости, на слабость при ходьбѣ, на головокруженія и плохой аппетитъ. Боли въ ногахъ очень рѣдки и слабы, въ особенности въ правой подошвѣ. Больной ходитъ съ явной атаксіей, пользуется палкой и не можетъ ходить подрядъ больше 15—20 шаговъ.



При изслѣдованіи обнаружилась признаки Westphal, Romberg и Argyll-Robertson; кромѣ того, я констатировалъ пониженіе тактильной чувствительности кожи на груди въ видѣ типическаго пояса, особенно около лѣваго соска, шириною въ 3 сант., и суставно-мышечной чувствительности въ колѣнныхъ, голепостопныхъ и межфаланговыхъ суставахъ обѣихъ сторонъ 1-ой степени, немного болѣе рѣзко выраженную на лѣвой сторонѣ. Изслѣдованіе тонуса мышцъ нижнихъ конечностей дало слѣдующій результаты: пятна приближаются къ ягодицамъ на правой сторонѣ до 5 сант., на лѣвой до 4 сант.

Сгибаніе въ тазабедrenomъ суставѣ почти до прямого угла, отведеніе въ тазабедренныхъ суставахъ тоже въ границахъ нормы, и въ колѣнныхъ суставахъ разгибаніе не превышаетъ 180°.

Предпринятое леченіе состояло въ ежедневномъ энергичномъ массажѣ спины и нижнихъ конечностей, въ полуваннахъ съ обливаньемъ и въ систематическихъ упражненіяхъ по способу Frenkel'я.

Польза массажа при сухоткѣ не признается всѣми авторами: *Leyden* и *Goldscheider* въ своемъ классическомъ сочиненіи отрицаютъ эту пользу.

За то *Erb*, *Grasut*, *Frenkel*, *Мочутковскій*, *Заблудовскій* и многіе другіе, имена и труды которыхъ приведены недавно *Д-ромъ Koniudzi* въ статьѣ въ „*Progrès medical*“, указали на несомнѣнное благотворное вліяніе массажа на утомляемость, анестезію и гиперестезію кожи, на кровообращеніе, общее питаніе и состояніе питанія мышцъ, даже на атаксію.

Я лично всегда примѣняю массажъ ежедневно послѣ упражненій и неоднократно убѣдился, между прочимъ въ настоящемъ случаѣ, что чувство усталости уменьшается, что силы мышцъ возрастаютъ, и самочувствіе и состояніе общаго питанія улучшается.

Леченіе нашего больного длилось въ первый разъ отъ октября 1900 г. до декабря 1901 г. съ перерывомъ въ 2 мѣсяца изъ-за простудной болѣзни. Больной увѣрялъ, что простудился въ гидropатическомъ заведеніи и не согласился послѣ перерыва продолжать пользоваться. Второй періодъ леченія длился отъ конца апрѣля 1902 г. до конца іюля



того-же года и третій продолжался отъ начала августа до начала сентября прошедшаго года. Итого больной принялъ участіе въ упражненіяхъ на прибл. 400 сеансахъ.

Улучшеніе атаксіи рядомъ съ общимъ состояніемъ и съ уменьшеніемъ утомляемости наступило уже послѣ перваго мѣсяца и медленно, но неуклонно двигалось впередъ.

Уже къ концу перваго періода леченія нашъ больной могъ не только исполнять свою работу, какъ вполне здоровый человѣкъ, но онъ свободно ходилъ безъ палки на улицѣ, предпринималъ иногда вечеромъ прогулки по городу и совершилъ даже экскурсіи въ окрестности. Явленія со стороны мочевого пузыря, головокруженія, отсутствіе аппетита исчезли. Сильныхъ болевыхъ припадковъ во время этого періода, какъ и впоследствии не было.

Во второй и третій разъ больной представился мнѣ и возобновилъ упражненія главнымъ образомъ съ профилактической цѣлью и чтобы провѣрить прочность достигнутыхъ результатовъ. Колебанія появились только при быстрыхъ поворотахъ; самочувствіе было прекрасное; прибавленіе вѣсу на 15 ф. Остались только жалобы на чувство втягиванія въ области пояса. Усталости прежней нѣтъ. Больной ведетъ очень осторожный образъ жизни и строго соблюдаетъ данныя ему въ этомъ отношеніи указанія.

По окончаніи третьяго періода упражненій, т. е. осенью прошлаго года я нашелъ при изслѣдованіи тактильной чувствительности *hyperaesthesia* въ видѣ пояса неизмѣнной; мышечно-суставная чувствительность нижнихъ конечностей оказалась замѣтно улучшенной, такъ какъ осталось только пониженіе 1-ой степени въ голеностопномъ суставѣ и въ плюсно-фаланговыхъ обѣихъ ногъ.

Кромѣ того я констатировалъ по прежнему отсутствіе колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ и рѣзкую атаксію при закрытыхъ глазахъ.

Это послѣднее явленіе при полномъ возстановленіи нормальнаго передвиженія при открытыхъ глазахъ доказываетъ, какое важное значеніе въ нашемъ случаѣ имѣетъ содѣйствіе органа зрѣнія.

Что вообще глаза являются замѣстителями разрушенной мышечно-суставной чувствительности, это, конечно, общеизвѣстный фактъ.



Но въ данномъ случаѣ я полагаю, что я достигъ желаннаго результата—возстановленія координаціонныхъ движеній при ходьбѣ среди движущейся около больного толпы—отчасти благодаря особеннымъ упражненіямъ органа зрѣнія, рядомъ съ обычными по способу *Frenkel'*я.

О послѣднихъ я не стану распространяться, такъ какъ они извѣстны по описанію ихъ автора. Позволю себѣ только нѣсколько словъ объ упражненіяхъ органа зрѣнія, придуманныхъ мною.

Въ учебникахъ обыкновенно пишутъ, что табетки слѣдятъ за движеніями своихъ ногъ, чтобы при помощи зрѣнія урегулировать эти движенія.

Это только отчасти вѣрно.

Табетку важенъ для ориентировки въ пространствѣ не столько оптической контроль движеній ногъ, сколько топографическія отношенія ногъ къ неподвижной почвѣ.

Онъ фиксируетъ не столько ноги, сколько землю или поле, по которому ноги движутся, и ему сравнительно не трудно фиксировать вмѣсто ногъ любой другой неподвижный пунктъ въ средней или даже въ высшей части поля зрѣнія.

Но заставьте его слѣдить за движущимся предметомъ, и онъ моментально растеряется.

Эта необходимость устремить свои взоры во время собственного передвиженія на неподвижный предметъ, концентрировать свое вниманіе на эту ориентировку въ пространствѣ при помощи зрѣнія, включаетъ большія неудобства для больного; она именно дѣлаетъ его такимъ беспомощнымъ на улицѣ при постоянныхъ встрѣчахъ движущихся людей и экипажей, при необходимости въ случаѣ надобности отвѣчать на поклоны знакомыхъ и т. д.; она заставляетъ его избѣгать многолюдныхъ собраній.

Мнѣ казалось по этому практически важнымъ сдѣлать попытку отучить больного отъ этого недостатка, и я старался научить его слѣдить за движущимся предметомъ безъ остановки собственного передвиженія, научить его пользоваться для этой цѣли—ориентировки—зрительными впечатлѣніями отъ неподвижныхъ пунктовъ въ периферіи поля зрѣнія.



Для этой цѣли я пользовался сперва широкимъ воротникомъ, придуманнымъ д-ромъ Чаловымъ.

Этотъ воротникъ надѣвается на шею и отстаетъ на манеръ испанскихъ воротниковъ и, закрывая нижнюю часть поля зрѣнія, онъ заставляетъ больного фиксировать не ноги, а точку, лежащую на горизонтѣ или еще выше.

Затѣмъ я предложилъ больному держать передъ собою полотенце, нижній край котораго вдѣлся въ жилетъ, такъ что при поднятіи предъ глазами верхняго края, закрывалось почти все поле зрѣнія за исключеніемъ незначительной области по бокамъ и на самомъ верху.

Затѣмъ больной ходилъ, держа въ рукахъ передъ собою открытый зонтикъ въ горизонтальномъ направленіи и фиксируя центръ внутренней стороны зонтика.

Наконецъ, больной слѣдилъ во время ходьбы за движеніями набалдашника палки, которою я махалъ передъ больнымъ и рядомъ съ нимъ.

Кромѣ того я устраивалъ упражненія такъ, что больному приходилось во время ходьбы по извѣстному направленію дать дорогу идущимъ на встрѣчу, кланяться встрѣчнымъ и т. д. Въ первое время всѣ эти затрудненія вызвали болѣе или менѣе сильныя колебанія и атактическія движенія, но затѣмъ я могъ наблюдать, какъ больной постепенно все съ большей увѣренностью продолжалъ ходьбу, пользуясь минимальными периферическими зрительными впечатленіями, и я смѣю думать, что эти упражненія содѣйствовали тому, что онъ теперь двигается на улицѣ и въ обществѣ безъ малѣйшаго затрудненія.

Итакъ, весьма мягкій характеръ табетическаго процесса въ данномъ случаѣ, раннее начало леченія упражненіями, стойкость и энергія самого больного все благопріятствовало благопріятному исходу.

Я уже упомянулъ, что не всѣ случаи леченія по способу Frenkel'я даютъ такіе удовлетворительные результаты, но я вполне присоединяюсь ко мнѣнію Frenkel'я, что результаты всегда хороши, всегда и лихвой вознаграждаютъ затраченные труды, если выбрать только подходящіе случаи, т. е. безъ амауроза, безъ значительнаго уменьшенія тонуса съ стаціонарнымъ характеромъ болѣзни все равно въ какомъ

періодъ болѣзни, если больной обладаетъ необходимой энергіею и, если при тщательной индивидуализаціи выбрать подходящія упражненія, и больной не утомляется.

Я замѣтилъ, что неудачи иныхъ товарищей зависятъ отъ несоблюденія въ особенности этого послѣдняго пункта.

Шаблонное примѣненіе подробнѣйшихъ техническихъ указаній, данныхъ Р. Яacob'омъ и Frenkel'емъ, конечно, еще не гарантируютъ успѣха.

Табетки, какъ извѣстно, легко утомляются, они утомляются въ особенности, когда отъ нихъ требуютъ напряженія воли и вниманія при производствѣ точныхъ и сложныхъ координаціонныхъ движеній.

Эта ненормальная чрезмѣрная утомляемость чисто нервного свойства иногда бросается въ глаза, иногда она скрывается. Вотъ это выпускается изъ виду, во время тѣхъ tête a tête больного съ своимъ врачомъ, когда они занимаются, и больной увлекается тѣмъ легче, чѣмъ болѣе онъ съ молодости привыкъ видѣть во всякой гимнастикѣ сильныя мышечныя напряженія.

Во избѣжаніи всякихъ весьма возможныхъ ошибокъ въ этомъ направленіи, я стараюсь всегда дѣло устроить такъ, чтобы занятія производились тремя больными вмѣстѣ, во время одного сеанса.

Каждый изъ этихъ трехъ больныхъ производитъ назначенныя ему упражненія обязательно въ моемъ присутствіи и по моему указанію по очереди и работаетъ не болѣе 2—3 минутъ подъ рядъ.

Затѣмъ онъ отдыхаетъ не менѣе 6 минутъ въ то время, когда упражняются оба его товарищи.

Такимъ образомъ во время одного сеанса, который въ общей сложности продолжается отъ  $\frac{1}{2}$  часа до  $\frac{3}{4}$  часа, три или четыре упражненія по 2—3 минутъ каждое чередуются отдыхомъ вдвое продолжительнымъ, и больной не скучаетъ, такъ какъ всегда живо интересуется успѣхами своихъ товарищей.

Если при томъ при мало-мальскихъ подозрительныхъ случаяхъ слѣдить за пульсомъ, какъ это совѣтуетъ д-ръ Frenkel, тогда нечего бояться послѣдствій утомленія.



При сухоткѣ мы стараемся возстановить пораженіе координаціи созданиемъ и упражненіемъ новыхъ координаціонныхъ центровъ.

Гораздо проще дѣло обстоитъ при многихъ другихъ пораженіяхъ нервной системы, органическихъ и функциональных наприм. при пара — и гемиплегіяхъ, при мышечныхъ атрофіяхъ отъ бездѣйствія, при хореѣ, при многомѣстномъ склерозѣ, при истерическихъ контрактурахъ, при атетозѣ, при *enuria nocturna* и т. д.

Въ этихъ случаяхъ не требуется изученія новой координаціи, задача состоитъ только въ возстановленіи правильного отправления нейроновъ, дѣйствующихъ неправильно отъ бездѣйствія или отъ другой причины.

Возьмемъ наприм. *гемиплегію* и *паралегію*.

Послѣ внутримозгового кровоизліянія, послѣ паралича, охватывающаю цѣлую конечность или большую часть тѣла, какъ извѣстно, чрезъ нѣкоторое время иннервація части пораженной области поправляется безъ всякихъ терапевтическихъ мѣръ, и остается лишь болѣе упорная форма паралича въ органиченной группѣ мышцъ (*residuale hemiplegie Wernicke*).

При устраненіи этого стойкаго остатка паралича массажъ и гимнастика, состоящая изъ пассивныхъ и ритмическихъ движеній пораженныхъ мышцъ, даютъ при нѣкоторомъ терпѣніи прекрасные результаты.

Въ такихъ случаяхъ, правда, массажъ давно вошелъ въ общее употребленіе, при чемъ рассчитываютъ обыкновенно на улучшеніе питанія и жизнедѣятельности бездѣйствующихъ мышцъ и на улучшеніе общаго питанія. Но помимо того массажъ и гимнастика имѣютъ въ такихъ случаяхъ еще другое, не менѣе важное значеніе: они въ состояніи способствовать возстановленію нормальной возбудимости пораженныхъ чувствительныхъ и мускуло-моторныхъ нейроновъ. Техника упражненія этихъ нейроновъ и ослабленныхъ волевыхъ импульсовъ введена и подробно описана *P. Jacob, Leyden* и *Goldcheider*'омъ.

Она состоитъ въ движеніяхъ по командѣ здоровой конечности или въ подражаніи со стороны больного разнымъ движеніямъ, производимымъ другимъ лицомъ, въ движеніяхъ



больной конечности въ моментъ возбужденія соотвѣтствующихъ мышцъ фарадическимъ токомъ, или въ упражненіяхъ конечности во время пребыванія въ ваннѣ (т. н. кинетотерапевтическія ванны), наконецъ въ движеніяхъ пассивныхъ по командѣ, причѣмъ больной приглашается содѣйствовать и напрягать всю свою волю, чтобы активно исполнить эти движенія.

Рядомъ со всѣми этими упражненіями, имѣющими цѣлью развить психо-моторные центры, производятся по рекомендаціи д-ра Herz'a полуавтоматическія, качающія, ритмическія движенія. Эти качающія движенія происходятъ при помощи спеціально устроенныхъ аппаратовъ, снабженныхъ маятникомъ, или безъ таковыхъ по упрощенной техникѣ, изложенныхъ д-ромъ Herz'омъ.

Ритмическія, качающія движенія по причинѣ не вполне выясненной дѣйствуютъ благотворно на процессъ передачи отъ нейрона къ нейрону въ головномъ мозгу.

При помощи невrameбиметра, того инструмента, которымъ пользовались Abustirun и Exner при измѣреніи т. наз. скрытнаго реакціоннаго времени, мнѣ удалось константировать, что время передачи внѣшняго акустическаго или зрительнаго впечатлѣнія къ мускуло-моторнымъ центрамъ сокращается подъ вліяніемъ такихъ качающихъ движеній.

Леченіе упражненіями гемиплегіи должно продолжаться по недѣлямъ, иногда по цѣлымъ мѣсяцамъ прежде, чѣмъ получатся результаты.

Разъ установленная подробная программа упражненій не требуетъ частыхъ перемѣнъ, и можетъ быть исполнена вмѣстѣ съ массажемъ опытной массажисткой, но, конечно, подъ руководствомъ и надзоромъ самого врача.

Перейдемъ теперь къ леченію упражненіями при *функциональныхъ неврозахъ*. Что касается наприм. *хореи*, то при мѣненіе упражненій при этомъ неврозѣ противорѣчитъ современнымъ взглядамъ. Тѣмъ не менѣе я рѣшаюсь заявить себя горячимъ защитникомъ этого способа леченія и прошу позволить мнѣ войти въ нѣкоторыя подробности по этому вопросу. Уже въ 1837 г. *Dr. Bouillaud* сказалъ, что врядъ-ли существуетъ какое-либо средство, которое не рекомендовали противъ хореи въ теченіе послѣдняго столѣтія.



*Dr. Nebel*, которому мы обязаны прекраснымъ историческимъ очеркомъ терапіи пляски святого Витта, пересчитываетъ десятки авторовъ, сообщившихъ свои опыты и успѣхъ въ леченіи хореи самыми разношерстными внутренними и наружными средствами.

Я не стану утомлять Вашего вниманія приведеніемъ этихъ именъ и названій лекарствъ, сданныхъ болѣе или менѣе безповоротно въ архивъ исторіи медицины. Скажу лишь, что и въ современной педиатріи, какъ въ этомъ не трудно убѣдиться при пересмотра соотвѣтствующей литературы, далеко не существуетъ полного согласія.

Однако большинство современныхъ авторовъ признаетъ тѣсную причинную связь между хорею и инфекціонными болѣзнями въ особенности ревматизмомъ и ревматическимъ эндокардитомъ.

На эту этиологическую связь указалъ уже *G. Sée*, который въ 128 случаяхъ нашель у половины ревматическія заболѣванія и *H. Meyer*, который 10 лѣтъ тому назадъ въ своей диссертациіи прямо заявилъ, что всѣ случаи хореи зависятъ отъ ревматизма или вѣрнѣе отъ того неизвѣстнаго еще заразнаго начала, тѣхъ токсиновъ, которые вызываютъ суставный ревматизмъ.

*Priov* наоборотъ перечислилъ 92 больныхъ изъ своей практики, у которыхъ не было ни слѣда ревматизма, онъ и указываетъ на тотъ странный, на первый взгядъ, фактъ, что *natr. salicyl.* не имѣетъ никакого дѣйствію на хорею.

Современная *терапія* хореи ставитъ на первый планъ мышьякъ, но кромѣ того рекомендуются также разные модные синтетическіе медикаменты (*Pyramidon*, *Antipygin*) и продолжительный покой въ постели, даже накладываніе гипсовыхъ повязокъ. Наконецъ перечисляются обычныя діететическія и гигиеническія мѣры, и въ числѣ послѣднихъ иными авторами и то далеко не всѣми упоминается также массажъ и гимнастика. Между тѣмъ изъ труда *Nebel*'я мы узнаемъ, что существуетъ цѣлая литература по поводу леченія хореи кинезитерапіею. Въ монографіи *Nebel*'я перечислены больше 15 авторовъ, рекомендовавшихъ этотъ способъ леченія.

Первый изъ нихъ *E. Darwin* предложилъ уже въ 1799 г. гимнастику, какъ лечебное средство для улучшенія ассоціаціи



движеній при хорей и сравнивалъ это леченіе съ приемами при терапіи заиканія.

*Dr. Blade* описывалъ затѣмъ прекрасные результаты, полученные въ 1847 — 1852 больше какъ у сотни дѣтей, страдающихъ хорей въ парижской больницѣ „Hôpital des enfants malades“, гдѣ въ то время существовало особенное гимнастическое отдѣленіе подъ руководствомъ *Laisné*.

Курсъ леченія равнялся въ среднемъ 39 днямъ и состоялъ изъ пассивныхъ движеній, массажа и обычныхъ активныхъ гимнастическихъ упражненій.

Больные дѣти упражнялись вмѣстѣ съ здоровыми, и никогда врачи не замѣтили случаи перехода болѣзни на здоровыхъ.

Несмотря на прекрасные результаты впоследствии въ парижской дѣтской больницѣ совершенно бросили леченіе упражненіями вообще и при хорей въ частности.

Некому заниматься этимъ дѣломъ. Въ той самой больницѣ, въ которой нѣкогда восторгались результатами, полученными упражненіями, теперь *Д-р. Comby* лечитъ хорейю покоемъ въ постели и мышьякомъ въ громадныхъ порціяхъ до отравленія, до появленія параличей и отзывается тоже восторжено объ этомъ леченіи, которое если не даетъ такихъ-же результатовъ, какъ кинезитерапія, то несомнѣнно имѣетъ за собою то преимущество, что несравненно проще и покойнѣе для врача.

Въ Берлинѣ проф. *Eulenburg* горячо рекомендовалъ шведскую гимнастику, которая давно на своей родинѣ примѣняется съ успѣхомъ при хорей, какъ объ этомъ свидѣтельствуютъ шведы *Wretling, Jaederholm, Saetherberg, Wide и Zander*.

Въ послѣднее время проф. *Hoffa* въ „Handbuch für physick. Therapie“ описывалъ примѣненные имъ при леченіи хорей упражненія и массажные приемы.

Они ни въ чемъ не отличаются отъ техники *Laisné* и состоятъ главнымъ образомъ изъ пассивныхъ, затѣмъ изъ активно-пассивныхъ ритмическихъ движеній и изъ массажа.

У насъ въ Россіи *Д-ръ Дьяковскій* въ своей диссертациі производитъ труды *Laisné* и шведскихъ авторовъ, и, основываясь на личный свой опытъ, рекомендуетъ эту-же технику, но, кажется, не нашелъ послѣдователей.



Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ я лично примѣнялъ упражненія и массажъ при хорее, болѣзнь переходила въ хроническій періодъ, и до этого леченія примѣнялись уже обычныя средства.

Я придерживался испытанныхъ правилъ Laisné, началъ съ пассивныхъ движеній, перешелъ затѣмъ къ активно-пассивнымъ, причемъ движенія производились всегда ритмически, въ тактъ и по командѣ. Во всѣхъ моихъ случаяхъ я получалъ или полное излеченіе или значительное улучшение.

При изслѣдованіи двигательнаго аппарата ребенка, страдающаго пляскою св. Витта, чувствуются, при производствѣ пассивныхъ движеній, въ пораженныхъ группахъ мышцъ болѣе или менѣе рѣзкія подергиванія. Активно-пассивное движеніе и даже пассивное не происходятъ плавно и ровно, а съ толчками. Это замѣчается не только въ тѣхъ группахъ мышцъ, которыя въ данное время болѣе или менѣе часто производятъ невольныя сокращенія, но и въ тѣхъ, въ которыхъ прежде преимущественно произошли передергиванія.

При дальнѣйшемъ леченіи я всегда могъ констатировать, какъ подъ моими руками невольныя, неровныя сокращенія постепенно ослабѣвали и, наконецъ, замѣнились вполне плавными, ровными пассивными или активными движеніями.

Только въ двухъ случаяхъ я не получилъ желаннаго полнаго результата, но въ этихъ двухъ случаяхъ я по всей вѣроятности имѣлъ дѣло съ истерической хореей.

Я оставляю въ сторонѣ вопросъ о томъ, дѣйствительно-ли одинаковаго происхожденія остальные случаи хорей, въ которыхъ діагнозъ въ сущности основывается только на характерныхъ невольныхъ движеніяхъ.

Полагая, что эти движенія являются результатомъ нарушенія координаціи, нарушенія правильной передачи двигательныхъ импульсовъ отъ центральныхъ къ периферическимъ невронамъ, мнѣ кажется, что а priori правильнѣе попытка исправить дѣло систематическими упражненіями, наѣзжаніемъ путей (Bahnungstherapie), чѣмъ болѣе или менѣе полнымъ покоемъ.

Въ тѣ бурные періоды болѣзни, когда больной подбрасывается сильными, почти безпрерывными подергиваніями,

когда отъ этихъ тяжелыхъ частыхъ припадковъ истощается весь организмъ, конечно, покой въ постели необходимъ.

Но требовать отъ больного ребенка, чтобы онъ лежалъ ежедневно по нѣсколько разъ нѣсколько часовъ въ постели и тогда, когда эти подергиванія являются только въ отдѣльныхъ частяхъ тѣла и только временами, какъ это желаетъ Филатовъ въ извѣстномъ своемъ учебникѣ, или держать принципиально всѣхъ хорейчиковъ въ постели во все время пребыванія въ больницѣ, какъ я это видѣлъ въ Парижѣ у Comбу,—это, по моему мнѣнiю,—очень не рационально.

Разъ доказано въ сотняхъ случаевъ, что полное излеченiе хорей достигнуто въ 2—3 недѣли одними систематическими упражненiями, то было-бы разумнѣе и правильнѣе *начать* леченiе хорей этимъ способомъ, который во всякомъ случаѣ имѣетъ большое преимущество въ томъ отношенiи, что подкрѣпляетъ здоровье анемичныхъ больныхъ.

Только въ случаѣ неудачи слѣдовало-бы перейти къ другимъ способамъ леченiя, а не наоборотъ, какъ это бываетъ въ настоящее время.

Приведу четыре случая изъ моей практики.

Эстеръ Пернеръ, изъ Каменецъ-Подольска 16 л. Отецъ умеръ 26 лѣтъ отъ чахотки.

Мать жива и здорова.

Когда больной было 8 лѣтъ, у нея былъ какой-то нервный припадокъ, сопровождавшійся общими судорогами и пѣной у рта. Больная никогда не страдала ревматизмомъ. Настоящей болѣзнию она страдаетъ около года. Сначала появились судорожныя движенiя въ лѣвой рукѣ, вскорѣ затѣмъ они появились и въ лѣвой ногѣ и въ лицѣ. Эти судорожныя движенiя невольны и имѣютъ хорейческiй характеръ. Во время начала болѣзни наша пациентка находилась въ услуженiи, и есть нѣсколько указанiй на какiя-то недоразумѣнiя между больной и хозяиномъ—портнымъ.

*Stat. praesens.*

Больная полная, не анемичная, здоровая на видъ дѣвушка. Объясняется съ трудомъ на русскомъ языкѣ и въдобавокъ шепелявить. Довольно сильныя и безпрестанныя хорейческiя движенiя въ лѣвыхъ конечностяхъ, въ особенности судорожныя сокращенiя супинаторовъ, пронаторовъ и сгибателей кисти.



Затѣмъ замѣчаются судороги въ лѣвой половинѣ лица и въ языкѣ. Когда на больную обращаютъ вниманіе и она смущается и волнуется, судорожныя движенія усиливаются и показываются и на правой сторонѣ. Грубая сила мышцъ и подвижность въ суставахъ сохранены вполне нормальными (20 кил. сгиб. силомѣра).

Колѣнные и другіе рефлексы нормальны. Только глоточный рефлексъ отсутствуетъ. Сердце и другіе внутренніе органы вполне нормальны.—Пищевареніе въ порядкѣ.

Начало леченія  $\frac{3}{VI}$ . Ежедневно больная получала массажъ спины и лѣвыхъ конечностей, состоящій исключительно изъ поглаживаній. Кромѣ того производились пассивныя, ритмическія движенія по громкой командѣ въ особенности пораженныхъ конечностей. До начала этого леченія и въ теченіе первой недѣли кинезитерапевтическаго леченія, больная получала мышьякъ, и съ  $\frac{22}{VII}$  она начала купаться въ морѣ. Улучшеніе стало замѣтнымъ съ третьей недѣли, и къ концу второго мѣсяца леченія хореическія движенія постепенно почти совсѣмъ исчезли. Больная стала говорить внятнѣе и потеряла вѣчно встревоженный видъ. Результатъ леченія провѣренъ д-ромъ Бухштабомъ, которому я обязанъ за любезное направленіе по мнѣ больной, и д-ромъ Налбандовымъ, который ее видѣлъ нѣсколько разъ и любезно мнѣ сообщилъ отмѣченныя имъ детали.— Прибавлю, что ни эти товарищи, ни я не могли найти, кромѣ отсутствія глоточнаго рефлекса, никакихъ признаковъ истеріи. Для меня лично нѣтъ сомнѣній, что мы имѣли дѣло съ настоящей хореей, а не съ истеріей. На дняхъ я получилъ письмо отъ больной, что она совершенно здорова.

*2 случай. Наумъ Гимпель, 16 лѣтъ, гимназистъ, одесситъ, страдаетъ уже 8 лѣтъ пляской святого Витта.*

Мать и отецъ здоровы; имѣетъ одну сестру, которая тоже здорова. Въ семействѣ нѣтъ никакихъ нервныхъ болѣзней, и ни больной, ни его родные не страдали когда-либо ревматизмомъ. Обычныхъ дѣтскихъ заразныхъ болѣзней у пациента нашего не было. Бываютъ у него иногда головныя боли.—Пищевареніе нормально.

Невольныя хореическія движенія начались 8 лѣтъ тому назадъ съ движеніемъ правой руки, потомъ перешли на ниж-

ную конечность той-же стороны и, наконецъ, на голову и на конечность лѣвой стороны. Движенія въ теченіе этихъ 8 лѣтъ бывали то сильнѣе, то слабѣе, бывали перерывы въ 2—3 мѣсяца. Мальчикъ интеллигентный и хорошо въ училищѣ успѣваетъ. Начало болѣзни мать приписываетъ раздраженію товарищу.

*Stat. praesens.*

Мальчикъ плохо упитанный и довольно анемичный; видъ интеллигентный. Внутренніе органы нормальны. Рефлексы кожные и сухожильные нормальны. Хореическія движенія головы (*sternokl. mart*) и мимическія правой руки и меньше правой ноги. Въ верхней поверхности поражены преимущественно мышцы подымающіе, супинаторы и пронаторы.

Движенія не постоянныя, являются только по временамъ, въ особенности, когда больной волнуется или смущенъ, или старается дѣлать точныя движенія.

Больной лечился у меня втеченіе ноября и декабря 1902 г. Примѣнялись ежедневно массажъ (преимущественно поглаживанія) и ритмическія, движенія по командѣ, сперва пассивныя, затѣмъ активно-пассивныя преимущественно, но не исключительно, въ пораженныхъ конечностяхъ.

Кромѣ того больной принималъ участіе въ обыкновенной дѣтской гимнастикѣ и отличался при томъ ловкостью и силой.

Улучшеніе наступило со второй половины, послѣднія хореическія движенія на лицѣ исчезли къ концу 6 недѣли, и съ тѣхъ поръ больной освобожденъ отъ всякихъ судорогъ.

Прибавлю, что нашъ больной до того, какъ поступилъ по любезной рекомендаціи д-ра Бухштаба въ мой институтъ, лечился у разныхъ товарищей. Во время леченія у меня онъ оставался подъ наблюденіемъ д-ра Бухштаба.

Мѣсяць тому назадъ нашъ больной перенесъ инфлуэнцу, съ тѣхъ поръ онъ жалуется на произвольные звуки, которые иногда издаетъ при вдыханіи.

*3 случай. Роза Лебединская* 11 л. Отцу 52 г., матери 51 годъ, оба люди тучные и считаютъ себя вполне здоровыми. Другіе дѣти этого семейства всѣ старше нашей пациентки и всѣ здоровы. Въ семействѣ не было первыхъ



болѣзней, и никто не страдалъ ревматизмомъ. Сама больная никогда не страдала ревматизмомъ, перенесла корь четыре года тому назадъ и краснуху 3 мѣсяца тому назадъ. Въ раннемъ дѣтствѣ имѣла кромѣ того скарлатину. Когда больной было 6 или 7 лѣтъ т. е. 5 лѣтъ тому назадъ, родители впервые замѣтили дрожаніе правой руки. Съ тѣхъ поръ это дрожаніе незначительно усиливалось и по прежнему локализовано въ правой рукѣ, только изрѣдка и гораздо слабѣе замѣчается также дрожаніе лѣвой руки. Въ другихъ частяхъ тѣла невольныя движенія никогда не замѣчались.—Больная страдаетъ этими невольными дрожательными движеніями только тогда, когда производитъ активныя движенія пораженными группами мышцъ, требующія тонкой координаціи; въ особенности это замѣчается при письменныхъ училищныхъ занятіяхъ.

Больная лечилась до поступленія ко мнѣ у разнѣхъ товарищей.

Она мнѣ ввѣрена была уважаемымъ д-ромъ Бухштабомъ.

*Stat. praesens.*

Дѣвушка, на видъ цвѣтущаго здоровья. Всѣ внутренніе органы нормальны. Дрожаніе происходитъ при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ правой верхней конечности въ особенности при движеніяхъ, требующихъ точной координаціонной работы пронаторовъ и сгибателей пальцевъ. Лечение состояло, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, въ массажѣ и въ ритмическихъ пассивныхъ и двойственныхъ движеніяхъ, и кромѣ того д-ръ Бухштабъ сдѣлалъ ей нѣсколько подкожныхъ впрыскиваній мышьяка до поступленія ко мнѣ безъ явнаго результата; онѣ прекратились среди іюня.

Кинезитерапевтическое лечение длилось 2 мѣсяца. Улучшеніе наступило въ концѣ второй недѣли и состояло въ томъ, что я при пассивныхъ ритмическихъ движеніяхъ замѣтилъ ослабленіе невольныхъ подергиваній въ конечности.

Скоро затѣмъ и родные могли констатировать улучшеніе движеній рукъ, это улучшеніе въ особенности замѣтно во время письменныхъ занятій.

Наконецъ, подергиванія совершенно исчезли во время сеансовъ, больная могла подавать стаканъ, наполненный до

краю водою безъ малѣйшаго дрожанія и проливанія и могла производить ровныя и плавныя движенія супинаціи и пронаціи.

Но родители сообщили, что иногда все-таки дрожаніе опять появляется послѣ душевныхъ волненій.

Больная отправилась на родину, и недавно мать мнѣ сообщила, что значительное улучшение оказалось прочнымъ.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ діагнозъ хорей можно оспаривать. Съ нѣкоторой натяжкой можно говорить объ атетозѣ, такъ какъ въ нѣкоторыхъ, хотя рѣдкихъ случаяхъ дрожаніе при атетозѣ является тоже только при попыткахъ активныхъ движеній. Но въ данномъ случаѣ нѣтъ той пестрой игры движеній и нѣтъ той медленности, которыя характерны для атетоза.

Позвольте мнѣ теперь коснуться леченія другого невроза — *enuria nocturna*.

Невольное мочеиспусканіе, если оно идиопатическое и не симптоматическое т. е. въ зависимости отъ пораженія спинного или головного мозга или отъ рефлекторнаго раздраженія, раздѣляетъ съ хореей общую участь: мы встрѣчаемъ самые разнообразныя совѣты въ литературѣ для его леченія и самые разнообразныя мнѣнія объ этиологіи этого страданія.

Оставимъ въ сторонѣ споръ о томъ, имѣемъ-ли мы при этой болѣзни дѣло съ недостаткомъ развитія иннервации *m. constrictoris vesicae* или съ задерживаніемъ на чисто психической почвѣ нормально развитаго органа.

Во всякомъ случаѣ съ терапевтической точки зрѣнія при этой болѣзни возвышеніе недостаточной возбудимости нервовъ, иннервирующихъ *constrict. vesicae*, является весьма понятнымъ желаніемъ, и такое требованіе можетъ быть исполнено раздраженіемъ при помощи массажа и вибраціи шейки пузыря, которое рекомендуется *I. Gubmann'*омъ (Еженедѣльныхъ 1903 г. № 3) и *Walko* (*Zeitschrift für physick. Therapie* Band VI)

Приведенные этими авторами многочисленные случаи изъ литературы и собственной практики показываютъ, что массажъ и вибрація давали лучшіе результаты въ сравненіи съ электричествомъ, гидропатіей, не говоря уже о болѣе или менѣе бесполезныхъ фармакологическихъ средствахъ.



Боязнь вызвать мастурбацию подобными местными манипуляциями может быть иметь некоторое основание, когда речь идет о бужировкѣ, электризации, растягиваніи самого члена, но она совершенно лишняя при массажѣ шейки пузыря *per anum*, при вибраціи чрезъ брюшныя стѣнки. Я примѣнялъ этотъ способъ въ послѣднее время въ 7 случаяхъ и, за исключеніемъ одного мальчика 6 лѣтъ, всегда достигалъ полнаго излеченія въ сравнительно очень короткій срокъ.—Вибраціи я производилъ при помощи вибраціонной машины. Въ двухъ изъ этихъ случаевъ я имѣлъ дѣло съ гимназистами возраста 9 и 11 лѣтъ, у которыхъ болѣзнь существовала съ молодости и у которыхъ примѣнялись до того всевозможныя средства и способы леченія до операціи *phimosi*'а включительно. У этого оперированнаго были кромѣ ночныхъ невольныхъ мочеиспусканій и очень частыя дневныя (до 10 разъ).

Послѣ первыхъ сеансовъ исчезли эти дневныя частые позывы, а затѣмъ наступило улучшеніе и относительно ночныхъ мочеиспусканій. У этого мальчика, я — правда — примѣнялъ кромѣ массажа и вибраціи еще очень простое средство, которое рекомендуется разными авторами: я велѣлъ на ночь возвысить пожный конецъ постели. Ребенокъ вполне избавился отъ *enuria nocturna* послѣ 18 сеансовъ. Въ другихъ случаяхъ я получилъ, какъ и Walko, выздоровленіе послѣ 3—4 сеансовъ. Это были 3 питомца изъ пріюта отбывшихъ наказанія. Мальчики были возрастомъ отъ 12 до 15 лѣтъ. Достоверныхъ анамнестическихъ данныхъ нельзя было отъ нихъ добиться.—У другого мальчика изъ того-же пріюта возрастомъ 6 лѣтъ леченіе оказалось безуспѣшнымъ.







## Случай болѣзни Vanti.—(Демонстрація больного).

Д-ра Л. Б. Бухштаба.

*(Изъ инфекціоннаго отдѣленія Одесской Еврейской Больницы).*

Демонстрируемый мною больной представляет двойной интересъ, какъ въ отношеніи діагностики и возможномъ толкованіи клиническихъ данныхъ, такъ и при обсужденіи терапевтическихъ мѣропріятій.—Этотъ двойной интересъ позволяетъ мнѣ представить его Вашему вниманію. Исторія его болѣзни въ нѣсколькихъ словахъ такова: 17 февраля 1904 г. въ еврейскую больницу, въ мое отдѣленіе поступилъ больной К. 22 л., жаловавшійся на общую слабость и боли въ животѣ, особенно въ лѣвой половинѣ его. Страдаетъ этимъ уже нѣсколько лѣтъ. Въ послѣднее время появились обильныя кишечныя кровотеченія и кровотеченія изъ десенъ. 5 лѣтъ тому назадъ страдалъ втеченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ лихорадкой, по всѣмъ вѣроятіямъ, маляріей. Сифилисъ и злоупотребленіе алкоголемъ безусловно отрицаются. Объективное изслѣдованіе: Больной слабого тѣлосложенія, на видъ рѣзко малокровный. Десны кровоточатъ. Со стороны груди отсутствіе измѣненій. Животъ не вздутъ, свободная жидкость въ немъ не опредѣляется. Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается гладкая, нѣсколько подвижная, овальной формы опухоль съ ровными, твердыми, закругленными краями—по формѣ, очевидно, рѣзко увеличенная селезенка. Опухоль эта заходитъ и въ подложечную область, переходя среднюю линію на 9 сант.; продольный ея діаметръ—28 сант., попер.—16 сант. Размѣры печени рѣзко уменьшены; верхняя граница ея тупости, начинаясь по l. mam. у верхняго края 6-го ребра, рѣзко обрывается на 4 сант. (два попер. пальца) книзу высокимъ тимпаническимъ тономъ, который уже остается безъ измѣненія до края реберной дуги. Тоже явленіе и по l. axil. media: тупость начинается съ 7-го ребра, сейчасъ же переходя въ тимпаническій звукъ. Протяженіе тупости печени по l. mam. d.—4 с., по l. axil.—6 с. Видимый Milz-Leber index, т. е.



отношеніе размѣровъ селезенки къ размѣру печени значительно превышаетъ 1, въ то время какъ нормальное его отношеніе есть часть 1.

Моча количественно и качественно безъ измѣненій, уробилинъ не опредѣляется. Изслѣдованіе крови даетъ слѣдующіе результаты: красныхъ кровяныхъ шариковъ—3.200.000, бѣлыхъ 2.200. отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:1400. Особенно уменьшено число нейтрофильныхъ полинуклеаровъ. Гемоглобина 50%; цвѣтовой index, т. е. степень насыщенности гемоглобиномъ отдѣльнаго кровяного шарика=0,7. Значитъ, въ крови отмѣчается олигоцитемія, олигохромемія и лейкопенія, уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ, цвѣтовой способности крови и числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ т. е. вообще пониженіе способности кровообразованія. При просмотрѣ ряда окрашенныхъ препаратовъ изрѣдка находятся плазмодіи маляріи круглой формы, наполненныя большимъ количествомъ пигмента.

Такова вкратцѣ исторія болѣзни нашего больного.

Резюмируя ее, мы находимъ у нашего больного комбинацію Splenomegalii и съ атрофическимъ циррозомъ печени, т. е. ту комбинацію, которую выдѣлилъ въ самостоятельную клиническую форму въ 1894 году итальянскій клиницистъ Banti. Banti различаетъ, какъ извѣстно, 3 стадіи этого заболѣванія: 1-я стадія—анэмическая—характеризуется тѣмъ, что неожиданно у человѣка появляется значительная опухоль селезенки и выступаютъ явленія малокровія, т. е. то, что прежде называлось anaemia splenica; эта стадія длится отъ 2 до 5 лѣтъ и переходитъ во вторую переходную, длящуюся всего нѣсколько мѣсяцевъ и характеризующуюся уже наступающими явленіями цирроза печени. Эта стадія—переходная—быстро уступаетъ мѣсто асцитической стадіи, въ которой при явленіяхъ рѣзко выраженнаго цирроза печени развивается значительный и упорный асцитъ. Эта послѣдняя стадія т. е. комбинація спленомегаліи съ циррозомъ печени и асцитомъ въ теченіе 7 лѣтъ до 1901 года и трактовалась, какъ развитая болѣзнь Banti, и такихъ случаевъ въ литературѣ было описано до этого времени 19. Senator въ 1901 г. въ докладѣ Берлинскому Обществу „Ueber Bantische Krankheit“\*) значительно расширилъ понятіе объ этой болѣзни.

\*) Berl. klin. Woch. 1902. № 46.



Въ то время какъ Banti требуетъ для описанной имъ болѣзни увеличеніе селезенки безъ видимыхъ причинъ, Senator считаетъ причиной болѣзни также malarію, дающую первичную splenomegalію.

Но въ то время, какъ обыкновенная малярія даетъ только увеличенную селезенку, не давая, по его мнѣнію, цирроза печени, развивавшаяся на почвѣ маляріи Morbus Banti даетъ въ дальнѣйшемъ теченіи циррозъ печени и характерныя измѣненія крови. Присутствіе асцита Senator не считаетъ обязательнымъ для третьей стадіи M. Banti, полагая, что асцитъ можетъ и не существовать, какъ и при обыкновенномъ циррозѣ, замѣняясь компенсаторными кровотеченіями, опорожняющими систему venae portae. Не придавая такого рѣшающаго значенія асцитамъ, Senator настаиваетъ, что въ группу „Morbus Banti“ нужно скорѣе отнести всѣ „геморрагическіе циррозы“, т. е. циррозы съ склонностью къ кровотеченіямъ, такъ какъ при нихъ въ большинствѣ случаевъ первичнымъ является спленомегалія, а затѣмъ уже развивается циррозъ печени, а не обратно, т. е. увеличеніе селезенки въ зависимости отъ цирроза печени, какъ это бываетъ при вульгарныхъ леннековскихъ циррозахъ.

Главная же заслуга Senator'a заключается въ томъ, что онъ впервые показалъ, что при циррозахъ печени со спленомегаліей, относящихся къ группѣ Morbus Banti, замѣчаются особыя и своеобразныя измѣненія въ морфологическомъ составѣ крови, именно наблюдается комбинація олигоцитеміи, олигохромеміи и лейкопении. Такимъ образомъ, мы видимъ, что съ точки зрѣнія Senator'a нашъ случай есть типичный случай Morbus Banti. Въ самомъ дѣлѣ, у малярика развивается спленомегалія—къ этой спленомегаліи присоединяется атрофическій циррозъ печени съ геморрагическимъ діатезомъ, и выступаютъ на сцену характерныя измѣненія въ количественномъ и качественномъ составѣ крови.

Остановливаясь теперь на анализѣ нѣкоторыхъ клиническихъ данныхъ, мы должны прежде всего обратить вниманіе, на основаніи какихъ данныхъ мы приходимъ къ заключенію, что размѣры печени такъ рѣзко уменьшены. Мы руководимся здѣсь исключительно данными перкуссіи, и тутъ является вопросъ, не есть ли это исчезновеніе тупости печени кажущееся и не зависитъ ли оно отъ прикрытія по-



верхности печени *colon transversum*, что возможно въ виду рѣзкаго увеличенія и смѣщенія селезенки. Этотъ вопросъ о прикрытїи тупости печени, какъ извѣстно, подвергался особой разработкѣ въ самое послѣднее время со стороны Orpenheim'a, Rosenfeld'a и Oestereich'a и рѣшенъ въ томъ смыслѣ, что если тупость и по I. axill. быстро переходитъ въ тимпанить, то это зависитъ отъ дѣйствительнаго уменьшенія тупости печени.

Второй вопросъ, на который нужно отвѣтить—слѣдующій: почему при такъ сильно развитомъ циррозѣ печени въ нашемъ случаѣ нѣтъ значительнаго асцита. Отвѣтъ простъ—асцитъ компенсируется кишечными кровотечениями. Третій вопросъ, который можетъ быть поставленъ при детальномъ разборѣ нашего случая, таковъ—быть можетъ селезенка увеличена отъ малярии, а атрофическій циррозъ развился уже самостоятельно и вызвалъ вторичное увеличеніе и безъ того увеличенной селезенки. Противъ этого и за то, что у насъ первичное увеличеніе селезенки т. е. *Morbus Vanti* говоритъ отсутствіе этиологическихъ моментовъ для обыкновеннаго цирроза печени и главное морфологическій составъ крови, который по Senator'у при наличности „*Splenomegalia cum cirrosi hepatis*“ позволяетъ утверждать, что предъ нами не что иное, какъ *Morbus Vanti*.

Обсуждая возможную терапію этого случая, мы должны остановиться на прогнозѣ его. Что ждетъ этого больного? Если асцитъ у него еще не развился, то онъ обязанъ этому постояннымъ кровотечениямъ. Значить, у него въ будущемъ перспектива по частямъ терять кровь или же получить асцитъ. Кровотвореніе у него тоже значительно разстроено. Значить прогнозъ весьма неблагоприятенъ, и самъ *Vanti* считаетъ описанную имъ болѣзнь тяжелой и опасной.

*Vanti*, исходя изъ того положенія, что атрофическій циррозъ печени развивается при его болѣзни въ результатъ увеличенія селезенки и выдѣленія изъ нея ядовъ, предложилъ дѣлать въ этихъ случаяхъ спленэктомію, удаленіе селезенки—и эта операція была сдѣлана съ прочнымъ успѣхомъ въ рядѣ случаевъ. Такъ Marigliano изъ 11 случаевъ въ 9 получилъ полное и прочное выздоровленіе въ результатъ спленэктоміи. Атрофическій процессъ въ печени въ результатъ этого вмѣшательства остановился и совсѣмъ пре-



кратился. Вотъ въ виду этого я и полагаю, что такіе случаи, какъ мною демонстрируемый, подлежатъ особому изученію и обработкѣ, именно съ цѣлью выработки показаній къ спленэктоміи.

Въ прежнее время до Vanti и Senator'a такой случай былъ бы обыкновеннымъ циррозомъ печени съ особенно большой селезенкой, нынѣ же этотъ случай относится къ новой патологической группѣ, въ которой вся сумма измѣненій въ организмѣ зависитъ отъ увеличенія селезенки. Вотъ эту причину болѣзни, полагаетъ Vanti, и нужно удалить.

Правда, это задача не легкая, особенно въ виду сращеній, которыми окружена селезенка, и склонности къ кровотеченіямъ,—но что ожидаетъ нашего больного безъ спленэктоміи? Его ожидаетъ прогрессирующая атрофія печени со всѣми ея послѣдствіями. При такихъ условіяхъ я лично считаю показанной спленэктомію.

---





## О новомъ видоизмѣненіи реакціи Widal'я для серодіагностики брюшного тифа. (Демонстрація способа Ficker'a).

Д-ра Л. В. Бухштаба.

*(Изъ инфекціоннаго отдѣленія Одесской Еврейской Больницы).*

То обстоятельство, что реакція Груберъ-Widal'я для распознаванія брюшного тифа приобрѣла широкое право гражданства какъ въ рукахъ клинициста, такъ и въ рукахъ практическаго врача, нынѣ является глубоко неоспоримымъ.

Если же она, дѣйствительно, обладаетъ такимъ значеніемъ, то понятно, что мы должны привѣтствовать всякое упрощеніе ея, дѣлающее ее доступной все болѣе и болѣе широкому кругу врачей. Такое остроумное и важное упрощеніе, которое я хочу Вамъ теперь демонстрировать, внесъ Берлинскій доцентъ Dr. Ficker, много работавшій въ лабораторіи Prof. Rubnega и достигшій въ видоизмѣненіи реакціи Widal'я такихъ результатовъ, что она теперь доступна всякому врачу и при всякой буквально обстановкѣ.

Научная сущность реакціи Widal'я, къ которой мы такъ охотно прибѣгаемъ при сомнѣніяхъ въ діагностикѣ брюшного тифа, заключается вкратцѣ, какъ извѣстно, въ слѣдующемъ.

На ряду съ освобожденіемъ организма отъ внѣдрившихся въ него бактерій путемъ разрушенія ихъ фагоцитами (теорія Мечникова), Pfeiffer'омъ было обращено вниманіе и на другой способъ освобожденія организма отъ бактерій—путемъ разрушенія ихъ внѣ клѣтокъ. Pfeiffer показалъ, что холерные вибрионы, будучи вспырнуты въ peritoneum иммунныхъ къ холерѣ животныхъ, быстро гибнутъ въ перитонеальной жидкости, сперва съеживаясь, потомъ превращаясь въ шары и совсѣмъ, наконецъ, поглощаясь перитоне-

альной жидкостью. Это явление гибели бактерій въ тканевыхъ жидкостяхъ иммунизированныхъ животныхъ—известное подъ названіемъ *феномена Pfeiffer'a*, было истолковано послѣднимъ, какъ сущность иммунитета — Grundgesetz der Immunität. Школа же Мечникова (Bordet) показала, что этотъ феноменъ тоже находится въ тѣсной связи съ лейколизомъ и не происходитъ тамъ, гдѣ устранено вліяніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Gruber и Durham изъ Вѣны, изучая дальше феноменъ Pfeiffer'a, показали, что антихолерная и антитифозная сыворотка, т. е. сыворотка животныхъ, искусственно иммунизированныхъ къ этимъ болѣзнямъ, и *in vitro* склеиваетъ и убиваетъ соответствующіе микроорганизмы т. е. холерные и тифозные микробы, при чемъ оказалось, что эти сыворотки специфичны, т. е. антихолерная сыворотка убиваетъ лишь холерные микробы, антитифозная лишь палочки Эберта, т. е. лишь возбудителей тифа. На основаніи этого наблюденія Gruber и предложилъ эту реакцію для отличія истинныхъ тифозныхъ больныхъ отъ тифоподобныхъ. Казалось уже, что и этотъ способъ даетъ какъ бы возможность клиницисту точно устанавливать діагнозъ тифа, но для этого нужно было выдѣлить во первыхъ изъ каждаго случая культуру тифа, что не такъ легко, и во вторыхъ испробовать ее истинное происхожденіе антитифозной сывороткой отъ экспериментальнаго животнаго, найти которую еще труднѣе. Въ виду этого съ энтузіазмомъ была встрѣчена реакція Widal'я, въ теоретическихъ своихъ основахъ мало отличающаяся отъ реакціи Gruber'a. Widal замѣтилъ—и на этомъ обосновалъ свою реакцію, что serum брюшнотифознаго больного уже въ первую недѣлю заболѣванія оказываетъ на тифозную палочку склеивающее или, какъ говорятъ, агглютинирующее вліяніе. Этимъ специфическимъ свойствомъ крови тифозныхъ больныхъ и воспользовался Widal для постановки діагноза въ сомнительныхъ случаяхъ тифа. Реакція по его указанію производилась двумя способами. Первый способъ—макроскопическій производился такъ: къ однодневной культурѣ прибавляется сыворотка испытуемаго больного въ отношеніи 1:10, 1:30 и 1:50. Тогда уже чрезъ 3—5 часовъ, при помѣщеніи этой культуры въ термостатъ при  $t^{\circ}$  37, до того равномерно мутная культура начинала проясняться, въ ней



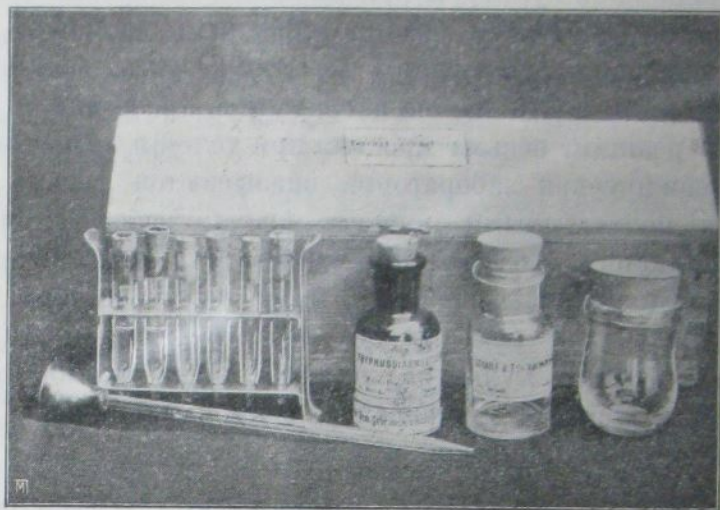
появлялись хлопки, которые осѣдали на дно и состояли изъ склеившихся неподвижныхъ бактерій. Микроскопически эта реакція дѣлалась такъ, что къ висячей каплѣ брюшнотифозной однодневной культуры прибавлялась сыворотка больного: тогда тотчасъ движеніе брюшнотифозныхъ палочекъ, которое такъ хорошо наблюдается въ микроскопѣ, моментально прекращалось, и эти палочки сбивались въ комки и кучки. Эти двѣ реакціи, весьма простыя при условіи существованіи бактериологической лабораторіи, оказываются весьма сложными и недоступными подчасъ врачу, работающему внѣ этой обстановки. Въ частной практикѣ маленькихъ городовъ, въ сельской практикѣ, подчасъ даже въ больничной трудно было сдѣлать эту реакцію: въ самомъ дѣлѣ нужна была свѣжая тифозная культура, нуженъ былъ термостатъ, нуженъ былъ хорошій микроскопъ, если приходилось прибѣгать къ микроскопической реакціи.

Поэтому горячо нужно привѣтствовать работу Ficker'a, давшего возможность всякому производить реакцію Widal'я и при *всякой*, даже весьма неблагоприятной обстановкѣ.

Для упрощенія этой реакціи, разсуждалъ Ficker, нужно прежде всего устранить *живую* культуру, такъ какъ получить ее для всякаго врача весьма трудно, во 2-хъ жидкость ее замѣняющая т. е. способная свертываться подъ вліяніемъ специфической сыворотки, должна хорошо сохраняться, въ 3-хъ она не должна самостоятельно просвѣтляться, въ 4-хъ эта реакція должна быть видна простымъ глазомъ и должна быть „eindeutig“, въ 5-хъ она должна быть произвима при обыкновенной температурѣ, а не въ термостатѣ и, наконецъ, въ 6-хъ, эта реакція должна происходить при томъ же разведеніи, что и для живой культуры. Ficker'у удалось получить жидкость, замѣняющую живую тифозную культуру, которая удовлетворяетъ всѣмъ этимъ требованіямъ.

Къ сожалѣнію только онъ поступилъ своеобразно, онъ не опубликовалъ состава этой жидкости, продавъ для лучшаго изготовленія этой жидкости свой секретъ фирмѣ Меркъ, которая за 8 м. высылаетъ желающимъ Turhusdiagnosticum, расположивъ всѣ необходимые для этой реакціи приборы въ одномъ ящикѣ и сдѣлавъ ее такимъ образомъ

весьма доступной и удобной каждому. Весь комплект этот изображенъ на приложенномъ рисункѣ.



Этотъ Typhusdiagnosticum представляетъ собой мутную стерильную жидкость, которая сохраняется безъ измѣненія втеченіе 8 мѣсяцевъ. Реакцію дѣлаютъ такимъ образомъ, что испытуемый serum разводятъ въ 10 разъ физиологическимъ растворомъ и калиброванной пипеткой (*A*) берутъ изъ этой смѣси 0,1 и 0,2 куб. с., и въ специальныхъ пробиркахъ (*B*) разводятъ первую 0,9 typhusdiagnosticum, вторую 0,8 typhusdiagnosticum, въ 3-ю пробирку помещаютъ 1 к. с. typhusdiagnosticum; все тщательно взбалтываютъ. Черезъ 10 часовъ видны результаты: если взятый serum принадлежитъ брюшнотифозному больному, то въ первой пробиркѣ, гдѣ разведение 1:100 и во второй, гдѣ разведение 1:50, наступаетъ быстро полное просвѣтлѣніе, и на днѣ сосуда появляется осадокъ въ видѣ комковъ: надъ этими комками находится прозрачная жидкость, кажущаяся особенно прозрачной по сравненію съ 3-й пробиркой, гдѣ находится чистый typhusdiagnosticum.

Такимъ образомъ Ficker далъ намъ возможность сдѣлать Gruber-Widal'евскую реакцію внѣ лабораторной обстановкѣ безъ живой тифозной культуры, безъ термостата и микроскопа.



Статья Ficker'a появилась въ Berlin. klin. Wochen. (1903. № 45) въ концѣ ноября прошлаго года, и я тотчасъ же выписалъ отъ Merck'a этотъ новый typhusdiagnosticum. За послѣднее время я много работалъ въ моемъ отдѣленіи съ этой реакціей. И результаты, которые я получилъ, настолько хороши, что я горячо рекомендую этотъ новый способъ товарищамъ. Принявшись за изученіе или вѣрнѣе за клиническую провѣрку этого способа, я прежде всего испробовалъ дѣйствіе на этотъ реактивъ нормальной сыворотки или сыворотки больныхъ сыпнымъ тифомъ, туберкулезомъ, пневмоніей, плевритомъ, инфлюэнцей, желудочныхъ \*больныхъ и т. д. Эти сыворотки даже при самомъ незначительномъ разведеніи 1:3 и 1:5 не проясняли typhusdiagnosticum и тѣмъ менѣе вызывали образованіе осадка. Serum же брюшнотифозныхъ дѣйствительно специфически дѣйствовало на этотъ реактивъ. Не говоря о томъ, что при разведеніи сыворотки 1:50 и 1:100 и при прибавленіи такой разведенной сыворотки къ typhusdiagnosticum этотъ послѣдній быстро прояснялся, но даже при громадныхъ разведеніяхъ 1:200 и даже въ одномъ случаѣ 1:300 реакція агглютинаціи еще ясно получалась. Въ виду того, что получить кровь отъ больного даже въ малыхъ количествахъ иной разъ представляется затруднительнымъ, я пытался изучить дѣйствіе на этотъ реактивъ мочи брюшнотифозныхъ больныхъ, что уже было сдѣлано прежде по отношенію къ реакціи Widal'я. Въ то время, какъ реакція Widal'я по указанію Беняша изъ лабораторіи Яновскаго удается при дѣйствіи мочей брюшнотифозныхъ, эта моча на реактивъ Ficker'a *не* дѣйствуетъ.

Дѣлая параллельно опыты, я замѣчалъ, что въ то время, какъ кровь даннаго брюшнотифознаго больного и въ громадномъ разведеніи еще даетъ реакцію агглютинаціи, даже чистая моча этого больного совсѣмъ не дѣйствуетъ на реактивъ въ смыслѣ осажденіи. Въ одномъ случаѣ я получилъ реакцію агглютинаціи съ реактивомъ Ficker'a при дѣйствіи на него слезъ брюшнотифознаго. Къ сожалѣнію, мысль продѣлать эту реакцію, уже и раньше получавшуюся Widal'емъ и Sicard'омъ при ихъ способахъ, пришла мнѣ поздно, когда брюшнотифозный матеріалъ въ больницѣ почти что прекратился, и подробная разработка этого способа въ виду этого не удалась. Скажу только, что для полученія слезъ я под-

носили къ носу больного ватку, смоченную амміакомъ.

На основаніи всѣхъ этихъ опытовъ числомъ до 50 \*) прихожу къ заключенію, что реактивъ Ficker'a весьма пригоденъ для клиническихъ цѣлей, и однимъ его только недостаткомъ является значительная его цѣна.

Такіе же хорошіе результаты, какъ и я, получилъ съ этимъ реактивомъ и д-ръ Казариновъ, опубликовавшій въ 51 № „Русскаго Врача“ за прошлый годъ свои наблюденія по этому поводу, сдѣланныя въ Одесскомъ военномъ госпиталѣ. Будучи въ Берлинѣ, онъ получилъ отъ Ficker'a еще до опубликованія этимъ послѣднимъ статьи этотъ реактивъ. Казариновъ примѣнилъ его въ рядѣ случаевъ (34) и, продѣлывая параллельно реакцію Widal'я и реакцію Ficker'a, всегда получалъ хорошіе результаты; онъ отмѣчаетъ только, что въ 7 случаяхъ реакція Ficker'a появилась на одинъ день позже, чѣмъ реакція Widal'я, и рекомендуетъ брать для реакціи меньшія количества крови, чѣмъ беретъ Ficker, т. е. не кровососной банкой, а просто уколомъ въ палецъ или ушную мочку. Изъ этого укола беретъ онъ капель 10, которыя даютъ одну каплю сыворотки, разбавляемую водой до 10.

Значить и на основаніи этой работы можно сдѣлать заключеніе, что реакція Ficker'a представляетъ *удобное и полезное упрощеніе* важной реакціи Widal'я для серодіагностики брюшного тифа.

---

\*) Случаевъ брюшнотифозныхъ— всегда съ положительнымъ результатомъ— изслѣдсвалъ я до настоящаго времени 16.



## Къ патологической анатоміи „Cystitis dissecans.“

Д-ра М. С. Мильмана.

Въ засѣданіи Общества Одесскихъ врачей 25-го Октября 1903 г.\*) д-ръ М. С. Маргуліесъ сообщилъ о случаѣ частичнаго некроза стѣнки мочевого пузыря. Дѣло касалось молодого человѣка лѣтъ тридцати, страдавшаго повторнымъ уретритомъ около десяти лѣтъ, но передъ послѣднимъ заболѣваніемъ чувствовалъ себя хорошо. Послѣднее же заболѣваніе состояло въ томъ, что у него внезапно появились сильныя боли въ области мочевого пузыря. Мочеиспусканіе сопровождалось необыкновенными страданіями. Моча выдѣлялась мутная съ сильною вонью, содержала кровь и гной. Примѣнялось самое разнообразное леченіе безъ результата. Жестокія боли, мучившія больного, побудили пользовавшихся его врачей произвести операцію *Sectio alta*. При вскрытіи д-ромъ Маргуліесомъ пузыря глазу представилось свободно плававшее въ грязной мочѣ тѣло, которое легко было извлечено пинцетомъ. Его положили въ физиологической растворъ соли и доставили мнѣ для изслѣдованія. Это была пленка, имѣвшая въ своей центральной части толщину 1½ сант., по краямъ немного тоньше, форма ея неправильно круглая, немного овальная; въ длину она имѣла около 10, въ ширину около 9 сантим. Одна поверхность ея болѣе выпукла, сѣроватаго цвѣта, болѣе гладкая, другая вогнутая, темносѣраго, грязнаго, бураго, мѣстами почти чернаго цвѣта, ворсинчатая. Выпуклая сторона—обращенная къ стѣнкѣ пузыря, вогнутая—къ полости пузыря.

Микроскопическое изслѣдованіе этой пленки показало, что она представляетъ собою часть стѣнки мочевого пузыря въ состояніи омертвѣнія (*Cystitis dissecans*).

Идя изнутри кнаружи мы видимъ некротизированный эпителиальный слой, покрытый отложеніями уратовъ и известковыхъ солей, затѣмъ соединительно—тканную подслизистую и, наконецъ, гладкую мышечную ткань, мѣстами съ сохранившимися ядрами, съ отчетливыми контурами мышеч-

\*) См. Проток. засѣд. Общ. Одесск. врачей № 10. стр. 11.

ныхъ волоконъ и, наконецъ, соединительную ткань, примыкающую къ серозному покрову пузыря.

Помимо рѣдкости заболѣванія интересъ даннаго случая состоитъ въ изслѣдованіи причины процесса. Сравнительно чаще оно наблюдается у женщинъ при *retroversio uteri gravidi* и при искусственныхъ родахъ. Большинство авторовъ полагаетъ, что въ этомъ случаѣ давленіе на пузырь останавливаетъ кровообращеніе, получается ишемія, которая ведетъ за собою некрозъ стѣнки пузыря. Гораздо рѣже болѣзнь наблюдается у мужчинъ. Собранные въ литературѣ нѣсколько случаевъ этого заболѣванія у мужчинъ указываютъ на то, что большею частью некрозъ стѣнки пузыря наблюдается втеченіе инфекціонныхъ процессовъ какъ общаго, такъ и мѣстнаго характера (ср. *Perin. De la cystite exfoliante. Paris, 1893*). Такъ онъ наблюдался у одного больного тифомъ, при дизентеріи, при хроническомъ циститѣ у старыхъ людей. Отмѣчено нѣсколько случаевъ частичнаго гангренознаго цистита у больныхъ, страдавшихъ камнями пузыря; въ этомъ случаѣ происхожденіе его объясняется раненіемъ пузыря камнями. Какъ бы разнообразны ни казались причины этого заболѣванія, но несомнѣнно мнѣніе *Guyon'a*, который считаетъ возможнымъ подвести всѣхъ ихъ подъ одну, а именно, что источникомъ гангренознаго цистита являются воспалительныя явленія; хроническій циститъ заслуживаетъ вниманія, потому что дѣйствительно при всѣхъ указанныхъ процессахъ хроническій циститъ имѣется на лицо. Однако все же остается непонятнымъ, почему при такой частотѣ, въ какой наблюдается заболѣваніе хроническимъ циститомъ, некрозъ стѣнки пузыря наблюдается такъ рѣдко. Микроорганизмы, которыхъ такъ винить въ производствѣ заболѣванія *Perin*, наблюдаются въ пузырьѣ при каждомъ воспаленіи его, а до гангрены дѣло почти никогда не доходитъ. Въ чемъ же дѣло?

Спеціальныхъ микроскопическихъ изслѣдованій диссецирующаго цистита, судя по имѣющимся литературнымъ указаніямъ, до сихъ поръ было сдѣлано одно или два, и повидимому довольно поверхностно, такъ какъ авторы ограничиваются лишь указаніями, что найдены некротизированные элементы стѣнки пузыря и масса микроорганизмовъ. Не было обращено вниманія на состояніе сосудовъ, а они то и должны составить главный интересъ при изученіи при-



чины гангрены. И вотъ въ нашемъ случаѣ сосуды и поражаютъ правильностью найденныхъ въ нихъ измѣненій. Они всѣ переполнены въ своемъ просвѣтѣ некротизированными гнойными элементами. Инфильтрація круглыми клѣтками встрѣчается въ различныхъ частяхъ препарата, въ особенности въ соединительно—тканномъ подслизистомъ слоѣ, но ихъ сравнительно немного, онѣ не сидятъ густо другъ возлѣ друга, а разбросаны тамъ и сямъ, при чемъ видны лишь остатки ихъ ядеръ, отъ протоплазмы остались лишь контуры, и то неясно различаемые. Сосуды же въ большинствѣ случаевъ густо набиты круглыми клѣтками, мѣстами такъ густо, что въ виду происшедшаго каріюлиза окрашенный гематоксилиномъ препаратъ представляетъ поперечный разрѣзъ сосуда въ видѣ сплошнаго темносиняго круглаго пятна, въ которомъ очень трудно отличить отдѣльные элементы. Лишь въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ сосудовъ лейкоциты сидятъ не такъ густо, и ихъ можно въ отдѣльности различить. Передъ нами картина несомнѣнной *гнойной эмболии сосудовъ, которая совершенно ясно объясняетъ причину происхожденія гангрены*. Разъ въ артеріальный стволъ, питающій стѣнку пузыря, попалъ гной, закупорившій просвѣтъ его, и, слѣдовательно, уничтожившій подвозъ питательнаго матеріала къ элементамъ пузыря, часть стѣнки пузыря, которая питалась соответствующею частью артерій, должна была неминуемо омертвѣть. *Гнойная эмболія вполне объясняетъ и клиническое теченіе болѣзни—ея внезапное наступленіе*.

Вопросъ, откуда взялся гной, важенъ, конечно, въ клиническомъ отношеніи, и не наша обязанность задумываться надъ его рѣшеніемъ. Съ насъ достаточно констатировать наличность его. Чтобы придти на помощь клиникъ, мы можемъ прибавить, что такъ какъ больной издавна страдалъ повторнымъ уретритомъ, то гною было откуда явиться, и тотъ фактъ, что больной въ послѣднее время, передъ послѣднимъ заболѣваніемъ, ни на что не жаловался, конечно, нисколько этому не противорѣчитъ. Мы отлично знаемъ, что больные съ хроническимъ уретритомъ могутъ извѣстное время чувствовать себя хорошо, какъ вдругъ является приступъ остраго теченія съ обильнымъ выдѣленіемъ гноя. Этотъ гной долженъ же имѣть свое происхожденіе: очевидно въ слизистой оболочкѣ долгое время находился возбу-



дитель гноя, или слабая инфильтрація, которая больного не беспокоила. Въ нашемъ случаѣ необходимо предположить, что гной находился глубоко въ слизистой оболочкѣ пузыря, можетъ быть въ одномъ лишь участкѣ (абсцессъ?) проникъ довольно глубоко въ подслизистый слой и даже мышечный, разъяль въ одномъ мѣстѣ стѣнку крупнаго артеріальнаго сосуда, проникъ въ послѣдній и разомъ закрылъ просвѣтъ его.

Принято думать, что въ тѣхъ случаяхъ, когда на лицо имѣется какая нибудь инфекция, эмболія сосудовъ можетъ произойти отъ проникновенія въ нихъ микроорганизмовъ, которые способны ихъ закупорить, происходитъ такъ называемая бактеріальная эмболія. Нашъ препаратъ на первый взглядъ, при не очень сильномъ увеличеніи, производитъ такое впечатлѣніе, какъ будто дѣйствительно это темное гематоксилиновое пятно въ просвѣтѣ сосуда состоитъ изъ кокковъ. Изъ этого заблужденія насъ мало выводитъ и препаратъ, окрашенный на бактерии метиленовой синькой. И здѣсь вслѣдствіе каріолиза трудно въ сосудѣ различить, гдѣ ядра лейкоцитовъ и гдѣ микроорганизмы. За то чрезвычайно поучителенъ препаратъ, окрашенный по Вейгерту, въ которомъ уничтожена окраска ядеръ и остаются окрашенными лишь одни микроорганизмы. Кстати сказать, окраска по Вейгерту обнаруживаетъ совершенное отсутствіе фибрина въ сосудахъ (можетъ быть также вслѣдствіе гангрены). Кокки кишатъ на всемъ препаратѣ, встрѣчаются какъ стафилококки, такъ и диплококки и стрептококки, и, что для насъ чрезвычайно важно, въ сосудахъ этихъ кокковъ столько-же, а въ нѣкоторыхъ, именно наиболѣе начиненныхъ лейкоцитами, ихъ гораздо меньше, чѣмъ въ окружающей ткани. Несомнѣнно во всякомъ случаѣ то, что о кокковой эмболіи въ нашемъ случаѣ и рѣчи быть не можетъ.

Дѣлать общій выводъ на основаніи изслѣдованія одного случая, конечно, не слѣдуетъ. Но результатъ изслѣдованія нашего случая побуждаетъ насъ обратить вниманіе наблюдателей на рѣдко встрѣчаемые въ практикѣ случаи частичнаго гангренознаго цистита и указать имъ на важность подробнаго микроскопическаго изслѣдованія препарата, несомнѣнно проливающего свѣтъ на происхожденіе болѣзни.



## Къ казуистикѣ смертельныхъ кровотеченій изъ пищевода.

Д-ра В. Д. Зеленскаго.

(Изъ инфекціоннаго отдѣленія Одесской Еврейской Больницы)

Кровавая рвота со смертельнымъ исходомъ сравнительно не часто наблюдается во врачебной практикѣ. Въ виду этого я позволяю себѣ демонстрировать случай такой haematemesis, представляющій кромѣ казуистическаго еще и неменьшій интересъ въ смыслѣ своей этиологіи.

20 ноября прошлаго года, ночью, въ Еврейскую больницу, въ отдѣленіе д-ра Л. Б. Бухштаба дежурнымъ врачомъ былъ принятъ больной, М. Л., 17 лѣтъ съ диагнозомъ Haemoptoe. Въ виду того, что такіе больные представляютъ своего рода „*poli me tangere*“, при обходѣ утромъ 21 ноября было изслѣдовано только сердце, со стороны котораго не наблюдалось никакихъ измѣненій, и отчасти животъ, который былъ не вздутымъ, безболѣзненнымъ; селезенка не прощупывалась. Пульсъ слабого наполненія, 120 въ минуту, стулъ былъ. Больной при этомъ поражаетъ своей блѣдностью. На вопросъ не было ли у него раньше кровотеченія, онъ отвѣтилъ отрицательно и указалъ вообще, что до этого заболѣванія былъ вообще всегда здоровъ. Утромъ 22 ноября мы застали больного уже въ безсознательномъ, безпокойномъ состояніи (очевидно вслѣдствіи анеміи мозга); при этомъ у больного появились вновь сильныя кровотечения *per os*, которыя по рассказамъ фельдшерицы повторились нѣсколько разъ въ послѣднюю ночь. *Кровотеченія эти при нашемъ наблюденіи оказались не haemoptoe, а haematemesis (кровавая рвота).*

Такъ какъ тутъ въ виду haematemesis естественно явилась мысль объ *ulcus ventriculi*, то былъ снова изслѣдованъ животъ больного, насколько это было возможно при его тяжеломъ состояніи, но снова ничего особеннаго не было найдено, болѣзненности въ подложечной области не было,

животъ нѣсколько вздуть, правая подреберная дуга тимпанична. Къ вечеру 22 ноября больной, пробывъ въ больницѣ 40 часовъ, скончался.

Приступая къ секціи, мы, въ виду молодого возраста больного, полного отсутствія анамнеза и какихъ либо признаковъ, могущихъ быть точкой опоры для болѣе или менѣе опредѣленнаго діагноза, остановились на діагнозѣ язвы желудка, какъ заболѣванія, наиболѣе часто дающаго кровавыя рвоты.

Сама секція по причинамъ, отъ насъ независящимъ, происходила при жалкой обстановкѣ въ отсутствіи спеціалиста патолого-анатома. Прежде всего приступлено было къ изслѣдованію желудка; *въ желудкѣ никакой язвы не оказалось*, но при взглядѣ на печень діагнозъ случая дѣлался яснымъ: *печень была рѣзко атрофична, а селезенка увеличена*;— очевидно предъ нами былъ циррозъ печени. Въ нижней части пищевода у *cardia*, насколько это видно со стороны желудка (намъ было разрѣшено вскрыть только брюшную полость) замѣчается сильное варикозное расширеніе венъ и большой сгустокъ крови. Асцитъ нѣтъ. Послѣ макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія, любезно произведеннаго д-рами Хенцинскимъ и Мильманомъ, которымъ мы приносимъ свою благодарность, *подтвердилось, что предъ нами былъ атрофическій циррозъ печени*. Такое вскрытіе далеко, конечно, не полное въ нашемъ случаѣ оказалось однако достаточнымъ, чтобы опредѣленно выяснитъ сущность заболѣванія.

Обращаясь къ литературѣ случая, мы должны замѣтить, что въ ней имѣется весьма мало подходящаго матеріала. Долгое время истинная причина кровотеченій при циррозѣ печени оставалась неясной, и самыя кровотечения считались паренхиматозными; только въ 1888 году появилась работа Blum'a изъ Копенгагена, въ которой выясняется роль венъ пищевода въ происхожденіи кровотеченій при циррозѣ печени. Затѣмъ разработкой этого вопроса занялся Литтенъ, который въ 1891 году сообщилъ нѣсколько случаевъ кровотеченій изъ пищевода при новообразованіяхъ печени. Nott-haft сообщилъ случай, въ которомъ при жизни было распознано новообразование пищевода; смерть наступила при явленіяхъ внутренняго кровотечения, и на секціи нашли сар-

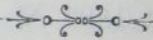


кому пищевода, которая однако такого смертельнаго исхода обусловить собой не могла; но возлѣ самой опухоли вены пищевода образовали сильныя varices, одинъ изъ которыхъ былъ покрытъ сгусткомъ крови; очевидно разрывъ этого varix'a и повелъ за собой смертельное кровотечение. *Въ этомъ случаѣ только при микроскопическомъ изслѣдованіи установленъ былъ циррозъ печени.* (Münchener medic. Wochenschrift 1895, № 15). Далѣе, въ случаѣ Эвальда при жизни было констатировано увеличеніе печени, и діагнозъ колебался между новообразованіемъ и циррозомъ ея; только послѣ повторной кровавой рвоты діагнозъ рѣшительно склонился въ пользу цирроза. Больной погибъ отъ новаго обильнаго кровотечения, когда онъ потерялъ болѣе 1½ литра крови; секція подтвердила прижизненный діагнозъ. (Berliner klin. Wochenschrift. 1897). Thibaudet описываетъ случай, гдѣ первымъ и единственнымъ проявленіемъ болѣзни была смертельная кровавая рвота, на основаніи которой и была распознана круглая язва желудка. На секціи же оказался циррозъ печени. (Echo medic. 13/ix 1890). Вполнѣ аналогичный случай съ такой же ошибочной діагностикой описанъ Staicescu (Revue internation. de bibliographie 1891 25, iv). Schilling также сообщаетъ случай цирроза печени, гдѣ первымъ и единственнымъ симптомомъ была смертельная кровавая рвота (Aerztliches Intelligenzblatt 1883 № 36).

Дѣлая эникритическое заключеніе нашего случая, мы считаемъ въ немъ замѣчательнымъ: во I-хъ *размѣры кровавой рвоты*, приведшей къ летальному исходу, что при циррозѣ печени бываетъ сравнительно рѣдко, и во II-хъ еще болѣе замѣчательно, что *при такомъ рѣзко выраженномъ циррозѣ не было ни асцита, ни развитія кожныхъ венъ (caput medusae), и что первымъ и единственнымъ проявленіемъ болѣзни была смертельная кровавая рвота.* Оба эти обстоятельства объясняются за одно тѣмъ, что коллятеральные пути при нарушенномъ порталномъ кровообращеніи могутъ идти, главнымъ образомъ, по 3-мъ различнымъ направленіямъ, а именно: во I-хъ, черезъ кожныя вены живота, въ v. epigastica sup., а оттуда въ v. cava superior, при этомъ образуется caput medusae; во II-хъ черезъ анастомозъ, происходящій въ стѣнкѣ прямой кишки между vena haemor. sup., вѣтвью v. portae съ одной стороны и v. haemor. media

et interna, вѣтвями v. cavae inferioris съ другой; въ этомъ случаѣ создаются благоприятныя условія для образованія varices ani. И наконецъ, 3-й коллятеральный путь можетъ образоваться посредствомъ аностомоза, происходящаго у cardia желудка, между развѣтвленіями v. coronariae ventriculi sinistrae и венознымъ сплетеніемъ нижней части пищевода; изъ венъ пищевода кровь идетъ въ v. azygos, а оттуда въ v. cavam. sup. При затрудненіяхъ въ портальномъ кровообращеніи кровь изъ v. coronariae ventriculi, вѣтви v. portae, идетъ въ обратномъ отъ v. portae направленіи, расширяетъ вены пищевода, вслѣдствіе чего здѣсь могутъ образоваться varices. Въ нашемъ случаѣ образовался именно этотъ послѣдній путь, при чемъ вены нижней части пищевода образовали такія мощныя варикозныя расширенія, что съ одной стороны совершенно компенсировали нарушенное портальное кровообращеніе, предупредивъ накопленіе асцита, а съ другой онъ оказался въ состояніи вызвать такое кровотеченіе, которое привело больного къ смерти.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ поблагодарить многоуважаемаго д-ра Л. Б. Бухштаба за предоставленіе мнѣ этого случая.





## Случай болѣзни Banti.

Д-ра Л. А. Зильберберга. \*)

(Изъ клиники проф. E. von Leyden'a въ Берлинѣ).

Читая свой докладъ о болѣзни *Banti* въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ въ концѣ 1901 г., проф. *Senator* между прочимъ замѣтилъ: „въ новѣйшихъ книгахъ патологii напрасно ищутъ болѣзнь *Banti*, вслѣдствіе чего она многимъ не извѣстна“. Если этихъ словъ нельзя повторить въ настоящее время, главнымъ образомъ, благодаря появлению обстоятельныхъ статей самого *Senator'a* (Berlin. Klin. Wochenschr., № 46, 1901 г.), въ русской литературѣ—*С. Груздева* (Русскій Врачъ, №№ 8, 9 и 10, 1902 г.), а также и описанію нѣкоторыхъ новыхъ случаевъ этой болѣзни, то все же каждый отдѣльный клинически прослѣженный случай этой болѣзни, требующей еще дальнѣйшаго изученія, представляетъ извѣстный интересъ. Интересъ этотъ касается, главнымъ образомъ, измѣненій въ свойствахъ крови, на которыя впервые указалъ *Senator*, и которыя не ограничиваются обычными явленіями простой хронической анемii, какъ это отмѣчено въ симптомокомплексѣ интересующей насъ болѣзни самимъ *Banti*. Эти измѣненія въ свойствахъ крови, появляющіяся въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни *Banti*, по *Senator'у* сводятся не къ одному только уменьшенію числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а также къ еще большому уменьшенію количества гемоглобина (олигохромэмiя), къ уменьшенію числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (лейкопенiя), большею частью съ измѣненіемъ нормальнаго отношенія отдѣльныхъ формъ послѣднихъ, а именно — относительнымъ уменьшеніемъ числа полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ и относительнымъ увеличеніемъ числа одноядерныхъ.

Перейду къ наблюденіямъ, сдѣланнымъ мною надъ случаемъ болѣзни *Banti*, любезно предоставленнымъ мнѣ проф.

\*) Сообщено въ Обществѣ Одесскихъ Врачей въ ноябрѣ 1902 г.

*E. von-Leyden'омъ* и его ассистентомъ проф. *P. Jakob'омъ* въ Берлинѣ.

Adelheid F. въ клиникѣ *von-Leyden'a* находится съ сентября 1900 г., швея, когда ей было 22 года. Мать умерла отъ туберкулеза, причины смерти отца не знаетъ. Въ анамнезѣ никакихъ указаній на сифилисъ, малярію, другія инфекціонныя болѣзни, а также на алкоголизмъ.

Въ 1894 г., 16 лѣтъ, больная впервые поступила въ больницу. Изъ относящейся къ этому періоду исторіи болѣзни видно, что въ то время у нея замѣченъ былъ вздутый животъ, больная жаловалась на головныя боли и боли въ области живота, въ особенности лѣвой половины его, и на поносы. Селезенка найдена увеличенной, въ остальныхъ органахъ не обнаружено ничего ненормальнаго. 16-ти лѣтъ начались *menses*, сначала неправильныя, ставшія впоследствии правильными.

Выписавшись на нѣкоторое время изъ больницы, больная снова поступила въ нее въ сентябрѣ 1895 г. съ тѣми же жалобами. При объективномъ изслѣдованіи въ это время прежде всего обращала на себя вниманіе значительно увеличенная селезенка, нижняя граница которой на 4 сант. не доходила до *spina os. ilei anter. super.*, а передняя на 5 сантим. не доходила до срединной линіи. Поверхность этой селезеночной опухоли была гладка, а сама опухоль весьма мало подвижной. Около этой опухоли въ сторону пупка прощупывалась другая небольшая опухоль, величиной въ лѣсной орѣхъ, еще менѣе подвижная. Поносы продолжали существовать. Тогда же впервые было сдѣлано изслѣдованіе крови, при чемъ количество гемоглобина было найдено нормальнымъ, число эритроцитовъ въ 1 куб. мил.—4,690,000. Изслѣдованіе окрашенныхъ препаратовъ не обнаружило никакихъ особенностей въ морфологическомъ составѣ крови. Въ виду подозрѣнія на туберкулезный перитонитъ была сдѣлана съ діагностической цѣлью инъекція туберкулина, но безъ какой бы то ни было реакціи. Повторенное вскорѣ изслѣдованіе крови обнаружило на этотъ разъ 95% гемоглобина, 4,960,000 эритроцитовъ въ 1 куб. мил. и даже нѣкоторое увеличеніе числа лейкоцитовъ.

Больная опять выписалась изъ больницы и поступила въ нее снова въ 1898 году для радикальной операціи по



поводу пупочной грыжи. При этомъ найдена была *ad oculos* значительно увеличенная селезенка. Peritoneum и genitalia найдены были свободными.

Въ ноябрѣ 1899 года операція была повторена. Хирурги думали при этомъ удалить ненормально увеличенную селезенку, но это оказалось невозможнымъ вслѣдствіе сращеній и сильно развитыхъ сосудовъ.

До августа 1900 г. больная продолжала жаловаться на боли въ лѣвой половинѣ живота. Нижній край операціонной раны припухъ и не заживалъ. Поносы со времени операціи смѣнились запорами.

Въ сентябрѣ 1900 года больная поступила въ клинику проф. *Leyden'a*. При этомъ отмѣченъ слѣдующій status praesens.

Больная низкаго роста, съ анемичными покровами, плохого питанія. Слизистыя оболочки блѣдны. Лицо нѣсколько одутловато. Въ легкихъ ничего ненормальнаго. Сердце нѣсколько расширено. На всѣхъ отверстіяхъ легкій систолическій шумокъ. Животъ увеличенъ, брюшныя покровы нѣсколько напряжены, немного болѣзненны, въ особенности при пальпаціи слѣва. Селезенка увеличена: на уровнѣ пупка на 2 сант. не достигаетъ *l. mediana*, книзу по *l. mamil.* на ширину ладони выступаетъ ниже реберной дуги. Въ брюшной полости свободный выпотъ. Суточное количество мочи колеблется отъ 1200 до 2000 gr. Никакихъ ненормальныхъ частей въ мочѣ. Повторенная инъекція туберкулина опять осталась безъ реакціи. Въ концѣ 1900 года и втеченіе 1901 г. на нѣсколько дней появлялось лихорадочное состояніе, черезъ неправильныя промежутки времени. Плазмодіи въ крови въ эти лихорадочныя періоды не найдены. Въ февралѣ 1901 г. впервые найденъ въ мочѣ *уробилинъ*. Въ сентябрѣ 1901 г. больная временно переводится въ глазную клинику по поводу катаракты. Въ ноябрѣ этого же года изслѣдованіе крови обнаружило уже 47% гемоглобина и 2,360,000 эритроцитовъ въ 1 куб. мил. Поносы за этотъ періодъ года смѣняются запорами.

Въ апрѣлѣ 1902 года въ крови найдено 46% гемоглобина и 2,220,000 эритроцитовъ въ 1 куб. мил. Снова началъ накапливаться асцитическій выпотъ. Нижній край печеночной тупости по *l. mamil.* совпадаетъ съ ребернымъ краемъ.

Бактеріологическое изслѣдованіе крови дало отрицательные результаты.

Я наблюдалъ больную съ іюня по сентябрь 1902 года. За это время мною было сдѣлано 7 разъ изслѣдованіе крови, давшее слѣдующіе результаты.

№	% Нг.	Эритроцитовъ въ 1 куб. мил. крови	Лейкоцитовъ въ 1 куб. мил. крови
1	38	2,5 мил.	4,2 тыс.
2	40	3,2	2,7
3	42	2,8	3,8
4	40	3,6	3,5
5	35	2,7	2,3
6	45	3,0	3,4
7	30	2,4	2,5

Изъ приведенной таблицы ясно видно, что въ нашемъ случаѣ была на лицо *Senator'овская* триада — лейкопенія, уменьшеніе количества эритроцитовъ и еще большее уменьшеніе количества гемоглобина.

Трижды произведенное изслѣдованіе соотношенія различныхъ видовъ лейкоцитовъ въ окрашенныхъ препаратахъ крови дало слѣдующія цифры.

Полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ . . . . .	42*)	45	38	70—72	Нормально по Ehrlich'у
Лимфоцитовъ . . . . .	40	35	39	22—25	
Большихъ мононуклеар.	15	19	21	1	
Эозинофиловъ . . . . .	3	1	2	2—4	

Эти данныя ясно обнаруживаютъ преобладаніе одноядерныхъ формъ лейкоцитовъ при общей лейкопеніи.

Интересъ нашего случая заключается, какъ намъ кажется, въ слѣдующемъ; 1) больная *втеченіе 8 лѣтъ* съ нѣкоторыми промежутками находилась подъ клиническимъ наблюденіемъ, во время котораго констатировано первичное постоянно развивавшееся увеличеніе селезенки, къ которому въ послѣднее время присоединились и явленія со стороны печени, вызвавшія асцитъ; 2) указанныя *Senator'омъ* измѣ-

\*) Всѣ цифры этой таблицы указываютъ процентное содержаніе различныхъ видовъ лейкоцитовъ по отношенію ко всему числу лейкоцитовъ.



ненія въ свойствахъ крови, отличающія анемію при болѣзни *Banti* отъ обычной анеміи выражены очень ясно. Правда—измѣненія эти, обнаруженныя въ нашемъ случаѣ лишь въ послѣдней стадіи болѣзни имѣютъ лишь діагностическій интересъ, подтверждая распознаваніе, основанное, главнымъ образомъ, на первичномъ увеличеніи селезенки, однако изслѣдованіе крови въ указанномъ направленіи можетъ повести и къ практическимъ результатамъ, если бы оказалось, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти измѣненія въ крови могутъ быть обнаружены при болѣзни *Banti* и въ болѣе раннихъ стадіяхъ ея, когда показано хирургическое вмѣшательство (экстирпація селезенки) при этой безусловно смертельной болѣзни.







## Протоколь очереднаго засѣданія.

15-го *Ноября* 1903 года.

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*. Присутствовали 49 членовъ Общества, студенты-медики, и постороннія лица. По предложенію предсѣдателя приступлено было къ баллотировкѣ лицъ, предложенныхъ въ члены Общества въ прошломъ засѣданіи. Всѣ предложенныя лица избраны единогласно, а именно: 1) Левъ Васильевичъ Сахаровъ, 2) Давидъ Ильичъ Авербахъ, 3) Израиль Абрамовичъ Адесманъ, 4) Яковъ Михайловичъ Аренковъ, 5) Абрамъ Давидовичъ Галай и 6) Яковъ Ушеровичъ Ландесманъ. Далѣе прочитанъ былъ протоколь засѣданія 11 октября, который и утвержденъ.

Затѣмъ д-ръ *Э. И. Германъ* сообщилъ о „Случаѣ ангиосаркомы у ребенка“ и демонстрировалъ при этомъ муляжь этого новообразованія.

### *Ауторефератъ.*

Оставляя за собою право коснуться болѣе подробно даннаго случая въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій, я теперь позволю себѣ лишь продемонстрировать почтенному собранію муляжь, любезно приготовленный д-ромъ *М. С. Маргуліесомъ*, вмѣсто больного ребенка, котораго мать отказалась сюда принести. Дѣло въ слѣдующемъ. На прошлой недѣлѣ въ отдѣленіе д-ра *М. С. Маргуліеса* былъ принятъ ребенокъ мужскаго пола, 2-хъ недѣль отъ роду, съ опухолью на правой рукѣ. По словамъ матери она 3 года замужемъ. Первый ребенокъ, которому теперь 1½ года, совершенно здоровъ; второй явился на свѣтъ съ вышеуказанной опухолью, причемъ роды протекли нормально, безъ осложнений. За эти 2 недѣли величина опухоли не измѣнилась. За 3—4 дня до поступленія въ больницу мать замѣтила, что опухоль стала изъязвляться, сильно кровоточить и издавать зловонный запахъ. Эти два послѣднія обстоятельства и непрерывный съ того времени плачь ребенка побудили мать обратиться за врачебной помощью. Отецъ ребенка здоровъ и ничѣмъ серьезнымъ

никогда не болѣлъ. Родители, сестры и братья какъ со стороны мужа, такъ и со стороны жены до сихъ поръ живы и здоровы.

Опухоль имѣетъ неправильную форму съ выпуклостью на тыльной поверхности, сине-багроваго цвѣта, величиною въ кулакъ; на ладонной поверхности она нѣсколько плосче, блѣдная, анемичная; простирается она отъ мѣста перехода предплечья въ кисть до первыхъ фалангъ пальцевъ. При этомъ нужно замѣтить, что мизинецъ, безымянный и средній пальцы имѣютъ всѣ 3 фаланги, движеніе ихъ не ограничено, между тѣмъ какъ указательный имѣетъ только одну ногтевую фалангу, и ему можно придать какое угодно положеніе. Большого пальца совсѣмъ не существуетъ. На его мѣстѣ, какъ я уже выше указалъ, находится изъязвленіе, имѣющее форму овала, длиною сант. 10—12, шириною—6—8 с. Дно его покрыто грязновато-сѣрымъ налетомъ, и изъ нижняго угла тянется омертвѣвшій кусокъ ткани довольно порядочной величины. Подмышечныя железы не прощупываются. Грудные и брюшные органы не обнаружили никакихъ отклоненій отъ нормы.

Изъ различной глубины опухоли были взяты 3 кусочка, и изъ нихъ приготовлены микроскопическіе препараты, любезно изслѣдованные д-ромъ М. С. Мильманомъ, причемъ оказалось, что опухоль эта есть *angiosarcoma*.

Къ сожалѣнію Рентгеновскій снимокъ мы не успѣли еще приготовить. Значеніе Рентгенофотографіи въ данномъ случаѣ очень важно. Опухоли, исходящія изъ костнаго мозга, такъ наз. міелогенныя саркомы даютъ лучшій прогнозъ при оперативномъ леченіи, чѣмъ саркомы, исходящія изъ періоста, такъ называемыя субперіостальныя.

Матери была предложена операція—высокая ампутація плеча, отъ которой она отказалась.

Въ доступныхъ мнѣ литературныхъ источникахъ я не натолкнулся на подобный случай, хотя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (у Каревскаго) указывается, что врожденныя саркомы не рѣдки, но онѣ большею частью исходятъ изъ почекъ.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ принести свою искреннюю благодарность многоуважаемому доктору М. С. Маргуліесу какъ за любезное разрѣшеніе воспользоваться даннымъ случаемъ, такъ и за художественно приготовленный имъ муляжъ, а также д-ру М. С. Мильману за любезно произведенное микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ.



Послѣ этого д-ръ *М. С. Мильманъ* сдѣлалъ сообщеніе „**Къ патологической анатоміи „Cystitis dissecans“** (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ). Докладъ напечатанъ въ 1-мъ выпускѣ Трудовъ Общества.

Въ преніяхъ по поводу этого сообщенія принимали участіе: *М. С. Маргуліесъ*, проф. *А. Н. Соловьевъ*, *Я. В. Зильбербергъ*, *Я. Ю. Бардахъ* и *Л. А. Зильбербергъ*.

Далѣе д-ръ *Г. И. Гиммельфарбъ* сообщилъ о случаѣ „**Кесарева сѣченія послѣ ventro-fixati'и матки**“. Докладъ вызвалъ пренія, въ которыхъ участвовали д-ръ *Лишневскій*, проф. *Соловьевъ*, д-ръ *Гандлеръ*, д-ръ *Гольцманъ* и *Я. В. Зильбербергъ*. Будетъ напечатанъ цѣликомъ въ спеціальному журналѣ.

## Протоколъ очереднаго засѣданія.

29-го *Ноября 1903 года.*

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*. Присутствовали 52 дѣйствит. члена и много постороннихъ лицъ. По объявленіи засѣданія открытымъ, слово было предоставлено д-ру *И. С. Лурье*, который демонстрировалъ больную съ **anus praeternaturalis vestibularis cum defectu uteri et vaginae**.

### *Ауторефератъ.*

Больная, о которой рѣчь впереди, представляетъ слѣдующее уродство: **Anus praeternaturalis vestibularis cum defectu uteri et vaginae**.

Для желающихъ лично ознакомиться путемъ изслѣдованія съ этимъ случаемъ больная приведена сюда. Образецъ уродства, съ которымъ я имѣлъ случай познакомиться въ амбулаторной больничной практикѣ, есть случай ранней задержки развитія половыхъ органовъ, и можетъ быть отнесенъ къ группѣ уродствъ, являющихся результатомъ этой ранней остановки въ развитіи однихъ частей на ряду съ правильнымъ развитіемъ близлежащихъ частей, и можетъ быть отнесено ко времени, когда отъ *Alantois'a* отдѣляется нижній конецъ кишечной трубки посредствомъ перегородки, чтобы направиться къ промежности, гдѣ на встрѣчу ему идетъ образующееся углубленіе будущаго *anus'a*. *Мюллеровы* же

ходы въ данномъ случаѣ, надо полагать, не достигли своего дальнѣйшаго развитія и превращенія въ половую трубку. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ вообще дало въ смыслѣ ихъ здороваго состоянія положительный результатъ.

Больная А. около 60-ти лѣтъ отъ роду, уроженка г. Вознесенска, Херсонской губ., вышла замужъ 15 лѣтъ за вдовца, имѣвшаго уже 3 дѣтей, состояла въ замужествѣ 15 лѣтъ, бракъ былъ бездѣтнымъ, въ настоящее время вдова.

Больная никогда въ жизни не менструировала, но до 15 лѣтняго возраста отмѣчаетъ періодическія, повторявшіяся ежемѣсячно *molimina menstrualia*, присутствія же хотя бы зачаточныхъ яичниковъ у нея не найдено. Съ 15-ти лѣтъ боли эти совершенно исчезли послѣ пріемовъ настоя изъ какихъ то травъ и пользованія припарками по совѣту доморощенныхъ бабокъ. Викарныхъ кровотеченій носомъ, либо горломъ и т. д. не было никогда; бывали изрѣдка носовыя кровотеченія, вполнѣ случайныя и то въ знойную лѣтнюю пору. Нужно отмѣтить, что у нея прощупывается поперечно идущій тяжъ слизистой оболочки по передней стѣнкѣ въ глубинѣ гесті, который можетъ быть сочтенъ за рудиментарныя трубы.

Внѣшній видъ, равно и голосъ А. вполнѣ женственны. Груды, бывшія съ ея же словъ, въ молодости значительно больше, содержатъ на ощупь главнымъ образомъ жировую клѣтчатку, а не молочныя железки. Наружные половые органы сформированы вполнѣ правильно: *mons veneris* выражень ясно и покрытъ нормальною растительностью. Имѣются вполнѣ правильно развитыя большія и малыя губы, равно какъ и клиторъ, нѣсколько выраженный. *Urethra* и *vesica urinaria* имѣются на лицо и на соотвѣтственномъ мѣстѣ, причемъ слѣдуетъ отмѣтить, что *orificium exter. urethrae* нисколько не расширено.

Вмѣсто *anus'a* на промежности у нея имѣется лишь намекъ на таковой на соотвѣтственномъ мѣстѣ, въ видѣ продольной бороздки въ 3 сант. длины. Промежностью въ данномъ случаѣ пришлось бы назвать разстояніе, въ одинъ поперечный палецъ ширины, между этой бороздкой и задней стѣнкою кишки. *Rectum* же, занявъ мѣсто *vaginae* и, исполнявъ ея функцію во все время замужества, значительно расширено, выпячено и гиперемировано, что на ряду съ явленіями легкаго цистита главнымъ образомъ побудило больную обратиться за помощью въ больницу. Отверстіе



заднего прохода помещается близъ fossae navicularis. Держаніе содержимаго кишекъ полное. Жалуется же она еще на отхожденіе вѣтровъ, что не подвержено ея волѣ, а также на недержаніе кала во время поноса. Эти то два обстоятельства отмѣчаются ею, какъ весьма тягостныя для нея; поносы, впрочемъ, проходятъ



скоро отъ вяжущихъ средствъ и успокаивающихъ перистальтику кишекъ. Полового чувства она не была лишена. Мужъ объ имѣющемся уродствѣ у своей жены ничего не зналъ. Тазъ ея, имѣя размѣры: D. Sp. 25,0; D. Cr. 29,0; D. Tr. 32,5; и боделоковскій размѣръ 19,0; по меньшей глубинѣ и большей емкости своего канала приближается къ женскому, такъ что въ данномъ случаѣ видно, что отсутствіе половыхъ органовъ, долженствовавшихъ лежать въ маломъ тазу, отсутствіемъ своего роста не имѣло никакого вліянія на вмѣстимость таза, что собственно съ одной стороны,—противорѣчитъ случаямъ тѣлесно и психически неразвитыхъ женщинъ, которыя на ряду съ неразвитыми половыми органами пред-



ставляютъ тазы общесъуженные, съ другой же стороны,—является блестящимъ подтвержденіемъ одного изъ главныхъ выводовъ критическаго обзора литературы дефектовъ матки у Куссмауля въ его словахъ: „Das Becken kann ausnahmsweise bei Mangel der Gebärmutter (Burggraeve) weit sein, ja selbst weibliche Durchmesser besitzen (Quain).“

Затѣмъ былъ заслушанъ докладъ д-ра *И. С. Гешелина* „**Къ казуистикѣ тяжелыхъ осложненій воспаленія средняго уха**“ (докладъ напечатанъ въ Трудахъ Общества вып. I).

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе доктора *Кранцфельдъ*, *Тартаковскій*, *Гуровичъ* и *Зильбербергъ*.

Д-ръ *Гуровичъ* обратилъ вниманіе, что поверхность занимаемая воспалительнымъ процессомъ при Ot. med. очень велика, если принять во вниманіе, что въ процессъ вовлекается слизистая оболочка всѣхъ клѣтокъ сосцевиднаго отростка.

Д-ръ *Кранцфельдъ* интересовался временемъ показанія къ трепанации; существуетъ ли аналогія между процессами средняго уха и напр. воспал. appendix'a, при которыхъ, какъ извѣстно, можно оперировать въ промежуткахъ между припадками.

Д-ръ *Тартаковскій* указалъ на неточность докладчика въ опредѣленіи понятія otitis media purulenta, относя сюда случаи, которые мы должны считать мирингитами; далѣе относительно прогноза при otitis media purulenta, д-ръ *Тартаковскій* высказался, что въ ближайшемъ будущемъ мы не будемъ такъ безпомощны: цѣлый рядъ авторовъ занятъ изученіемъ бактериологическихъ свойствъ отдѣленій при гнойномъ отитѣ, при чемъ въ тяжело протекающихъ случаяхъ найдены были стрептококки. Къ казуистикѣ случаевъ, приведенныхъ докладчикомъ, д-ръ *Тартаковскій* прибавилъ одинъ случай остро-гнойнаго отита, имъ наблюдавшійся недавно у женщины 45 лѣтъ и закончившійся смертью въ 5 дней отъ начала заболѣванія при явленіяхъ менингита; въ этомъ случаѣ и операція ни къ чему не привела бы.

Д-ръ *Зильбербергъ* сообщилъ о случаѣ острой отогенной піэміи, который окончился выздоровленіемъ безъ операціи.

Докладчикъ отвѣтилъ д-ру *Гуровичу*, что не шириной распространенія по поверхности объясняется тяжесть заболѣванія, а исключительно его вирулентностью.

Д-рамъ *Кранцфельду* и *Зильбербергу* онъ отвѣтилъ, что аналогію съ appendicit'омъ при ot. m. проводить нельзя, такъ какъ въ гро-



мадномъ большинствѣ случаевъ от. т. не оставляетъ наклонности къ рецидивамъ, если не считать перехода въ хроническое состояніе; что же касается времени операціи, то докладчикъ того мнѣнія, что чѣмъ скорѣе, тѣмъ увѣреннѣе успѣхъ; докладчикъ думаетъ, что если при операціи не будутъ найдены такъ называемыя видимыя показанія напр. въ видѣ гнойныхъ фокусовъ, все же операція не повредила больному, а несомнѣнно предупредила еще болѣе тяжелыя явленія. Докладчикъ не отрицаетъ, что могутъ быть случаи острой піэміи, оканчивающіеся выздоровленіемъ и безъ операціи, тѣмъ не менѣе онъ лично всегда рекомендуетъ очень раннюю операцію.

Послѣ преній предсѣдатель, поблагодаривъ докладчика, объявилъ засѣданіе закрытымъ.

## Протоколъ очереднаго засѣданія

*13-го Декабря 1903 года.*

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ* при и. о. секретаря *Л. А. Зильбербергъ*. Присутствовали 37 членовъ Общества и постороннія лица. Предложены въ члены общества: 1) Георгій Павловичъ Зеленый—*Я. Бардахомъ*, *Л. Тарасевичемъ* и *Л. Зильбербергомъ*. 2) Рудольфъ Осиповичъ Дробинскій — *Я. Бардахомъ*, *Л. Зильбербергомъ* и *Л. Бухштабомъ*. Далѣе предсѣдатель сообщилъ о пожертвованіи 60 медицинскихъ томовъ вдовой врача Симса въ бібліотеку Общества. По предложенію предсѣдателя собраніе постановило выразить жертвователю благодарность. Затѣмъ предсѣдатель указалъ на необходимость расширить дѣло подачи скорой медицинской помощи. Собраніе уполномочило правленіе организовать особую секцію, которая вѣдала бы и занялась бы изысканіемъ необходимыхъ средствъ для расширенія дѣла подачи скорой медицинской помощи, существующаго въ настоящее время исключительно на средства почетнаго члена Общества графа *М. М. Толстого*. Правленію вновь организованной секціи Общество Одесскихъ врачей передастъ на пользованіе необходимыя помѣщенія и инвентарь.

Далѣе *В. А. Гернетъ* прочиталъ сообщеніе „О фальсификаціи пищевыхъ продуктовъ въ Одессѣ“.

Сущность доклада В. А. Гернета сводится къ слѣдующему.

Въ докладѣ своемъ, прочитанномъ въ Обществѣ Одесскихъ врачей въ 1901 г., авторъ указалъ на то, что тогда 45,5% изслѣдованныхъ продуктовъ оказались поддѣльными, въ текущемъ же году послѣ 5 лѣтняго опыта эта цифра упала до 27%. Хотя въ послѣднее время число анализовъ сократилось, но дѣятельность городской лабораторіи сдѣлалась интенсивнѣе, такъ какъ теперь усилилась борьба съ фальсификаціей и самые анализы усложнились (такъ, напримѣръ, салициловую кислоту теперь замѣняютъ борной, бензойной, сѣрнистой); далѣе пришлось обратить вниманіе на примѣси, хотя и безвредныя, но все же фальсифицирующія продуктъ, для выясненія натуральности продукта.

Переходя къ отдѣльнымъ продуктамъ, докладчикъ останавливается прежде всего на *коровьемъ маслѣ*. Въ 1899 г. было признано недоброкачественными 62% отобранныхъ пробъ коровьяго масла (пробы отобраны подрядъ), изъ нихъ 47% пробъ оказались прогорклыми, 13% не свѣжими, 1% съ примѣсью (сало и др.); въ 1902 г. всего 47,6% недоброкачественныхъ пробъ, коровьяго масла (пробы доставлены частными лицами, учрежденіями и въ качествѣ подозрительныхъ отобраны агентами лабораторіи), изъ нихъ въ 42%—прогорклое и несвѣжее масло, 4%—съ примѣсью сала, 1%—съ анилиновыми красками, 1/2%—испорченнаго и загрязненнаго (внутри куска масла заплѣснѣвшіе участки). Масло съ примѣсью сала (въ 1899 г.—1%, въ 1902 г.—4%)—все привозное (главнымъ образомъ „московское масло“). Далѣе докладчикъ прочиталъ замѣтку изъ „Новостей дня“, изъ которой видно, что полиція нашла въ Москвѣ нѣсколько заводовъ, фабриковавшихъ искусственное коровье масло (нѣкоторые заводы до 100,000 пуд. въ годъ), при чемъ къ небольшому количеству коровьяго масла прибавлялось въ большемъ количествѣ сало, затѣмъ краски, эссенціи; одинъ заводъ утилизировалъ даже въ качествѣ примѣси жиръ палыхъ животныхъ. Это набрасываетъ тѣнь на ходкое въ Одессѣ „московское масло“. Нужно замѣтить, что опредѣлить небольшое количество сала (до 5%) въ маслѣ трудно, а какого рода сало еще труднѣе. Подкрашиваніе масла производится морковью, анилиновыми красками (1%), орлеаномъ и др.

Относительно *молока* результаты получились слѣдующіе: въ 1899 г.—62% пробъ найдено не удовлетворительными, въ 1902 г.—57%. Среди неудовлетворительныхъ пробъ молоко чаще всего



бываетъ снятое, затѣмъ разбавленное и, наконецъ, съ посторонними примѣсями (чаще всего съ содой, чтобы не скоро скисало).

Далѣе часто встрѣчается загрязненное молоко (навозъ, солома, песокъ). Докладчикъ отмѣчаетъ, что въ то время какъ борьба съ фальсифицированнымъ и недоброкачественнымъ масломъ, квасомъ и виномъ достигла нѣкоторыхъ успѣховъ, борьба съ недоброкачественнымъ молокомъ безуспѣшна (привозимое молоко продается на базарѣ съ воровъ, перепродается въ молочныя, развозится по домамъ), такъ какъ не удастся розыскать впослѣдствіе торговцевъ, у которыхъ отняты недоброкачественныя пробы, и дѣла противъ нихъ приходится въ большинствѣ случаевъ прекращать. Въ общемъ разбросанность и мелочность торговли молокомъ, незначительность штрафа, неграмотность многихъ покупателей, которые покупаютъ снятое молоко за цѣльное (хотя оно и помѣщается торговцами въ сосудахъ съ надписью „снятое“) являются причинами безуспѣшности борьбы. Необходимы въ этомъ отношеніи обязательныя постановленія болѣе умѣло и подробно составленныя (заграницей, на примѣръ, снятое молоко продается въ сосудахъ особой формы, особой окраски).

Что касается *вина* и особенно *хлебнаго кваса*, то  $\frac{0}{100}$  фальсификаціи значительно понизился (городская управа за обнаруженіе примѣсей лишаетъ виновнаго права на дальнѣйшую продажу; въ настоящее время есть квасовары, которые совершенно оставили сахаринъ).

Примѣси постороннихъ консервирующихъ веществъ (вмѣсто пастеризаціи) въ *рыбныхъ консервахъ* (преимущественно килькахъ) впервые констатированы въ Петербургѣ въ продуктахъ Ревельскихъ и Рижскихъ фабрикъ. Тѣ же примѣси обнаружены и въ Одессѣ (при чемъ обнаружено, что, когда первая партія килекъ съ примѣсями начала уничтожаться, большія партіи этихъ же килекъ начали продаваться на улицахъ по дешевой цѣнѣ.)

Далѣе докладчикъ предложилъ высказаться относительно допустимыхъ предѣльныхъ дозъ сѣрнистой кислоты въ винахъ (послѣдняя неизбѣжно попадаетъ въ вино въ количествѣ 14—20 mlgr. на 1 литръ вслѣдствіе окуриванія бочекъ), а также салициловой и друг. кислотъ.

Если извѣстныя дозы этихъ веществъ безвредны для чловека, то можно ли разрѣшить вводить ихъ въ продукты на основаніи физиологическихъ опытовъ, установивши для нихъ извѣстные



предѣлы. Нѣкоторыя законодательства уже высказались на этотъ счетъ; такъ, напримѣръ, въ Германіи допускается 200 mlgr. сѣрнистой кислоты на 1 литръ вина, хотя въ этомъ допущеніи нѣтъ надобности. Въ такомъ же положеніи вопросъ относительно *мюди въ консервахъ* (особенно овощныхъ)—нѣкоторыя законодательства допускаютъ 10 mlgr. на 100 грам.

Докладчикъ резюмируетъ свои вопросы: 1) можно-ли болѣе сложному общественному организму давать тѣ дозы примѣсей, которыя безвредны для одного человѣка? 2) какія требованія слѣдуетъ предъявить относительно примѣсей къ медицинскимъ винамъ? Теперь въ виду близости разсмотрѣнія этого вопроса съ цѣлью установить соотвѣтствующія законодательныя требованія въ Россіи, разработка этихъ вопросовъ представляетъ особый интересъ.

Д-ръ *В. А. Гандлеръ* спросилъ докладчика, не приходилось ли ему изслѣдовать образцы сибирскаго масла.

Докладчикъ отвѣтилъ, что образцы сибирскаго и вологодскаго масла оказались въ общемъ хорошими (въ нихъ найдена примѣсь красокъ, но не сала).

Далѣе д-ръ Гандлеръ указалъ на необходимость направить борьбу противъ перекупщиковъ молока или же устроить образцовыя фермы (какъ въ Вѣнѣ и др. гор.), на что докладчикъ отвѣтилъ, что борьба съ перекупщиками уже ведется, но безуспѣшно.

Д-ръ *Е. М. Бихманъ* замѣтилъ слѣдующее:

Вопросъ относительно вліянія борной кислоты—одного изъ средствъ, при помощи которой фальсифицируются нѣкоторые пищевые продукты—на животный организмъ остается до сего времени еще совершенно невыясненнымъ. Нескончаемый споръ между лабораторіями *Liebreich'a* и *Rubner'a*, занимавшихся подробнымъ изученіемъ этого вліянія, не даетъ еще достаточныхъ основаній для уставовленія мнѣнія относительно вреда этого продукта для человѣческаго организма. Одно только остается пока несомнѣннымъ, что подъ вліяніемъ введенной въ организмъ борной кислоты процессы ассимиляціи пищевыхъ продуктовъ идутъ слабѣе, чѣмъ обыкновенно. На этомъ основаніи проф. *Gerhardt* предложилъ даже борную кислоту, какъ средство для леченія тучности съ приемами въ 2—3 грамма pro die. Дальнѣйшія однако наблюденія надъ этимъ средствомъ, опубликованныя цѣлымъ рядомъ авторовъ, указываютъ на важность появленія различныхъ токси-



ческихъ разстройствъ, стоящихъ непремѣнно въ связи съ приѣмомъ внутрь борной кислоты, какъ напр. рвоты, поносы и даже кол-ляпсъ. На основаніи этихъ только наблюденій можно съ увѣренностью высказаться, что борная кислота для человѣческаго организма вредна, и допущеніе ея для консервированія различныхъ пищевыхъ продуктовъ необходимо считать недозволеннымъ.

Д-ръ *И. Я. Винокуровъ* указалъ, что въ 1890 г. сахаринъ предложенъ былъ даже для уменьшенія жира въ организмѣ.

На вопросъ *д-ра Л. Б. Бухштаба*, поинтересовавшагося узнать, сколько борной кислоты приходится на коробку килекъ, докладчикъ отвѣтилъ, что приходится около 1 gram.

Д-ръ *И. С. Комаровскій* замѣтилъ, что не всегда то, что не вредно одному, можетъ быть безвреднымъ и другому; такъ—салициловая кислота въ малыхъ дозахъ не вредна, но для почечныхъ больныхъ несомнѣнно вредна.

Гласный думы г. *Бухштабъ* замѣтилъ далѣе, что въ Карлсбадѣ нѣкоторыя блюда приготавливаются даже на сахаринѣ; изъ чего можно заключить, что сахаринъ въ малыхъ дозахъ безвреденъ. Докладчикъ отвѣтилъ на это, что нормы для діабетиковъ не могутъ быть приложены къ здоровому организму. Къ тому же примѣсь салициловой кислоты къ вину и сахараина къ квасу, благодаря своимъ противобродильнымъ свойствамъ позволяетъ не такъ тщательно слѣдить за отсутствіемъ загрязненія при приготовленіи продукта.

Д-ръ *Г. А. Гольцманъ* упомянулъ о бывшихъ недавно въ Одессѣ массовыхъ отравленіяхъ пирожными и спросилъ докладчика, чѣмъ ихъ объяснить, а также и о томъ, что сдѣлано по этому случаю лабораторіей.

Докладчикъ отвѣтилъ, что сдѣлано мало; въ пирожныхъ быть можетъ были токсины, но методы изслѣдованія ихъ затруднительны; къ тому же токсины развиваются въ продуктахъ на видъ доброкачественныхъ; къ сожалѣнію тѣ пирожныя, отъ которыхъ произошли отравленія, не были доставлены въ лабораторію. Въ одной же группѣ отобранныхъ пирожныхъ нашли небольшое количество мышьяка.

Д-ръ *Я. В. Зильбербергъ* замѣтилъ, что разъ борьба съ недоброкачественнымъ молокомъ до сихъ поръ не дала результатовъ, то по выслушаніи доклада В. А. Гернета Обществу Одесскихъ врачей слѣдовало бы войти въ городскую думу съ ходатай-

ствомъ о соответствующихъ измѣненіяхъ обязательныхъ постановленій хотя бы путемъ усиленія кары (напримѣръ, повторно нарушающихъ постановленія слѣдовало бы лишать права торговли молокомъ).

Д-ръ *Н. М. Аренковъ* замѣтилъ слѣдующее:

Присоединяясь къ мнѣнію д-ра Винокурова я тоже думаю, что сахаринъ, особенно въ обычно употребляемыхъ малыхъ дозахъ, безвреденъ. Авторитетные врачи рекомендуютъ его діабетикамъ, какъ замѣну сахара для употребленія *à la longue*. Вредъ чисто отрицательный, т. к. при продажѣ фальсифицированныхъ продуктовъ его предлагаютъ потребителямъ взамѣнъ такого полезнаго пищевого вещества, какъ сахаръ. Что же касается дѣйствительно вредныхъ примѣсей, то допускать ихъ въ такъ называемыхъ минимальныхъ дозахъ нельзя, ибо пищевой продуктъ и напитокъ не есть сильно дѣйствующее *лекарство*, минимальныя дозы котораго предусматриваются при его назначеніи. Одна рюмка фальсифицированнаго вина, быть можетъ пройдетъ безслѣдно, а 1—2 литра могутъ вызвать явленія отравленія. Соглашаясь съ мнѣніемъ докладчика, я тоже думаю, что всякія вредныя примѣси должны быть изгнаны изъ продажныхъ продуктовъ, совершенно не считаясь съ пропорціей ихъ; это единственная принципиальная точка зрѣнія по данному вопросу. И если докладчикъ думаетъ, что это необходимо не столько въ интересахъ индивидуума, сколько въ интересахъ „общественнаго организма“, то я полагаю, что примѣси вредны для „общественнаго организма“, только потому что они вредны для каждаго индивидуума въ отдѣльности, не считаясь съ исключеніями. Ссылка докладчика на горожанъ, чувствующихъ себя даже лучше обычнаго въ деревнѣ, страдающей отъ грязной питьевой воды и другихъ санитарныхъ несовершенствъ, въ основѣ неправильна.

Этотъ же горожанинъ чувствовалъ бы себя въ деревнѣ еще лучше, если бы онъ тамъ встрѣтилъ и фильтрованную здоровую воду и хорошее помѣщеніе и многое другое. И эти антисанитарныя условія деревни вліяютъ плохо, но это вліяніе маскируется другими прерогативами деревни.

Мѣры борьбы съ загрязненіемъ и разжиженіемъ молока представляются вопросомъ высокой принципиальной и практической важности. Не будучи вообще сторонникомъ леченія общественныхъ язвъ карательными мѣрами, я не могу согласиться съ



мнѣніемъ докладчика, что для борьбы съ загрязненіемъ, разжиженіемъ молока нужны болѣе строгіе приговоры, чѣмъ тѣ, которые практикуются теперь торговыми судьями. Въ бытность мою санитарнымъ врачомъ въ г. Черниговѣ я убѣдился, что мѣры строгости въ борьбѣ съ санитарными дефектами не ведутъ къ цѣли. Лично мнѣ удалось достигнуть сравнительно многого, не смотря на то, что за 1½ года я составилъ только 4 протокола, да и то при исключительныхъ условіяхъ. Я полагаю, что мѣры строгости здѣсь привели бы къ результатамъ, аналогичнымъ мѣрамъ суровой регламентаціи въ борьбѣ съ проституціей и сифилисомъ.

Въ своемъ заключительномъ словѣ *Я. Ю. Бардахъ* указалъ, что изъ словъ докладчика ясно констатируется печальное состояніе молочнаго питанія въ Одессѣ, на что слѣдуетъ обратить вниманіе городского управленія, дабы послѣднее совмѣстно съ другими учрежденіями разработало столь важный вопросъ. Далѣе, примѣси дезинфицирующихъ веществъ къ различнымъ продуктамъ нежелательны даже въ малыхъ количествахъ, такъ какъ они помогаютъ продавцамъ скрывать загрязненіе этихъ продуктовъ при ихъ приготовленіи. Что же касается вопроса о медицинскихъ винахъ, то къ послѣднимъ слѣдуетъ предъявлять тѣ же требованія, что и вообще къ хорошимъ винамъ, рекомендуемымъ врачами въ соотвѣтствующихъ случаяхъ.

Въ заключеніе гласный г. *Бухи табъ* указалъ, что въ городскомъ управленіи нѣтъ еще обязательныхъ правилъ о содержаніи коровниковъ, въ которыхъ, главнымъ образомъ, и загрязняется молоко. Вопросъ объ обязательныхъ постановленіяхъ для коровниковъ будетъ разсматриваться въ началѣ 1904 г.

Доклады В. Д. Зеленскаго „Къ казуистикѣ смертельныхъ кровотеченій изъ пищевода“ и С. В. Кофмана „О показаніяхъ къ производству операцій на мышцахъ“ за позднимъ временемъ отложены.

---

## Протоколъ очереднаго засѣданія.

20-го Декабря 1903 г.

---

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухи табъ*. Присутствовали 45 дѣйствительныхъ членовъ и много постороннихъ лицъ.

По объявленіи засѣданія открытымъ, слово было предоставлено Д-ру *С. В. Кофману*, который прочелъ докладъ „**О показаніяхъ къ производству операцій на мышцахъ**“. Докладъ будетъ напечатанъ въ другомъ мѣстѣ. (Ауторефератъ не доставленъ). Докладчикъ демонстрировалъ 5 больныхъ. Преній не послѣдовало. Затѣмъ Д-ръ *Г. И. Гиммельфарбъ* демонстрировалъ больную съ *pelvis spissa*. (Ауторефератъ не доставленъ). Въ преніяхъ участвовали д-ра: Гаадлеръ, Лишневскій, Винокуровъ, Гольцманъ, Берладскій и докладчикъ.

Затѣмъ д-ръ *В. Д. Зеленскій* прочелъ докладъ (съ демонстраціей препаратовъ) подъ заглавіемъ „**Къ казуистикѣ смертельныхъ кровотеченій изъ пищевода**“. (Докладъ напечатанъ въ 1-мъ выпускѣ Трудовъ Общества).

По поводу доклада д-ра *В. Д. Зеленскаго* сдѣлали замѣчанія д-ра: Шапошниковъ, Бихманъ, Гофманъ, Адесманъ, Комаровскій, Кранцфельдъ, Кофманъ и Бухштабъ.

Д-ръ *Шапошниковъ* указалъ на практической интересъ даннаго случая. Очевидно циррозъ печени, даже рѣзко выраженный, можетъ до поры до времени протекать весьма латентно и потомъ вдругъ обнаружиться обильнымъ кровотеченіемъ изъ пищевода; между тѣмъ именно цирротики часто жалуются на диспетическія явленія, которыя подають поводъ врачу ввести съ діагностической цѣлью въ желудокъ зондъ; этотъ пріемъ для цирротика при развитіи венъ въ стѣнкѣ пищевода можетъ повести къ роковымъ послѣдствіямъ.

Д-ръ *Бихманъ* сказалъ слѣдующее (рефератъ оппонента):

Дѣйствительно, такого рода случаи очень часто подають поводъ къ различнымъ діагностическимъ ошибкамъ. Но въ данномъ случаѣ, какъ мнѣ кажется, поставленный *in vivo* діагнозъ *ulcus ventriculi* могъ быть съ большой вѣроятностью исключенъ. И вотъ на какомъ основаніи. Дѣло въ томъ, что профузныя, смертельныя кровотечения изъ желудка происходятъ большей частью на счетъ изъявленія той части *arteriae lienalis*, которая проходитъ по задней стѣнкѣ желудка въ области *curvaturae majoris* въ томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ язвы желудка наиболѣе часто встрѣчаются. Сосудъ этотъ крупный и при пораненіи своемъ даетъ очень сильное кровотеченіе (*Verhandlungen des XX Congr. für Innere Medicin 1902* Стр. 100). Для того же, чтобы язвенный процессъ могъ достигнуть этого сосуда, необходимо, чтобы всѣ



слои стѣнки желудка были изъѣдены... Несомнѣнно, что такого рода предшествующее страданіе должно было бы дать въ анамнезѣ знакомыя намъ классическія явленія *ulcus ventriculi*. Этого, мы, однако, по словамъ докладчика, въ анамнезѣ не имѣемъ.

Если демонстрированный случай и представляетъ интересъ, то съ той стороны, на которой докладчикъ совершенно не остановился, а именно, со стороны самого, такъ сказать, механизма кровотока. Объяснять происхожденіе кровотока при циррозѣ печени *однимъ только* застоємъ въ воротной венѣ въ силу сдавленія ея корешковъ—не всегда возможно. Если бы одинъ только застой игралъ здѣсь роль, такъ какъ возможно было бы объяснить тѣ кровотока при циррозѣ, когда обыкновенныхъ признаковъ цирроза еще и слѣда нѣтъ (асцитъ, увеличеніе печени и селезенки), которыя происходятъ изъ сосудовъ, не имѣющихъ непосредственнаго коллатеральнаго сообщенія съ сосудами воротной вены, какъ напримѣръ кровотока изъ мочевого пузыря, уха и особенно часто изъ гортани. Очевидно, что въ такихъ случаяхъ не менѣе важную роль, чѣмъ застой, играетъ особая разрывчатость сосудовъ. Такого рода дефектъ сосудовъ можетъ явиться слѣдствіемъ—съ одной стороны—воздѣйствія того вреднаго агента, который вызвалъ самый циррозъ, а съ другой стороны—можетъ быть обусловленъ самимъ циррозомъ. Извѣстно, какое значеніе имѣетъ печень въ дѣлѣ расщепленія всѣхъ почти элементовъ пищевыхъ продуктовъ, какъ важна ея функція для обезвреживанія различнаго рода ядовъ, поступающихъ въ организмъ, и поэтому возможно, что при полномъ или даже при частичномъ выпаденіи ея функціи, какъ это и бываетъ при циррозѣ печени, является извѣстнаго рода дискразія, обуславливающая болѣе или менѣе сильное перерожденіе и возможно легкую разрывчатость сосудовъ. Случаи кровотока изъ желудочно-кишечнаго тракта при *cholelithiasis*'ѣ, гдѣ о застоѣ въ воротной венѣ не можетъ быть и рѣчи, доказываютъ въ извѣстной степени возможность такого рода предположенія. Что же касается даннаго случая, то за причину перерожденности сосудовъ можно съ извѣстной вѣроятностью принять *lues*, вызвавшей вѣроятно и самый циррозъ въ печени, такъ какъ по статистикѣ Quinke почти половина всѣхъ случаевъ цирроза печени въ молодомъ возрастѣ могла быть отнесена на счетъ *lues*'а. Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ по поводу того, дѣйствительно-ли такіе случаи представляютъ, по даннымъ литературы, большую рѣдкость, какъ это думаетъ г. доклад-



чикъ. Въ прекрасной статьѣ Stein'a, вышедшей изъ клиники Prof. Erb'a подъ руководствомъ Prof. Fleine'ra (Magen-Darmblutungen bei Lebercirrhose. Archiv für Verdaungs-krankheiten 1899) упоминается о цѣломъ рядѣ случаевъ (Frerichs, Charcot, Hanot, Dieulafoy) кровотеченій при циррозѣ, гдѣ никакихъ клиническихъ признаковъ послѣдняго еще на лицо не было, и даже подозрѣній на такого рода заболѣванія еще не могли существовать. Ewald также приводитъ пять подобныхъ случаевъ, собранныхъ имъ за короткое время, гдѣ правильный діагнозъ у нѣкоторыхъ ему еще при жизни удалось поставить. Наконецъ, въ чрезвычайно распространенномъ руководствѣ по желудочно-кишечнымъ болѣзнямъ Боаса (4-ое нѣмецкое изданіе, 2-я часть стр. 50) упоминается и о такого рода кровотеченияхъ: „При неожиданныхъ кровотеченияхъ людей, до этого здоровыхъ, должно всегда думать о возможности находящагося въ развитіи цирроза печени, въ особенности тогда, когда haematemesis или другія явленія ulcus ventriculi ни предшествовали ни послѣдовали“.

Д-ра Адесманъ, Комаровскій и М. О. Краницфельдъ не соглашались съ д-ромъ Бихманомъ, считая діагностику въ данномъ случаѣ весьма трудной и діагнозъ язвы желудка болѣе умѣстнымъ, чѣмъ діагнозъ цирроза печени.

Д-ръ Адесманъ указалъ, кромѣ того, на статистику Шоффара, собравшаго 40 случаевъ смертельныхъ кровотеченій изъ пищевода при циррозѣ; и на указанія Лейдена, что такія кровотечения бывають именно въ тѣхъ случаяхъ цирроза печени, гдѣ нѣтъ асцита.

Д-ръ Гофманъ наблюдалъ 2 подобныхъ случая, не дошедшихъ однако до вскрытія.

Д-ръ Кофманъ также наблюдалъ смертельное кровотеченіе при циррозѣ печени.

Д-ръ Бухштабъ отмѣтилъ, что весь интересъ даннаго случая заключается главнымъ образомъ въ томъ, что смертельная кровавая рвота явилась *первымъ и единственнымъ* симптомомъ уже далеко зашедшаго цирроза печени, до этого ничѣмъ не обнаружившагося.

Д-ръ Зеленскій, отвѣчая д-ру Бихману, указалъ на случаи въ литературѣ (случаи Tibaudet, Staicescu, Schilling'a), гдѣ была сдѣлана та же діагностическая ошибка; думать о циррозѣ у мальчика 17 лѣтъ, погибшаго отъ кровавой рвоты, безъ какихъ-либо указаній на lues—можно было меньше всего. Что касается ука-



зани д-ра Бихмана на этиологію кровотеченій при циррозѣ, то объ указанныхъ имъ дискратическихъ причинахъ подробно говорится въ статьѣ Bouchard'a; причины эти относятся главнымъ образомъ къ артеріямъ; этимъ и объясняются кровотечения изъ носа, глотки, геморрагіи въ кожѣ при циррозѣ; но кровотечения эти происходятъ изъ капилляровъ и изъ сосудовъ, не стоящихъ съ v. portae ни въ какой связи, *что не относится къ данному случаю*, гдѣ имѣется на лицо разорвавшееся варикозное расширение вены.

Lues, какъ причина циррозозъ печени, извѣстенъ давно, но въ данномъ случаѣ говорить объ этомъ трудно въ виду полного отсутствія какихъ либо указаній.

Относительно частоты подобныхъ случаевъ можно отмѣтить, что въ русской литературѣ за послѣднія 12 лѣтъ указаній на подобные случаи нѣтъ. (Кромѣ случая Груздева, который онъ признаеть, впрочемъ, за Morbus Banti).

Ссылка на Frerichs'a неосновательна, такъ какъ Frerichs упоминаеть о смертельномъ кровотеченіи при закупоркѣ v. portae, а не циррозѣ печени. (Leberkrankheiten, стр. 280).

Предсѣдатель, поблагодаривъ докладчиковъ, объявилъ засѣданіе закрытымъ.

## Протоколъ очереднаго засѣданія

24 января 1904 г.

Предсѣдательствовалъ *И. Г. Мандельштамъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*.

Предсѣдательствующій сообщилъ обществу о предложеніи наслѣдника покойнаго О. О. Мочутковскаго — г-на Трачевскаго-Мочутковскаго пожертвовать обществу 5000 руб. для изданія печатнаго органа съ тѣмъ условіемъ, чтобы органъ былъ имени О. О. Мочутковскаго.

Правленіе общества врачей, разсмотрѣвъ въ особомъ совѣщаніи предложеніе г-на Трачевскаго-Мочутковскаго, нашло возможнымъ принять его и, обсудивъ подробно матеріальную сторону предпріятія, пришло къ заключенію, что пожертвованная сумма вполне будетъ обезпечивать изданіе печатнаго органа, если оно будетъ ежемѣсячнымъ и если будетъ выходить только 8 мѣсяцевъ въ году соотвѣтственно времени періодическихъ засѣданій общества. Затѣмъ правленіе нашло удобнѣе всего выпускать но-

вый органъ въ видѣ „Трудовъ Общества“ въ виду того, что въ этомъ случаѣ дѣлается ненужнымъ ходатайство объ особомъ разрѣшеніи. Представляя эти соображенія правленія, председательствующій проситъ г.г. членовъ высказаться по поводу предложенія г-на Трачевскаго-Мочутковскаго.

Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Гринфельдъ, Маргуліесъ, Л. А. Зильбербергъ, Винокуровъ и Мильманъ.

Д-ръ *Гринфельдъ* находитъ неудобнымъ назвать новый органъ „Трудами“, потому что во-первыхъ, за Труды нельзя взывать платы и въ „Трудахъ“ нельзя помѣщать платныхъ объявленій; оба эти условія создаютъ матеріальную невыгоду предпріятія; во-вторыхъ, благодаря названію „Труды“ органъ сдѣлается доступнымъ для печатанія статей только членовъ общества, закрывая свои страницы для постороннихъ авторовъ, что вредитъ органу въ смыслѣ его роста и научнаго значенія; въ-третьихъ, печатая въ „Трудахъ“ свои статьи, авторы лишены возможности помѣщать ихъ въ другихъ изданіяхъ и получать отдѣльные оттиски.

Д-ръ *Маргуліесъ* находитъ также названіе „Трудовъ“ неудобнымъ, потому что „Труды“ всякихъ обществъ вообще не пользуются особымъ вниманіемъ читателей и остаются часто даже не просмотрѣнными, а во-вторыхъ, печатая въ новомъ изданіи труды общества т. е. попросту реферируя въ нихъ даже подробно доклады членовъ, врядъ ли можно достигнуть объема книжки въ  $1\frac{1}{2}$ —2 раза больше теперешнихъ протоколовъ; между тѣмъ даже такая максимальная величина книжки будетъ производить плохое впечатлѣніе для періодическаго изданія имени О. О. Мочутковскаго.

Д-ръ *Л. Зильбербергъ*, возражая д-ру Маргуліесу, показалъ недавно полученный обществомъ номеръ Трудовъ Харьковскаго общества врачей, производящій вполне солидное впечатлѣніе своими размѣрами.

Д-ръ *Винокуровъ* замѣтилъ, что О. О. Мочутковскій для общества врачей такъ много сдѣлалъ, его имя настолько дорого намъ, что увѣковѣчить его органомъ печати есть прямой долгъ Общества Одесскихъ Врачей и, если г-нъ Трачевскій готовъ пожертвовать для этого 5000 руб., то пожертвованіе должно быть принято съ глубокой благодарностью.

Председательствующій, возражая д-ру Гринфельду, замѣтилъ, что щедрое пожертвованіе г-на Трачевскаго-Мочутковскаго по разсчету правленія вполне обезпечиваетъ матеріальную сторону новаго



органа, и такимъ образомъ всякія финансовыя предпріятія въ родѣ объявленій, подписной платы совершенно излишни. Детали можно обсудить въ особомъ совѣщаніи, а теперь Обществу предлагается высказаться, желательно ли ему принять пожертвованную г-номъ Трачевскимъ-Мочутковскимъ сумму для учрежденія органа имени О. О. Мочутковскаго. Въ утвердительномъ случаѣ рѣшеніе Общества формулируется такъ: Общество Одесскихъ Врачей съ глубокой благодарностью принимаетъ щедрое пожертвованіе г-на Трачевскаго-Мочутковскаго для учрежденія печатнаго органа имени О. О. Мочутковскаго. Д-ръ *Мильманъ* предлагаетъ дополнить формулировку, которая въ окончательномъ видѣ представляется такъ: Общество Одесскихъ Врачей съ глубокой благодарностью принимаетъ щедрое пожертвованіе г-на Трачевскаго-Мочутковскаго для учрежденія печатнаго органа имени О. О. Мочутковскаго, при чемъ вопросу о названіи новаго органа и о деталяхъ по его изданію будетъ посвящено особое засѣданіе Общества. Въ такой формѣ рѣшеніе единогласно было принято Обществомъ.

Затѣмъ д-ръ *Л. Б. Бухштабъ* сдѣлалъ сообщеніе: „**О новомъ видоизмѣненіи реакціи Widal'я для серодіагностики брюшного тифа**“ и демонстрировалъ способъ д-ра Ficker'а для распознаванія тифа. (Докладъ напечатанъ въ 1-мъ выпускѣ Трудовъ Общества).

Предсѣдательствующій, поблагодаривъ д-ра Бухштаба за сообщеніе, объявилъ засѣданіе закрытымъ.

---

## Протоколъ очереднаго засѣданія

24 февраля 1904 г.

Предсѣдательствоваль *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*.

Открывъ засѣданіе, предсѣдатель доложилъ собранію, что съ особеннымъ удовольствіемъ онъ исполнилъ постановленіе Общества о выраженіи благодарности г-ну Трачевскому-Мочутковскому за его щедрый даръ. Затѣмъ онъ доложилъ Обществу, что Правленіе совмѣстно съ жертвователемъ выработало правила для из-

данія трудовъ Общества. Труды издаются подъ редакціей Правленія не менѣе 8 разъ въ году съ надписью на обложкѣ „въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго“. Въ случаѣ окончательнаго прекращенія изданія жертвователъ имѣетъ право распоряжаться капиталомъ по своему усмотрѣнію.

Избранъ въ члены Общества д-ръ Осипъ Семеновичъ Арія единогласно и предложенъ въ члены д-рами Бардахомъ, Зильбербергомъ и Бухштабомъ проф. П. А. Вальтеръ.

Затѣмъ послѣдовалъ докладъ д-ра Гребнера „**О кинезитерапіи при нервныхъ болѣзняхъ**“. (Докладъ напечатанъ въ Трудахъ Общества, 1-й выпускъ).

Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Винокуровъ, Бухштабъ, Бардахъ и докладчикъ.

Д-ръ *Л. Б. Бухштабъ* полагаетъ, что врядь-ли вѣрно основывать практическую пользу массажа и вообще всей *Bahnungstherapie* на теоріи невроновъ, какъ это думаетъ докладчикъ.

1) Трудно думать, что польза упражненій и повторныхъ движеній сводится на то, что центральныя клѣтки все болѣе и болѣе привыкаютъ соединяться своими щупальцами, тѣмъ болѣе, что эта связь и эти щупальцы тоже подвергаются сомнѣнію въ самое послѣднее время.

2) Оппонентъ указываетъ также, что научная заслуга въ разработкѣ *Compensationstherapie* все таки принадлежитъ безусловно *Leyden'u* и его школѣ, научный авторитетъ котораго и доставилъ этому методу то положеніе, которымъ оно нынѣ пользуется.

3) Что касается того, что нѣкоторые аппараты *Leyden-Jacob'a*, по словамъ докладчика, не удобны, такъ какъ движенія въ нихъ нужно совершать сидя, то оппонентъ полагаетъ, что въ этомъ именно заключается ихъ удобства, а не недостатокъ, такъ какъ и больные, прикованные къ мѣсту, могутъ упражняться на нихъ.

Д-ръ *Гребнеръ* отвѣтилъ на эти возраженія слѣдующее:

Ad. 1) Теорія о нейронахъ и послѣ нападокъ со стороны *Nissl'я* и друг. служила *Sudden'u* объясненіемъ для вторичной дегенерациі и д-ру *Бойконову*, проф. *Goldscheider'u* и докладчику для объясненія такъ называемой *Bahnungstherapie*. Массажъ при этой терапіи не играетъ роли существенной; и нейроны несомнѣнно представляютъ первоначально морфологически отдѣльныя клеточныя единицы, которыя и въ послѣдствіи изолированы на известную область въ функциональномъ отношеніи.

Ad. 2) Въ отвѣтъ на мнѣніе д-ра *Бухштаба*, докладчикъ



приводить слѣдующія слова ученика *Leyden'a*. Проф. *Iacob* говоритъ: „заслуга созданія и разработки систематическаго на твердыхъ принципахъ покоющагося способа лѣченія принадлежитъ безспорно д-ру *Френкелю*,“ дальше... „и д-ра *Френкеля* надо считать основателемъ компенсаторной терапіи“. *Uebungstherapie in Handbuch. der physikal. Therapie* I часть II томъ pag. 246.

Ad. 3) Д-ръ *Goldsheider* считаетъ основнымъ правиломъ, что табетки все равной какой степени атаксіи начинаютъ всегда съ упражненій въ лежачемъ и сидячемъ положеніи. Въ обыденной жизни отъ мышцъ сгибателей тазобедренного сустава требуется только передвиженіе нижней конечности впередъ при ходьбѣ. Ясно, что держать въ сидячемъ положеніи нижнюю конечность (бедро) горизонтальной и выше для точныхъ движеній стопы представляется даже для здороваго очень не привычную и поэтому очень утомительную задачу.

Для больныхъ, прикованныхъ къ креслу, существуютъ спеціальныя приспособленія, облегчающія упражненія въ стоячемъ положеніи, если при помощи этихъ приспособленій эти упражненія не исполнимы, тогда и упражненія въ сидячемъ положеніи не по силамъ.

Д-ръ *Винокуровъ* полагаетъ, что въ острыхъ случаяхъ хореи лѣчить движеніями въ виду возможности эндокардитовъ опасно, а въ хроническихъ оппоненту всегда не отказывалъ методъ *Comby* (лѣченіе мышьякомъ).

Докладчикъ на это возражаетъ, что острыхъ случаевъ онъ совсѣмъ не касался.

Д-ръ *Л. В. Бухштабъ* подтверждаетъ блестящіе результаты, полученные докладчикомъ.

Д-ръ *Я. Ю. Бардахъ* интересуется, всегда ли докладчикъ получалъ отъ упражненій такой же результатъ при табетической атаксіи, какъ въ демонстрируемомъ случаѣ.

Затѣмъ былъ заслушанъ докладъ д-ра *А. М. Варгафтика* „Къ техникѣ чревоствѣченія“.

*Аутоферфератъ.*

Докладчикъ сдѣлалъ сообщеніе о 24 случаяхъ чревоствѣченія, сдѣланныхъ за послѣдніе 8 мѣсяцевъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Одесской Новой Городской Больницы, по способу, предложенному въ 1897 г., проф. *Pfaunenotiel'emъ*.

Техника разрѣза состоитъ въ слѣдующемъ. Въ болѣе или менѣе выраженной складкѣ кожи, на границѣ волосъ—*montis Veneris*, про-

водится поперечный, дугообразный разръзъ, длиною въ 10—12 см., черезъ кожу и подкожную клетчатку. Затѣмъ фасцію разсѣкаютъ въ томъ же поперечномъ направленіи, на разстояніи 8—10 см. Отсепаровываютъ фасцію отъ мышцъ, при чемъ съ боковъ это удается легко тупымъ путемъ, въ срединѣ же фасцію, вмѣстѣ съ *linea alba* высепаровываютъ ножницами. Брюшину разсѣкаютъ въ продольномъ направленіи.

На долю 24 случаевъ, при которыхъ была примѣнена вышеупомянутая техника разръза, пришлось 12 случаевъ удаленія пораженныхъ придатковъ, 2 случая кастраціи (*osteomalaci'a*), 4 случая внутрибрюшиннаго укороченія крупныхъ связокъ, при загибѣ матки безъ сросшеній, 6 случаевъ внутрибрюшиннаго укороченія круглыхъ связокъ при загибѣ матки и сопутствующемъ *peritonitis adhaesiva*.

Пользуясь вышеупомянутой техникой разръза, вполне устраняется возможность послѣдовательнаго образованія грыжъ брюшныхъ стѣнокъ, а также косметическій недостатокъ. Получаемый рубецъ впоследствии для глаза дѣлается совершенно невидимымъ.

Д-ръ Гиммельфарбъ указалъ на тотъ фактъ, что ограниченность поля операциіи требуетъ большой практической подготовки отъ хирурга, желающаго пользоваться вышеупомянутой техникой разръза. Что же касается кожного рубца, то дѣйствительно эффектъ получается поразительный. Д-ру Гиммельфарбу пришлось видѣть больную, которую послѣдній оперировалъ 3 года тому назадъ, и только при самомъ тщательномъ изслѣдованіи имъ найденъ было слѣдъ отъ рубца.

Д-ръ Я. В. Зильбербергъ указалъ на тотъ фактъ, что вышеуказаннымъ разръзомъ можно пользоваться только въ гинекологіи, при работѣ на придаткахъ, и тоже присовокупить, что ему пришлось видѣть больную, которой было сдѣлано чревосѣченіе по Pfannenstiel'ю, и, дѣйствительно, ему тоже послѣ долгихъ тщательныхъ поисковъ удалось найти слѣдъ рубца. Что же касается послѣдовательнаго образованія грыжъ брюшныхъ стѣнокъ, то д-ръ Зильбербергъ указалъ на то, что пользуясь неоднократно сагиттальнымъ разръзомъ при чревосѣченіяхъ, онъ доволенъ получаемымъ результатомъ.

Предсѣдатель, поблагодаривъ докладчиковъ за сообщенія, объявилъ засѣданіе закрытымъ.

