

K-941
655

Вста Веша

Изданъ 20-го X
Paru le 1 XI 1889.

221 $\frac{4}{145}$

ТРУДЫ
РУССКАГО МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА

ПРИ

ИМПЕРАТОРСКОМЪ ВАРШАВСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

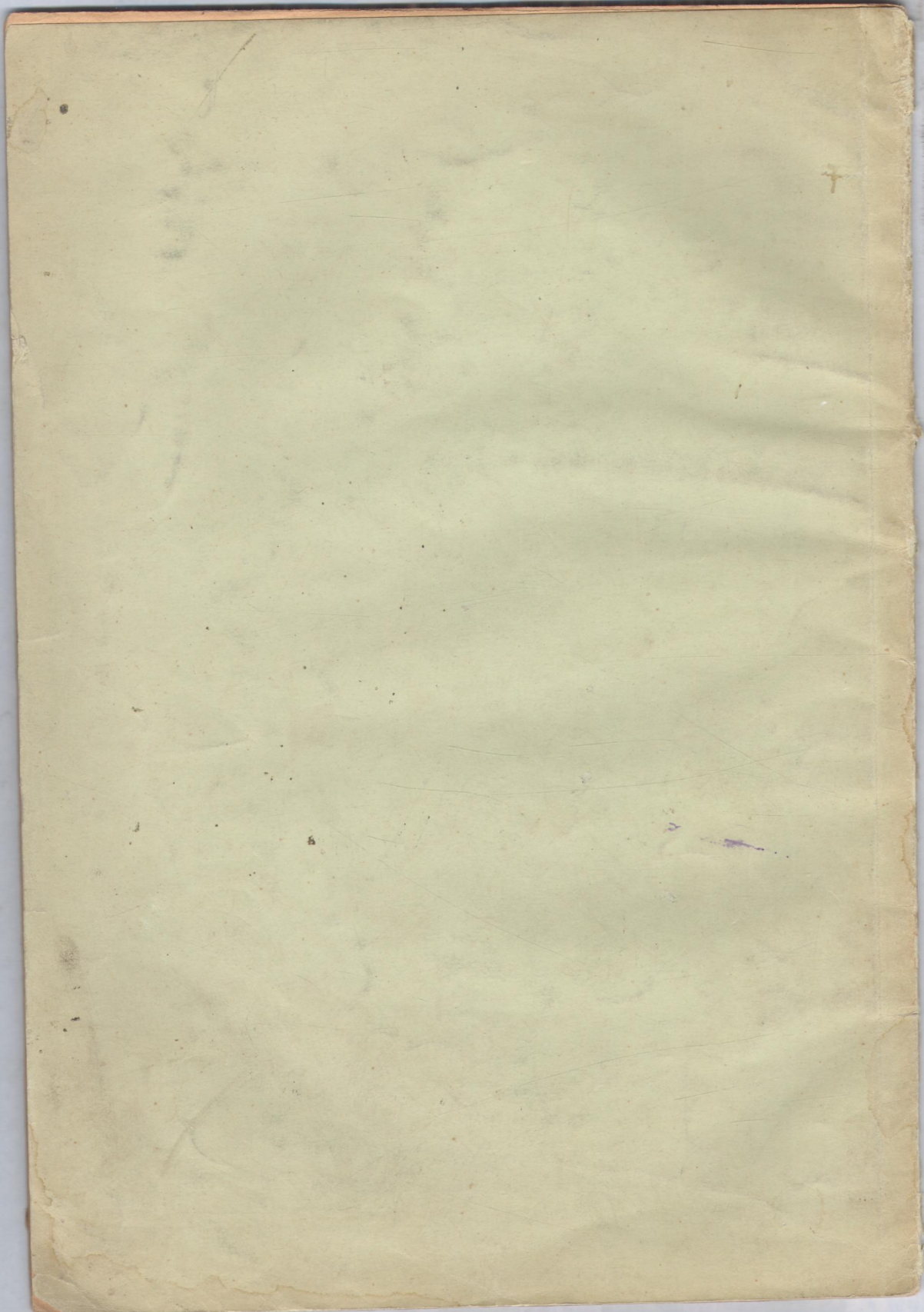
[Mémoires de la Société russe de Médecine à l'Université
Impériale de Varsovie.]

I, 2.

ВАРШАВА.

Типографія Варшавскаго Института Глухонѣмыхъ и Слѣпыхъ.

1889.



1899

1899

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION

1899

1899

К-941

Изданъ 20-го X
Paris le 1 XI 1889.

1934

Т Р У Д Ы
РУССКАГО МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА

ПРИ

ИМПЕРАТОРСКОМЪ ВАРШАВСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ.

[Mémoires de la Société russe de Médecine à l'Université
Impériale de Varsovie.]



I, 2.



ВАРШАВА.

Типографія Варшавскаго Института Глухонѣмыхъ и Слѣпыхъ.

1889.

59

ДОЗВОЛЕНО ЦЕНЗУРОЮ.
Варшава, дня 23 Октября 1889 года.

Оглавление. (Sommaire.)

<i>Э. Г. ф. Траутфеттеръ.</i> Къ учению о pityriasis rubra	<i>Стр.</i> 1
<i>[E. de Trautvetter. Note sur la pityriasis rubra.]</i>	11

Протоколы засѣданій Общества	1
[Comptes rendus des séances de la Société russe de Médecine à l'Univ. Imp. de Varsovie.]	
Засѣданіе 24 Марта 1889 г.	1
Засѣданіе 5 Мая 1889 г.	19

Ordnung (Sommers)

1	Einleitung
2	Die ersten Sommer
3	Die zweite Sommer
4	Die dritte Sommer
5	Die vierte Sommer
6	Die fünfte Sommer
7	Die sechste Sommer
8	Die siebte Sommer
9	Die achte Sommer
10	Die neunte Sommer
11	Die zehnte Sommer
12	Die elfte Sommer
13	Die zwölfte Sommer
14	Die dreizehnte Sommer
15	Die vierzehnte Sommer
16	Die fünfzehnte Sommer
17	Die sechzehnte Sommer
18	Die siebenzehnte Sommer
19	Die achtzehnte Sommer
20	Die neunzehnte Sommer
21	Die zwanzigste Sommer
22	Die einundzwanzigste Sommer
23	Die zweiundzwanzigste Sommer
24	Die dreiundzwanzigste Sommer
25	Die vierundzwanzigste Sommer
26	Die fünfundzwanzigste Sommer
27	Die sechsundzwanzigste Sommer
28	Die siebenundzwanzigste Sommer
29	Die achtundzwanzigste Sommer
30	Die neunundzwanzigste Sommer
31	Die hundertste Sommer

Къ учению о pityriasis rubra.

Э. Г. Ф. ТРАУТФЕТТЕРА.

Въ настоящее время подъ именемъ pityriasis rubra понимаютъ интенсивное темнокрасное окрашеніе кожи на всемъ ея протяженіи, причемъ она представляется только слегка инфильтрированной, всегда сухой и покрытою мелкими, въ большинствѣ случаевъ, отрубевидными чешуйками. Въ рѣдкихъ случаяхъ поражается не вся кожа, и тогда только какая-нибудь небольшая ея часть остается неизмѣненною. Во все время теченія этой болѣзни другихъ болѣзненныхъ измѣненій, кромѣ вышеприведенныхъ, не замѣчается: эта болѣзнь протекаетъ безъ развитія прыщиковъ или пузырьковъ, безъ отдѣленія влаги, безъ образованія значительнаго уплотненія кожи. Эти отрицательныя свойства краснаго отрубевиднаго лишая имѣютъ, какъ это увидимъ ниже, громадное значеніе при распознаваніи этой болѣзни въ ряду другихъ схожихъ съ нею болѣзней кожи.

Терминъ: pityriasis rubra впервые встрѣчается у Bateman'a, ученика извѣстнаго дерматолога Willan'a. Но онъ (равно какъ его послѣдователи Bielt, Cazenave и др.) подъ этимъ терминомъ не понималъ страданія кожи, которое, по предложенію вѣнской школы, въ настоящее время называютъ краснымъ отрубевиднымъ лишаемъ, а называлъ этимъ терминомъ каждое покрасненіе кожи съ одновременнымъ шелушеніемъ ея. Такимъ образомъ Bateman и его послѣдователи не проводили рѣзкой границы между pityriasis rubra, eczema squamosum, psoriasis и lichen ruber. Devergie (1854 г.) былъ первый, который подъ именемъ pityriasis rubra описалъ самостоятельное страданіе кожи. Но не подлежитъ сомнѣнію, что онъ иногда смѣшивалъ pityriasis rubra съ eczema squamosum.

Честь правильнаго описанія и точнаго опредѣленія этой болѣзни принадлежать Ferd. Hebr'у. Современные французскіе и англійскіе дерматологи считаютъ равнымъ образомъ болѣзнь кожи, которую Hebra описалъ подъ именемъ *pityriasis rubra*, за самостоятельное страданіе кожи, но только большинство ихъ описываютъ эту болѣзнь подъ другимъ именемъ, а именно подъ названіемъ *dermatitidis exfoliativae universalis*, между тѣмъ какъ французская школа подъ именемъ *pityriasis rubra* описываетъ *lichen ruber* нѣмецкой школы. Изъ французскихъ писателей впервые Gibert (1860 г.) описалъ нѣсколько случаевъ *dermatitidis exfoliativae universalis* подъ терминомъ *pityriasis rubra*, въ смыслѣ ученія Hebr'а.

Красный отрубевидный лишай представляетъ интересъ во многихъ отношеніяхъ.

Во-1-хъ, это болѣзнь очень рѣдкая. Ferd. Hebra, располагавшій громаднѣйшимъ клиническимъ матеріаломъ, видѣлъ всего 15 случаевъ этой болѣзни. Каросі, его преемникъ, видѣлъ только 6 случаевъ. Авторъ, видя ежегодно около 1000 больныхъ съ страданіями кожи, имѣлъ возможность въ теченіе 20 лѣтъ завѣдыванія клинкою накожныхъ и венерическихъ болѣзней наблюдать всего только два случая этой рѣдкой болѣзни.

Во-2-хъ, Ferd. Hebra считалъ эту болѣзнь безусловно смертельною. Въ литературѣ пока отмѣчены только два случая несомнѣннаго излѣченія краснаго отрубевиднаго лишая: одинъ—Каросі, а другой—Benson'омъ и Smith'омъ. Schwimmer опубликовалъ одинъ случай, при которомъ наступило улучшеніе болѣзненнаго состоянія. Прочіе случаи излѣченія *pityriasis rubrae*, которые авторъ нашелъ въ литературѣ, какъ, напр., случаи Jamieson'a, Brocq'a, Finny и др., принадлежатъ къ наблюденіямъ, при которыхъ *pityriasis rubra* смѣшиваема была то съ *eczema squamosum universale*, то съ *psoriasis universalis*.

Въ-3-хъ, особенность этой болѣзни составляетъ безуспѣшное употребленіе противъ нея различныхъ лѣкарствъ. Два вышеприведенные случая излѣченія краснаго отрубевиднаго лишая наступили у Каросі при употребленіи внутрь *acidi carbolici*, а въ случаѣ Benson'a и Smith'a при употребленіи внутрь мышьяка.

Въ-4-хъ, особенность краснаго отрубевиднаго лишая заключается въ пораженіи кожи на всемъ ея протяженіи. Уклоненія отъ этого правила принадлежатъ къ исключеніямъ.

Въ-5-хъ, причины, вызывающія эту болѣзнь, пока неизвѣстны. Слѣдующіе авторы высказали нѣкоторыя предположенія о причинахъ появленія этой загадочной болѣзни. Такъ, напр., Fleischmann смотритъ на эту болѣзнь кожи какъ на трофоневрозъ; Schwimmer считаетъ причиною ея пораженіе центральной нервной системы; Auspitz и Caspary считаютъ причиною нарушеніе питанія верхней кожицы и слизистаго ея слоя (Keratolysis); Eلسenberg относитъ ее къ инфекціоннымъ болѣзнямъ, такъ-какъ въ описанномъ имъ случаѣ онъ нашелъ значительное увеличеніе лимфатическихъ железъ. Но такъ-какъ при pityriasis rubra, кромѣ Eلسenberg'a, никто не наблюдалъ увеличенія лимфатическихъ железъ, то пораженіе ихъ въ его случаѣ слѣдуетъ считать случайнымъ осложненіемъ. Нижеслѣдующіе авторы упоминаютъ объ измѣненіяхъ, найденныхъ ими при вскрытіи труповъ лицъ, умершихъ отъ краснаго отрубевиднаго лишая, причеиъ, однако, остается еще недоказаннымъ, что эти измѣненія находились въ причинной связи съ появленіемъ pityriasis rubrae. Н. Hebra нашелъ въ правой половинѣ мозжечка узелъ въ лѣсной орѣхъ и въ периферіи праваго полушарія мозга уплощенный узелъ величиною въ грецкій орѣхъ; Н. Hebra принялъ эти узлы за туберкулы. Fleischmann нашелъ туберкулы въ мозговыхъ ножкахъ (pedunculi cerebri); Jamiesson—явленія острого міелита; Hutchinson нашелъ перерожденіе спинного мозга.

Въ-6-хъ, pityriasis rubra представляетъ интересъ также въ томъ отношеніи, что при этой болѣзни еще мало изучены измѣненія, наступающія со стороны самой кожи. Въ гистологическомъ отношеніи заслуживаетъ вниманія изслѣдованіе кожи двухъ лицъ, умершихъ отъ краснаго отрубевиднаго лишая, прозведенное Н. Hebr'ой. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, въ которомъ болѣзнь длилась сравнительно недолго, Hebra нашелъ только значительное расширение сосудовъ кожи и присутствіе въ слабой степени мелкокѣлочнаго инфильтрата въ собственной кожѣ (corium). Въ другомъ же болѣе застарѣломъ случаѣ измѣненія были рѣзко выражены. Въ

этомъ случаѣ кожа производила впечатлѣніе рубца, образовавшагося путемъ атрофіи, притомъ покрытаго верхнею кожицею, которая была толще нормальной, между тѣмъ какъ Malpighi'евъ слой представлялся утонченнымъ. За слизистымъ слоемъ слѣдовалъ тонкій слой соединительныхъ волоконъ, и затѣмъ значительный слой эластическихъ волоконъ. Этотъ послѣдній слой былъ втрое толще верхнихъ трехъ слоевъ вмѣстѣ взятыхъ. Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ слоя верхней кожицы, мѣстами замѣчалась мелкоклѣточная инфильтрація, а въ слой съ эластическими волокнами зерна желтобурого пигмента. Папиллярный слой не существовалъ и линія, отдѣляющая его отъ rete Malpighii, совершенно изгладилась. Потовыя железы въ этомъ случаѣ вполне отсутствовали, а изъ сальныхъ железъ Nebra во всѣхъ изслѣдованныхъ имъ срѣзкахъ нашелъ всего только одну. Elsenberg въ опубликованномъ имъ наблюденіи нашелъ такія же гистологическія измѣненія, какъ Н. Nebra въ первомъ изъ вышеприведенныхъ двухъ случаевъ. Разница заключалась только въ томъ, что мелкоклѣточные элементы были распределены гнѣздами въ окрестности потовыхъ и сальныхъ железъ.

Въ-7-хъ, особенность краснаго отрубевиднаго лишая заключается въ стаціонарности наблюдаемыхъ при этой болѣзни признаковъ; всегда пораженная кожа представляется красною на всемъ ея протяженіи, слегка инфильтрированной, сухою и покрытою мелкими чешуйками.

Наконецъ, въ-8-хъ, во время теченія краснаго отрубевиднаго лишая отличаютъ два періода: въ первомъ періодѣ питаніе организма еще вполне удовлетворительно и кожа еще представляетъ свою нормальную упругость и толщину; во второмъ же періодѣ наступаетъ упадокъ питанія организма и кожа постепенно утончается и теряетъ свою нормальную растяжимость.

Затѣмъ я перехожу къ описанію двухъ случаевъ pityriasis rubrae, за теченіемъ которыхъ я слѣдилъ въ завѣдываемой мною клиникѣ. Оба эти наблюденія принадлежатъ къ типически выраженнымъ случаямъ краснаго отрубевиднаго лишая, въ которыхъ всѣ классическіе признаки этой болѣзни были рѣзко выражены. Ниже приводимъ въ извлеченіи исторію болѣзни этихъ двухъ случаевъ.

I. Т—ская Александра, 46 л. отъ-роду. Поступила въ клинику 16 Октября 1887 г.

По словамъ больной, болѣзнь кожи длится у нея шесть мѣсяцевъ. Покраснѣніе кожи началось безъ всякой видимой причины со лба и оттуда постепенно распространялось на всю поверхность кожи. Никакими другими болѣзнями кожи до того не страдала. Больная сообщаетъ, что прежде только страдала брюшнымъ полнокровіемъ, запорами и бѣлями.

При изслѣдованіи больной, найдены были нижеслѣдующія болѣзненныя явленія. Интенсивно темнокрасное окрашеніе кожи на всемъ ея протяженіи. При надавливаніи пальцемъ на пораженную кожу, она блѣднѣетъ, принимая желтоватый оттѣнокъ. Нижнія конечности представляютъ синеватокрасное окрашиваніе. Покраснѣвшая кожа представлялась слегка утолщеною и покрытою мелкими чешуйками, особенно на лицѣ и на поверхностяхъ сгиба конечностей. На поверхностяхъ разгиба конечностей чешуйки были нѣсколько больше и достигали отъ 2 до 4 миллиметровъ въ поперечникѣ. На тыльных поверхностяхъ ручной кисти и стопы чешуйки были еще большихъ размѣровъ. Кожа ладони и подошвы была значительно утолщена и чешуйки представлялись тутъ наслоенными. Во все время своей болѣзни больная не замѣчала на кожѣ ни развитія пузырьковъ, ни образованія мокнущихъ мѣстъ или корокъ. Кожа всегда была сухою. Растяжимость ея нормальная. Равнымъ образомъ и температура ея нормальная. Больная ощущаетъ умѣренный зудъ. Ногти представлялись на верхнихъ, равно какъ и на нижнихъ конечностяхъ, утолщенными, непрозрачными, пожелтѣвшими и ломкими. Волосы потеряли нормальный свой блескъ и усиленно выпадали. Бедренныя, паховыя и шейныя железы почти нормальны. Больная жалуется на зябкость и запоры. Изъ половыхъ частей выдѣляется слизисто-гнойная жидкость. Питаніе больной удовлетворительно. Прочіе органы ничего ненормальнаго не представляли.

Смѣшать можно *pityriasis rubra* 1) съ *eczema squamosum universale*, 2) съ *psoriasis universalis* и 3) съ *lichen ruber universalis*. Для отличія *pityriasis rubrae* отъ этихъ болѣзней кожи существенны слѣдующіе отличительные признаки:

Pityriasis rubra.	Eczema squamosum universale.
1) Обыкновенно поражаетъ всю кожу.	1) Рѣдко поражаетъ всю поверхность кожи.
2) Не наступаетъ образованія прыщей, пузырьковъ, мокнущихъ мѣстъ и струпуевъ.	2) Eczema squamosum—послѣдній стадій лишая, которому предшествуютъ прыщи, пузырьки, мокнущія мѣста и корки.
3) Отсутствуетъ уплотнѣніе кожи или же только оно слабо выражено.	3) Уплотнѣніе кожи сильнѣе, чѣмъ при pityriasis rubra.
4) Поражаются часто ногти и волосы.	4) Весьма рѣдко поражаются ногти и волосы.
5) Мѣстно дѣйствующія средства приносятъ мало пользы.	5) Мѣстно дѣйствующія средства приносятъ большую пользу.
6) Исходъ болѣзни обыкновенно смертельный. Болѣзнь постепенно ухудшается.	6) Исходъ—выздоровленіе.
7) Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь существуетъ недолго.	7) Продолжается сравнительно недолго.
8) Исходнымъ мѣстомъ болѣзни служатъ различныя мѣстности.	8) Исходнымъ мѣстомъ обыкновенно служатъ поверхности сгиба конечностей и вообще нѣжныя части кожи.
9) Обыкновенно чешуйки отрубевидныя, въ большомъ количествѣ, грязноватаго цвѣта.	9) Чешуйки въ незначительномъ количествѣ.
10) Основаніе, на которомъ сидятъ чешуйки, не легко кровоточитъ.	10) Тоже не легко кровоточитъ.
11) Мышьякъ обыкновенно не приноситъ пользы.	11) Мышьякъ не приноситъ пользы.
12) Высыпаніе расширяется периферически.	12) Высыпаніе увеличивается периферически.

Psoriasis universalis.	Lichen ruber universalis.
1) Рѣже поражаетъ всю кожу, чѣмъ pityriasis rubra, но чаще, чѣмъ eczema.	1) Рѣже всего поражаетъ все протяженіе кожи.
2) Чешуйки насаиваются въ формѣ прыщиковъ (psoriasis punctata), кружковъ, колецъ и сегментовъ круга.	2) Прыщи величиною въ просяное зерно и распределены группами.
3) Уплотнѣніе сильнѣе, чѣмъ при pityriasis rubra.	3) Уплотнѣніе кожи значительное. Около периферіи инфильтратовъ всегда находятся группы просовидныхъ прыщей.
4) Поражаются ногти и волосы.	4) Поражаются ногти и волосы.
5) Мѣстныя средства приносятъ большую пользу.	5) Мѣстно дѣйствующія средства приносятъ мало пользы.
6) Рѣдко обусловливаетъ смертельный исходъ. Болѣзнь временно излѣчивается. Часто рецидивируетъ.	6) Рѣдко приводитъ къ смертельному исходу.
7) Существуетъ долго, обыкновенно съ дѣтскаго или отроческаго возраста.	7) Существуетъ обыкновенно долѣе, чѣмъ pityriasis rubra.
8) Исходный пунктъ обыкновенно на мѣсто разгиба конечностей.	8) Исходнымъ мѣстомъ обыкновенно служатъ поверхности сгиба конечностей и туловище.
9) Чешуйки въ обильномъ количествѣ и нерѣдко перламутровоблаго цвѣта.	9) Чешуйки отрубевидныя и въ небольшомъ количествѣ.
10) Чешуйки сидятъ на легко кровоточащемъ основаніи.	10) Чешуйки сидятъ на основаніи не легко кровоточащемъ.
11) Мышьякъ приноситъ пользу.	11) Мышьякъ излѣчиваетъ.
12) Высыпанія увеличиваются периферически.	12) Периферически прыщики не увеличиваются при lichen ruber acuminatus, при lichen ruber planus въ рѣдкихъ только случаяхъ. Прыщики сохраняютъ всегда величину булавочной головки. Инфильтраты образуются, поэтому, только путемъ появленія новыхъ прыщиковъ между старыми, пока, наконецъ, не наступаетъ сліяніе ихъ другъ съ другомъ. Высыпаніе, слѣдовательно, периферически не увеличивается, а расширяется только черезъ сліяніе прыщей.

Больная находилась под наблюдениемъ въ клиникѣ пять мѣсяцевъ. Въ теченіе первыхъ 70 дней, не смотря на различныя средства, которыя употреблены были внутрь (*acid. arsenicosum*, *pilocarpinum muriaticum*) и снаружи (*ung. diachyli*, *ung. Wilsoni*, деготь), болѣзнь ухудшалась, т. е. краснота кожи, шелушеніе и зудъ усиливались. Мышьякъ внутрь назначаемъ былъ въ видѣ азіатскихъ пилюль, которыя больная принимала въ теченіе 6 недѣль. Больная дошла до приема въ сутки 0,048 грм. ($\frac{1}{20}$ грана) мышьяковистой кислоты. Затѣмъ, въ виду необыкновенной сухости кожи и усилившагося зуда, назначено было внутрь въ теченіе трехъ недѣль *pilocarpinum muriaticum pro dosi* 0,01 грм., по три раза въ сутки. Одновременно снаружи, безъ видимой пользы, употребляемы были *ung. diachyli*, *ung. Wilsoni* и деготь въ различныхъ видахъ. Последнее средство раздражало кожу и усиливало зудъ. Въ виду неудовлетворительныхъ результатовъ лѣченія красного отрубевиднаго лишая вышеисчисленными средствами, авторъ, предполагая, во-1-хъ, что при *pityriasis rubra* поражены сосудодвигательные нервы и что это поврежденіе центрального происхожденія въ виду заболѣванія сосудовъ на всемъ протяженіи кожи, (вѣроятно, парализованы вѣтви, суживающіе сосуды—*rami vasoconstrictores*); во-2-хъ, что при *pityriasis rubra* равнымъ образомъ нарушены отправленія трофическихъ нервовъ (на что указываютъ шелушеніе, легкая инфильтрація кожи); въ-3-хъ, что поврежденіе центральной системы обнаружили результаты вскрытій Jamiesson'a (нашедшаго при *pityriasis rubra* явленія остраго міэлита), Hutchinson'a (нашедшаго перерожденіе спинного мозга), Н. Hebr'ы и Fleischmann'a (нашедшихъ туберкулы въ различныхъ частяхъ головного мозга) и въ-4-хъ, что препараты іода оказываютъ сильное вліяніе на жизнедѣятельность протоплазмы клѣтокъ, особенно же на клѣтки молодой, эмбриональной соединительной ткани—рѣшился испробовать дѣйствіе іодистаго калия на теченіе отрубевиднаго лишая. Поводомъ испытать это средство было тѣмъ болѣе, что норвежскій врачъ Greves въ 1881 г. и датскій врачъ Haslund въ 1887 г. обнаружили благотворное дѣйствіе *kalii jodati* на теченіе *psoriasis*, т. е. болѣзни кожи, при которой, какъ при *pityriasis rubra*,

замѣчается значительное расширеніе сосудовъ и обильное шелушеніе. Т—ская принимала *kalium jodatum* въ теченіе 80 дней, начиная съ 1,4 и постепенно доведши до 15,0 грм. въ сутки. Haslund при лѣченіи *psoriasis* обыкновенно доходилъ до двадцати и тридцати граммовъ, а у одного больного дошелъ даже до 50 грм. въ сутки. При назначеніи больной 20,0 грм. въ сутки у нея стала обнаруживаться общая слабость и расстройство пищеваренія, такъ-что приходилось снова ей назначать по 15,0 грм. *pro die*.

Этотъ приемъ больная получала въ теченіе 50 дней. Подъ вліяніемъ этого средства кожа у больной стала постепенно блѣднѣть, отдѣленіе чешуекъ уменьшалось, а равно значительно уменьшился и зудъ. Мѣстные средства (*ung. Wilsoni* и деготь), которые до того не дѣйствовали, стали благопріятно вліять на кожу больной. Подъ вліяніемъ продолжительнаго употребленія *kalii jodati* больная немного исхудала. Наконецъ, кожа приняла совершенно нормальный видъ, и только на ручной кисти и на стопѣ еще замѣчалось незначительное шелушеніе. Больная, не желая долѣе оставаться въ клиникѣ, выписалась изъ нея, почти совершенно излѣчившись отъ своей болѣзни. Въ продолженіе 80 дней Т—ская приняла всего 892,0 грм., т. е. около 30 унцій іодистаго каія.

II. Б—дынъ, 60 лѣтъ отъ-роду, поступилъ въ клинику 17 Февраля 1889 г.

Болѣзнь всего длится 5 мѣсяцевъ. Она началась у него съ подошвъ. До того не страдалъ болѣзнями кожи. Всѣ употребленныя имъ до того противъ его болѣзни средства оказались неэффективными.

И въ этомъ второмъ случаѣ были рѣзко выражены всѣ классическіе признаки *pityriasis rubrae*. Кожа представлялась интенсивно покраснѣвшею на всемъ ея протяженіи, за исключеніемъ кожи лица, которая была нѣсколько свѣтлѣе окрашена. Кожа всюду покрыта мелкими чешуйками, за исключеніемъ ручной кисти и стопы, гдѣ чешуйки были значительно больше и представлялись наслоенными. Даже на волосистой части головы замѣчалось шелушеніе. Температура кожи нормальная. Кожа нижнихъ

конечностей синеватокрасная. Поверхность кожи сухая. Больной жалуется на сильный зудъ. Мѣстами видны разчесы. Во все время теченія болѣзни отсутствовали прыщи, пузырьки и мокнуція мѣста на пораженной кожѣ. Только мѣстами кожа представлялась слегка утолщенной. Что касается распознаванія болѣзни въ данномъ случаѣ, то ссылаюсь на обстоятельства, изложенныя мною уже выше при разборѣ перваго случая.

Лѣченіе начато было назначеніемъ внутрь *kalii jodati*, а снаружи дегтя, въ видѣ дегтярныхъ ваннъ, а также дегтя въ соединеніи съ *ung. diachyli*. Состояніе больного стало сравнительно скоро улучшаться. Когда больной дошелъ до приѣма *kalii jodati* 5,0 грм. въ сутки, кожа стала замѣтно блѣднѣть, такъ-что не представилось надобности увеличивать приѣмы этого средства. Больной пробылъ въ клиникѣ всего 33 дня и принялъ въ теченіе этого времени 116,0 грм. іодистаго калия, т. е. около 4 унцій этого средства; кожа подъ вліяніемъ этого средства, а также дегтя, который въ значительной степени уменьшалъ зудъ, приняла нормальный цвѣтъ, перестала шелушиться, и больной выпиcался изъ клиники совершенно здоровымъ. Только кожа ладоней еще представляла минимальное уплотнѣніе. Несомнѣнно, что изъ приведенныхъ мною двухъ наблюденій во второмъ случаѣ краснаго отрубевиднаго лишая кожа была поражена въ меньшей степени, чѣмъ въ первомъ случаѣ.

Въ заключеніе я позволю себѣ привести нѣкоторые выводы изъ вышеописанныхъ мною двухъ случаевъ краснаго отрубевиднаго лишая.

1) Въ обоихъ случаяхъ питаніе кожи и общее питаніе организма было удовлетворительное и болѣзнь, слѣдовательно, наблюдаема была въ первомъ стадіи теченія краснаго отрубевиднаго лишая.

2) Въ обоихъ случаяхъ больные до заболѣванія краснымъ отрубевиднымъ лишаемъ не страдали болѣзнями кожи.

3) Въ одномъ изъ вышеприведенныхъ наблюденій болѣзнь постигла женщину. Женщины же, какъ извѣстно, значительно рѣже болѣютъ краснымъ отрубевиднымъ лишаемъ, чѣмъ мужчины.

4) Исходнымъ мѣстомъ распространенія болѣзни въ первомъ случаѣ служила кожа лба, а во второмъ кожа подошвъ.

5) Наслоеніе верхней кожицы замѣчалось на ладоняхъ и стопѣ, и чешуйки достигали въ этихъ случаяхъ значительной величины.

6) Въ обоихъ случаяхъ назначеніе іодистаго калия въ большихъ приѣмахъ способствовало уменьшенію припадковъ и возвращенію кожи къ нормѣ.

7) При употребленіи внутрь іодистаго калия, несомнѣнно, благотворнѣе вліяли и мѣстно дѣйствующія средства.

8) Въ первомъ случаѣ степень заболѣванія кожи была сильнѣе выражена, чѣмъ во второмъ случаѣ.

9) Во второмъ случаѣ кожа лица была сравнительно менѣе поражена, чѣмъ прочія части кожи.

10) Пораженіе сосудовъ всей кожи, а равно и нарушеніе питанія кожи на всемъ ея протяженіи, указываетъ на пораженіе центровъ сосудодвигательныхъ и трофическихъ нервовъ, а успѣшное дѣйствіе *kalii jodati* на теченіе *pityriasis rubrae* отчасти подтверждаетъ это предположеніе.

E. de TRAUTVETTER. Note sur la pityriasis rubra.—Résumé.

Après avoir décrit deux cas de la *pityriasis rubra*, l'auteur résume les faits principaux en termes suivants:

1) Dans les deux cas la nutrition de la peau et la nutrition générale de l'organisme étaient suffisantes, et par conséquent la maladie a été observée dans le premier stade du cours de la *pityriasis rubra*.

2) Dans les deux cas les malades avant de recevoir la *pityriasis rubra* n'ont pas eu antérieurement de maladies cutanées.

3) Dans l'un des deux cas sus-cités le mal a saisi une femme. Or, il est connu que les femmes reçoivent la *pityriasis rubra* beaucoup plus rarement que les hommes.

4) L'endroit de départ de la maladie dans le premier cas était la peau du front, dans le second la peau de la plante des pieds.

5) L'agglomération des squames a été observée sur la paume des mains et sur les pieds; elle atteignait ici des dimensions assez considérables.

6) Dans les deux cas l'administration de l'iodure de sodium en grandes doses contribuait à la disparition des symptômes et à la restitution de la peau à l'état normal.

7) L'administration interne de l'iode de sodium favorisait indubitablement une action plus énergique des remèdes locaux.

8) Dans le premier cas l'affection de la peau a été plus grave que dans le second.

9) Dans le second cas la peau du visage a été moins affectée que les autres parties de la peau.

10) L'affection des vaisseaux de toute la peau de même que l'altération de sa nutrition indiquent l'affection des centres des nerfs vasomoteurs et trophiques, et le succès de l'administration de l'iode de sodium dans le traitement de la *pityriasis rubra* confirme en partie cette supposition.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСѢДАНИЙ ОБЩЕСТВА.

Засѣданіе 24 Марта 1889 г.

Предсѣдательствовалъ М. Д. Чаусовъ. Присутствовали дѣйствительные члены Общества: М. А. Васильевъ, Э. Ф. Вольфрингъ, Г. Ф. Гойеръ, И. А. Ефремовскій, М. К. Зѣнецъ, Ю. Ф. Косинскій, Д. А. Котелевскій, М. Д. Лапчинскій, С. М. Лукьяновъ, Д. О. Ламбль, Н. О. Ментинъ, І. О. Монкевичъ, Л. Г. Нейгебауэръ, Л. В. Поповъ, Н. М. Поповъ, Л. И. Рѣлицкій, А. С. Саноцкій, Я. Я. Стольниковъ, А. С. Тауберъ, П. Г. Топорковъ, Э. Г. ф. Траутфеттеръ, П. А. Троицкій, Л. И. Тумасъ, И. И. Федоровъ, В. Н. Хардинъ, М. Г. Штейнбергъ, Г. И. Шульгинъ, Н. В. Ястребовъ, С. Н. Ящинскій и 5 постороннихъ посѣтителей,—всего 35 человекъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго (11 Февраля 1889 г.) засѣданія.

2) По предложенію предсѣдателя, собраніемъ постановлено принять участіе въ празднованіи 25-лѣтняго юбилея (12 Апрѣля) ИМПЕРАТОРСКАГО Кавказскаго Медицинскаго Общества отпраздненіемъ въ день юбилея названному Обществу привѣтственной телеграммы слѣдующаго содержанія:

„Русское Медицинское Общество при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Варшавскомъ Университетѣ, движимое глубокимъ уваженіемъ къ 25-лѣтнимъ научно-практическимъ трудамъ ИМПЕРАТОРСКАГО Кавказскаго Медицинскаго Общества, привѣтствуетъ Общество съ исполненнымъ двадцатипятилѣтіемъ его плодотворной научной дѣятельности и желаетъ ему дальнѣйшаго процвѣтанія.“

3) Д. О. Лямбль продолжалъ начатый въ предыдущемъ засѣданіи докладъ объ искривленіяхъ позвоночника.

Сообщеніе докладчика сводится въ существенныхъ чертахъ къ нижеслѣдующему.

Демонстрируя препаратъ и снятые съ него рисунки, Д. О. Лямбль остановился прежде всего на поясничномъ лордозѣ. Препаратъ заключаетъ въ себѣ цѣлый сводъ уклоненій, изъ которыхъ каждое требуетъ отдѣльнаго изученія для того, чтобы выяснитъ причинную связь и послѣдовательность ихъ появленія. На препаратѣ замѣчается именно:

a) *kyphosis sacralis et lordosis lumbalis*, съ легкою асиметріей;

b) разширеніе позвоночнаго канала (*rachiektasia*), какъ признакъ зародышевой водянки (*hydrorrhachis*);

c) удлиненіе дуги пятого поясничнаго позвонка въ межу-
ставныхъ перешейкахъ ея (*elongatio interarticularis, dolichotoxon*);

d) наклонъ тѣла 5-го поясничнаго позвонка (*klisis*) и выступъ его надъ мысомъ (*exoché*), какъ признаки вывиха (*olisthema*), начало и слабая степень котораго представляются на препаратѣ;

e) слѣды недоразвитія дуги того же позвонка въ видѣ межу-
ставныхъ хрящевыхъ спаекъ (*synchondrosis interarticularis*);

f) появленіе костоѣды, какъ разрушительнаго процесса верхнихъ—поясничныхъ позвонковъ.

При разсмотрѣніи препарата возникаетъ, помимо всего прочаго, вопросъ, могущій оказаться важнымъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи, а именно, не слѣдуетъ-ли считать нарушеніе цѣлости дуги признакомъ травматическаго поврежденія или виѣшняго насильственнаго вліянія.

Разширеніе позвоночнаго канала (*rhachiektasia*), отмѣченное выше, выражаетъ собою слѣды зародышевой водянки (*hydrorrhachis*), подъ вліяніемъ которой развивался позвоночный столбъ съ дѣтства до возмужалости. Такъ-какъ разширеніе канала на высотѣ *junctura lumbo-sacralis* достигло самыхъ большихъ размѣ-

ровъ, именно въ томъ мѣстѣ, гдѣ послѣдній изъ подвижныхъ позвонковъ передаетъ тяжесть туловища менѣе подвижному крестцовому позвонку, на которомъ въ дѣтствѣ начинается образовываться мысь (*promontorium*), то въ этомъ же самомъ мѣстѣ и происходятъ самыя важныя измѣненія, обуславливающія вывихъ тѣла 5-го поясничнаго позвонка. Однимъ изъ этихъ условій представляется *сильный уклонъ основанія крестца*, достигшій на нашемъ препаратѣ угла въ 75° надъ горизонтомъ; другое—это преобразование круговиднаго канала крестца въ поперечно-эллиптическую форму. Одновременно съ этими измѣненіями происходитъ образование чрезмѣрнаго лордоза поясничной части, перенесеніе линіи тяжести съ тѣлъ позвонковъ назадъ, вслѣдствіе чего измѣняется форма всего 5-го поясничнаго позвонка. Эти измѣненія слѣдующія: весь позвонокъ въ профилѣ перегнутъ, съ выпуклостью, обращенной вверхъ; тѣло его на задней поверхности вогнуто; дуга изъ первоначальной круговидной формы канала переходитъ въ продольно-эллиптическую форму; межсуставные перешейки ея удлинены на 10 миллим., слѣдовательно верхніе и нижніе суставные отростки на столько же удалены другъ отъ друга; наконецъ, задняя (остъевая) пазуха расширена, растянута, остистый отростокъ укороченъ. Разница между сагиттальными размѣрами просвѣта двухъ смежныхъ позвонковъ, изъ которыхъ одинъ (первый крестцовый позвонокъ) принимаетъ форму поперечнаго эллипсиса, а другой (послѣдній поясничный) удлиняетъ свою дугу въ продольный эллипсисъ, должна выразиться въ несоотвѣтственномъ соединеніи тѣлъ, и такъ-какъ дуги обоихъ позвонковъ въ своемъ заднемъ скрѣпленіи при помощи суставныхъ отростковъ не измѣняютъ своего положенія, то упомянутое несоотвѣтствіе въ соединеніи тѣлъ обнаруживается впереди въ видѣ выступа тѣла поясничнаго позвонка надъ тѣломъ крестцоваго. Этому выступу впереди соотвѣтствуетъ уступъ сзади, образуемый въ позвоночномъ каналѣ съ обнаженіемъ соразмѣрной части основанія крестца; оба эти явленія обусловлены удлиненіемъ дуги въ межсуставныхъ перешейкахъ (*dolichotoxon*). Такимъ образомъ удлиненіе дуги оказывается главнымъ и существеннымъ измѣненіемъ, настоящимъ условіемъ (но не причиною!) вывиха.

Причину удлинёнія нужно искать въ тяжести туловища при чрезмѣрномъ лордозѣ; это настоящая *vis a tergo*, сила, толкающая посредствомъ передне-верхнихъ суставныхъ отростковъ тѣло 5-го позвонка впередъ и внизъ по наклонной плоскости основанія крестца. Тяжесть туловища, перенесенная при сильномъ лордозѣ съ тѣлъ позвонковъ назадъ и дѣйствующая на передніе суставные отростки, растягиваетъ дугу въ межсуставныхъ перешейкахъ. *Растягиваніе* дуги предполагаетъ растяжимость кости, а такое свойство удобопонятно только въ юной (дѣтской), еще не окрѣпшей ткани, при мягкомъ, податливомъ состояніи связочнаго аппарата, но оно не мыслимо въ зрѣломъ возрастѣ, въ отвердѣвшей кости; поэтому и этотъ вывихъ позвоночника происходитъ, какъ аномалія развитія, съ юныхъ лѣтъ, развиваясь медленно, исподволь, незамѣтно, а отнюдь не можетъ произойти въ болѣе позднемъ или пожиломъ возрастѣ, отъ какого-нибудь внезапнаго приключенія. Вывихъ совершается безъ всякаго внѣшняго вліянія, единственно съ силу продолжительнаго дѣйствія *тяжести туловища*, при измѣненныхъ механическихъ условіяхъ, именно лордозѣ, который причиненъ водянкой, и поэтому представляется какъ самовывихъ, *luxatio spontanea—olisthema* или *olisthesis*. На греческомъ языкѣ имѣются три слова для обозначенія вывиха: *exarthrosis* (или *exarthroma*), *diastrophe* (или *diastremma*) и *olisthesis* (или *olisthema*); это послѣднее слово и было принято Kilian'омъ для обозначенія нашего случая, т. е. вывиха не травматическаго, а самороднаго происхожденія.

При сравненіи всѣхъ до сихъ поръ наблюдавшихся случаевъ олистеа можно раздѣлить препараты на три группы, сообразно со степенью вывиха, на которой остановился 5-й поясничный позвонокъ:

1) самый простой видъ представляетъ выступъ (*exosche*), образуемый тѣломъ 5-го позвонка надъ мысомъ, величиною отъ 5—10 до 18 миллим., съ обнаженіемъ на столько же задней части основанія крестца, но со слабымъ отклоненіемъ оси 5-го позвонка;

2) наклонъ (*klisis*), причемъ ось 5-го позвонка сильно отклоняется впередъ отъ оси перваго крестцоваго позвонка, и лордозъ становится нависшимъ надъ входомъ таза;

3) падение (ptosis), причемъ тѣло пятого поясничнаго позвонка совершенно обнажаетъ основаніе крестца, помѣщаясь со своей суставною поверхностью напротивъ брюшной поверхности перваго крестцоваго позвонка. Слово *паденіе* (ptosis) не означаетъ ничего внезапно или сразу происшедшаго; оно выражаетъ собою только высшую степень вывиха, подобно тому, какъ слова *hysteroptosis* или *coloptosis* означаютъ высшую степень опущенія соотвѣтственныхъ органовъ,—опущенія, развивающагося всегда медленно, исподволь, въ продолженіе многихъ лѣтъ и большею частью незамѣтно. Подробное изложеніе этихъ видовъ олистеза нужно отложить до другого времени, такъ-какъ имѣемъ еще сказать о нѣкоторыхъ менѣ существенныхъ явленіяхъ въ нашемъ варшавскомъ препаратѣ. Межсуставные перешейки дуги 5-го поясничнаго позвонка представляютъ, кромѣ удлиненія, еще хрящевую спайку, выполняющую трещину или разщепъ (*schisis interarticularis*) въ каждой изъ боковыхъ половинокъ дуги. Это признакъ первичнаго уклоненія въ образованіи дуги, встрѣчаемый иногда вмѣстѣ съ удлиненіемъ на олистетическихъ препаратахъ, но бывающій нерѣдко также тамъ и самъ на позвонкахъ вообще, на позвонкахъ, впрочемъ, совершенно нормальныхъ. Такъ-какъ дуга иногда начинаетъ окостенѣвать не изъ двухъ ядеръ, какъ это *de norma* бываетъ, а изъ четырехъ ядеръ или точекъ окостенѣнія, состоя въ такомъ случаѣ изъ четырехъ сегментовъ, то сліяніе этихъ сегментовъ въ одно цѣлое въ нѣкоторыхъ случаяхъ опаздываетъ или же вовсе не совершается, а на мѣстѣ встрѣчи окостенѣвшихъ сегментовъ является минимальный остатокъ примордіальной ткани въ видѣ шва или хрящевой спайки (*sutura, synchondrosis interarticularis*).

Кромѣ этого разщепленія, существуетъ на 5-омъ поясничномъ позвонкѣ въ иныхъ случаяхъ еще одно особое первичное уклоненіе—образованіе діартроза или полнаго сочлененія въ каждомъ изъ межсуставныхъ перешейковъ, слѣдовательно подвижное разчлененіе дуги на переднюю и заднюю половины. Для этой аномаліи докладчикомъ было предложено названіе *spondylolysis*, новое слово, которое очень понравилось, но которымъ, къ сожалѣнію,

злоупотребляютъ, смѣшивая его не только съ разщепомъ (schisis), но даже съ вывихомъ (olisthesis). Дѣло въ томъ, что spondylolysis есть высшая степень и сложная форма организаціи, съ преобразованиемъ кости въ сочленовныя поверхности, съ хрящевою па нихъ настилкою, съ сумкой и наружными связками, словомъ, со всѣми атрибутами настоящаго подвижнаго сочлененія. Кроме того, lysis есть исключительная прерогатива одного 5-го поясничнаго позвонка и то покажется только у человѣка. Наконецъ, lysis не встрѣчается никогда при олистезѣ и не находится съ вывихомъ въ отношеніи ни причинной связи, ни случайнаго совпаденія.

Кромѣ этихъ первичныхъ измѣненій, межсуставные перешейки на олистетическихъ препаратахъ представляютъ иногда прожимки или продыравленія (diatresis interarticularis), происходящія отъ многолѣтняго натиска со стороны нижнихъ концовъ заднихъ суставныхъ отростковъ вверху лежащаго 4-го поясничнаго позвонка; наконецъ, наблюдается еще полное разъединеніе дуги, dialysis, s. diastasis interarticularis, при окончательномъ исчезновеніи перешейчной ткани.

Изъ этого очерка видно, что метаморфозы межсуставныхъ перешейковъ весьма различны: одни изъ нихъ представляютъ первичныя уклоненія отъ типической нормы окостенѣнія—это schisis; другіе свойственны лишь олистезѣ, а именно: *удлиненіе* (elongatio), какъ необходимое условіе (но не причина!) вивиха; наконецъ, *продыравленіе и разъединеніе* дуги, какъ послѣдовательныя явленія въ затянувшихся случаяхъ олистеза. Смѣшивать эти вещи и обобщать ихъ подъ терминомъ spondylolysis—не слѣдуетъ.

Затѣмъ приступимъ къ вопросу о травматизмѣ и разберемъ его въ отношеніи къ нашему препарату—по литературнымъ свѣдѣніямъ, по опытамъ на трупѣ и по анамнезамъ олистетическихъ тазовъ.

1) На нашемъ варшавскомъ препаратѣ хрящевыя спайки межсуставныхъ перешейковъ не имѣютъ ни признаковъ перелома, ни свойственнаго такимъ переломамъ вкочлачиванія въ просвѣтъ

канала; фрактура дуги не могла бы произвести ни растяжения задней остевой пазухи, ни расширения позвонков вообще.

2) Изучение травматических повреждений позвоночника по *хирургическим* и *судебно-медицинским* источникам (Gurlt, Hamilton, Пироговъ, Malgaigne, Nélaton, Pitha и Billroth, Paul, Casper и Liman) приводит къ заключенію, что во всей литературѣ нѣтъ ни одного случая изолированной фрактуры дуги 5-го поясничнаго позвонка, но есть прямыя указанія на первичныя описанныя выше уклоненія, ошибочно принятыя нѣкоторыми авторами за слѣды незажившихъ фрактуръ.

3) Опыты на трупѣ, произведенные ударами желѣзнымъ молотомъ, даютъ только переломъ остистаго отростка безъ поврежденія межсуставныхъ перешейковъ.

4) Въ числѣ олистетическихъ тазовъ есть только шесть случаевъ съ анамнезами, составленными *post mortem*; въ одномъ изъ этихъ анамнезовъ ничего не говорится о травмѣ, въ трехъ случаяхъ указано на „ношеніе при жизни тяжестей“, въ двухъ случаяхъ говорится о паденіи. Однакожъ, ношеніе тяжестей не можетъ причинить перелома дуги 5-го поясничнаго позвонка, иначе такіе переломы слѣдовало бы насчитывать милліонами и ежедневно, между тѣмъ какъ межсуставные разщепы—сравнительно рѣдкія находки. О паденіи слѣдуетъ то же самое сказать: поврежденія при паденіи касаются прежде всего тѣлъ позвонковъ, и то по преимуществу выдающихся болѣе подвижныхъ частей позвоночника, между тѣмъ какъ 5-й поясничный позвонокъ помѣщенъ глубоко и отлично укрытъ между толстыми слоями мускуловъ и крѣпкихъ связокъ.

Наконецъ, *анамнезы* такъ называемыхъ „клиническихъ случаевъ“ или „пресумптивныхъ діагнозовъ“ олистеза не имѣютъ для насъ доказательной силы, потому-что эти исторіи сами нуждаются въ анатомической провѣркѣ, и одно неизвѣстное *X* нельзя объяснять другимъ неизвѣстнымъ *Y*, которое ссылается на третье неизвѣстное *Z*. Между анамнестическимъ показаніемъ травмы и олистезомъ лежитъ цѣлая бездна гадательныхъ предположеній, непригодныхъ для нагляднаго объясненія и разрѣшенія проблемы

свойства, по существу, анатомического. Если бы такую проблему пришлось рѣшить *in foro*, то судъ, вѣроятно, остался бы въ недоумѣніи, по причинѣ *разногласія экспертовъ*. Одинъ экспертъ сказалъ бы, что межсуставные перешейки дуги 5-го поясничнаго позвонка въ дѣлѣ травматизма никакой роли не играютъ, но что они зато аномаліямъ окостенѣнія подвергаются нерѣдко. Другой экспертъ утверждалъ бы, что онъ уже *a priori* готовъ предполагать вліяніе травматизма, такъ-какъ въ подобныхъ случаяхъ анамнезы говорятъ вообще въ пользу онаго, и что на его взглядъ имѣются несомнѣнные слѣды насильственного перелома. Первое мнѣніе основано на объективномъ изслѣдованіи, второе на беспочвенныхъ догадкахъ; оба мнѣнія относятся къ 5-му позвонку вообще, не взирая на олистезъ. Что же касается олистеза, то о причинахъ и происхожденіи его имѣемъ уже не менѣе противорѣчивое „последнее слово науки“, пропечатанное въ статьѣ von Meyer'a, *Zur Lehre von der Spondylolisthesin* (*Arch. f. Gynaekologie*, 31. Bd, p. 86); здѣсь оба противоположныхъ момента сливаются въ удивительную гармонію, такъ-что предположеніе травматизма оказывается „въ большинствѣ случаевъ оправдываемымъ“, потому-что „анамнезы“ на это указываютъ, а предположеніе аномалій окостенѣнія тоже „въ большинствѣ случаевъ оправдываемо“, потому-что эти аномаліи такъ часто встрѣчаются и безъ олистеза (!). Итакъ, и овцы цѣлы, и волки сыты. Впрочемъ, обзывая всякую трещину словомъ „*spondylolysis*“ и приписывая ей этиологическое значеніе въ происхожденіи олистеза, авторъ обнаружилъ лишь смутное пониманіе всего дѣла и незнакомство съ предметомъ.

Такъ-какъ на основаніи всего изложеннаго ни аномаліи окостенѣнія (*schisis et lysis*), ни травматизмъ (фрактура дуги) не имѣютъ этиологическаго значенія въ генезѣ олистеза, то спрашивается: не можетъ-ли имѣть такого значенія *сочетаніе обоихъ моментовъ*—аномаліи и травматизма?

Такая чрезвычайно рѣдкая комбинація на лицо; это случай, обладающій полною доказательностью: здѣсь имѣются травматическій анамнезъ, клиническое наблюденіе, анатомическая

провѣрка и демонстрируемый передъ Обществомъ препаратъ. Суть дѣла вотъ въ чемъ: дѣвушка 18 лѣтъ отъ роду, упавши при гололедицѣ и отъ крѣпкаго ушиба заболѣвши, не перестаетъ страдать до конца своей жизни, наступившаго спустя 9 мѣсяцевъ; въ клиникѣ докладчика она пробыла съ 10-го по 22-е Октября 1888 г. съ диагнозомъ: *spondylitis traumatica cervicalis, meningitis spinalis*. Вскрытіе подтвердило клинический діагнозъ; кромѣ того найдены на нижней части позвоночника: *аномаліи окостенлнїя*, между прочимъ, настоящее разчлененіе (*spondylolysis*) 5-го поясничнаго позвонка, и слѣды *травматизма* въ видѣ размозженія лѣвой половины основанія крестца, но главное—*признаковъ олитеза нѣтъ никакихъ*.

Въ пренїяхъ, возникшихъ по окончаніи доклада Д. О. Лямбля, принимали участіе, кромѣ самого докладчика, Л. Г. Нейгебауэръ, А. С. Тауберъ, Ф. Л. Нейгебауэръ и М. Д. Чаусовъ.

По мнѣнію Л. Г. Нейгебауэра (старш.), въ дѣлѣ развитія лордоза тяжесть туловища не играетъ главной роли; какъ извѣстно, появленіе лордотического искривленія можно наблюдать всякій разъ, когда выпрямляются нижнія конечности у свободно лежащаго ребенка; не будь лордоза, ребенокъ могъ бы ходить лишь при согнутыхъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ конечностяхъ.

Въ отвѣтъ на это Д. О. Лямбль заявилъ, что въ данномъ случаѣ не затрогивается вопросъ о развитіи *физиологическаго* лордоза, въ образованіи котораго, какъ извѣстно, играютъ роль прежде всего связки и мускулы, а именно—*ligg. ileo-femoralia, mm. ileo-psoades, erector trunci*; задача состоитъ въ томъ, чтобы указать на условія и причины образованія чрезмѣрнаго, т. е. *патологическаго* лордоза. Въ этомъ отношеніи на первомъ мѣстѣ стоятъ пораженія центральной нервной системы, напр., *poliomyelitis*, всего же болѣе всѣмъ извѣстная и весьма частая болѣзнь—*hydrorhachis* и связанный съ ней въ извѣстной степени *hydrocephalus*. Не вдаваясь въ подробное изложеніе этого вопроса, достаточно указать на то обстоятельство, что прирожденная водянка центральной нервной системы представляется въ разнообраз-

ныхъ видахъ, не только по степени, но главное по распространію своему, въ зависимости отъ того, насколько преобладаетъ она въ верхнемъ концѣ нервной оси, въ черепной полости, или же въ нижнемъ концѣ позвоночнаго канала; въ зависимости отъ нея находятся проявленія астазіи, абазіи, дистрофическихъ уклоненій разныхъ видовъ и степеней: одержимыя водянкой дѣти очень поздно начинаютъ ходить, трудно держатся на ногахъ, часто спотыкаются и падаютъ, нерѣдко нижнія конечности у нихъ изувѣчены, недоразвиты и т. п. Вообще недостаточность мышцъ при заболѣваніяхъ мозга усиливается.

Касаясь вопроса о происхожденіи *spondylolisthesis*'а, Л. Г. Нейгебауэръ замѣтилъ, что *spondylolisthesis* можетъ быть травматическаго происхожденія, что совершенно отрицается докладчикомъ; въ подтвержденіе своего мнѣнія, Л. Г. Нейгебауэръ разсказалъ вкратцѣ о случаѣ *spondylolisthesis*'а, развившагося у женщины послѣ паденія, и демонстрировалъ при этомъ фотографическій снимокъ этой женщины.

На замѣчаніе А. С. Таубера о возможности поврежденія дуги позвонка безъ поврежденія тѣла, причемъ такого рода поврежденія наблюдались, хотя и очень рѣдко, и на поясничныхъ позвонкахъ, Д. О. Лямбль возразилъ, что во всей литературѣ не имѣется ни одного случая изолированной фрактуры дуги 5-го поясничнаго позвонка, о невозможности чего онъ только и говорилъ.

Ф. Л. Нейгебауэръ (младшій) приступилъ къ изложенію своихъ взглядовъ на этиологию олистеза, начиная съ разсмотрѣнія фізіологическаго лордоза поясничной части позвоночника у ребенка и демонстрируя фізіологическую тенденцію послѣдняго поясничнаго позвонка къ образованію т. наз. олистеза. Затѣмъ онъ показалъ рядъ препаратовъ врожденнаго разщепленія дужки позвонка въ межсуставной его части и выяснилъ то, какимъ образомъ такой врожденный порокъ можетъ обусловить олистезъ передней половины позвонка при соотвѣтственныхъ условіяхъ со стороны тяжести, дѣйствующей сверху по направленію внизъ и впередъ.

Врожденное разщепленіе дужки Ф. Л. Нейгебауэръ считаетъ самою частою причиною олистеза. Что касается разщепленій

дужки, приобрѣтенныхъ въ теченіе внѣутробной жизни и могущихъ обусловливать олистезъ, то на этотъ счетъ имѣются двѣ возможности: *a*) разщепленіе *per compressionem et usuram* межсуставной части въ зависимости отъ нижнихъ суставныхъ отростковъ выше лежащаго позвонка (взглядъ Arbuthnot-Lane'a) и *b*) разщепленіе *per fracturam*. Послѣднее предположеніе Ф. Л. Нейгебауэръ считаетъ пока только гипотезой, такъ-какъ ему до сихъ поръ никогда еще не удавалось найти несомнѣнную первичную фрактуру межсуставной части дужки 5-го поясничнаго позвонка безъ одновременной фрактуры тѣла позвонка. Тѣмъ не менѣе однако, въ виду того, что теоретически возможности такой фрактуры отрицать нельзя и что анамнезъ клиническихъ случаевъ говоритъ въ пользу такого первичнаго перелома, Ф. Л. Нейгебауэръ удерживаетъ пока этотъ взглядъ. Что же касается разщепленій дужки *per usuram*, то взглядъ этотъ, принадлежащій Arbuthnot-Lane'у, самымъ простымъ образомъ объяснялъ бы анатомическую частоту олистеза, если только этотъ авторъ правъ.

Для случаевъ, гдѣ имѣется разщепленіе дужки, это разщепленіе объясняетъ все; въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ дужка цѣла, этиологія олистеза пока не разъяснена, если опять-таки не имѣть въ виду взглядовъ Arbuthnot-Lane'a.

По мнѣнію Ф. Л. Нейгебауэра, *hydrorrhachis foetalis*, въ этиологіи олистеза, ни при чемъ.

Все то, что Ф. Л. Нейгебауэръ могъ бы сказать противъ теоріи Д. О. Лямбли, онъ уже раньше *in extenso* напечаталъ.

Ф. Л. Нейгебауэръ имѣлъ намѣреніе по пунктамъ опровергнуть тезы докладчика, но по причинамъ, отъ него не зависящимъ, долженъ былъ отказаться отъ продолженія преній.

Отвѣчая на возраженія Ф. Л. Нейгебауэра, Д. О. Лямбль замѣтилъ, что Ф. Л. Нейгебауэръ потому отрицаетъ роль *hydrorrhachis*'а въ разбираемомъ вопросѣ, что онъ въ своихъ препаратахъ ни разу позвоночнаго канала не измѣрялъ. Между тѣмъ въ вопросахъ объ аномаліяхъ позвоночника нельзя ограничиваться только указаніемъ разныхъ разщеповъ, трещинъ и т. п., не достаточно одного поверхностнаго описанія подлежащаго изслѣдованію

препарата: не слѣдуетъ только смотрѣть на препаратъ, а слѣдуетъ разсматривать его насквозь. Снаружи на препаратѣ могутъ быть замѣчены разныя мелкія несущественныя аномаліи окостенѣнія, тогда какъ самое главное и существенное уклоненіе кроется внутри, въ позвоночномъ каналѣ, въ измѣненіи его формы и величины, а кромѣ того еще въ нѣкоторыхъ особенностяхъ не столько общаго, сколько индивидуальнаго свойства. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ требуется приложеніе мѣрки, опредѣленіе величины и разстояній, обозначеніе всѣхъ фізіографическихъ особенностей препарата, словомъ, методическое изслѣдованіе, доступное провѣркѣ и контролю каждаго. Только путемъ такого изслѣдованія можно прійти къ извѣстнымъ выводамъ. При сопоставленіи полученныхъ такимъ образомъ выводовъ оказывается, что съ одной стороны олистезъ существуетъ безъ всякихъ трещинъ или межустановныхъ разщеповъ, а съ другой стороны множество такихъ разщеповъ существуетъ безъ олистеза.

Изъ этого слѣдуетъ, что причинной связи между этими явленіями нѣтъ никакой, и что аномаліи окостенѣнія дуги (разщепы) не имѣютъ въ этиологіи олистеза никакого значенія. Ни *schisis* (разщепленіе), ни *lysis* (разчлененіе), сами по себѣ или вмѣстѣ взятыя, не могутъ производить лордоза, слѣдовательно они не могутъ быть и причиною самовывиха (*olisthesis*). Что же касается фразктуры дуги 5-го поясничнаго позвонка, какъ этиологическаго момента олистеза, то такой фразктуры не только на мюнхенскомъ тазу нѣтъ, какъ это полагаетъ Ф. Л. Нейгебауэръ, но ни на одномъ изъ олистетическихъ тазовъ никакой фразктуры не было, а если бы даже таковая когда-нибудь и появилась, то она не могла бы служить объясненіемъ ни лордоза, ни олистеза.

Въ виду этого, Д. О. Лямбль считаетъ несостоятельною этиологію олистеза, основанную на невинныхъ аномаліяхъ окостенѣнія и на небывалыхъ фразктурахъ, и полагаетъ, что въ дѣйствительности ключъ для разгадки всѣхъ олистетическихъ препаратовъ кроется въ слѣдующихъ трехъ явленіяхъ: *hydrorrhachis*, *lordosis*, *dolichotoxon vertebrae lumbalis quintae*.

М. Д. Чаусовъ напелъ прежде всего необходимымъ дополнить описаніе физиологической формы отверстія 5-го поясничнаго позвонка. Д. Θ. Лямбль ограничился указаніемъ на трехугольное отверстіе; къ этому слѣдуетъ прибавить, что во всей поясничной части позвоночнаго столба дужки позвонковъ вдавлены нѣсколько внутрь, т. е. въ отверстіе, подъ давленіемъ нижнихъ суставныхъ отростковъ вышележащихъ позвонковъ на межсуставныя части дужекъ. Вдавленіе это увеличивается по направленію сверху внизъ и на 5-омъ позвонкѣ достигаетъ наибольшей степени. Само вдавленіе находится, очевидно, въ зависимости отъ развитія *promontorium'a*,—отъ искривленія позвоночнаго столба впередъ.

Почему вдавленія не наблюдается въ межсуставной части дужекъ шейныхъ позвонковъ, которые тоже образуютъ кривизну впереди,—объясняется короткостью и большей толщей межсуставной части этихъ дужекъ, съ одной стороны, и положеніемъ суставныхъ отростковъ, съ другой стороны: послѣдніе лежатъ болѣе горизонтально и не могутъ такимъ образомъ производить того давленія на дужку, какое производятъ отвѣсныя отростки поясничныхъ позвонковъ. Далѣе—по поводу упрека, сдѣланнаго докладчикомъ Ф. Л. Нейтебауэру, въ томъ, что тотъ не опредѣлялъ размѣровъ отверстія канала въ случаяхъ разщепленія дужки и что поэтому нельзя говорить, была-ли *hydrorrhachis* въ этихъ случаяхъ или нѣтъ,—М. Д. Чаусовъ заявилъ о произведенныхъ имъ измѣреніяхъ позвоночнаго столба (до 100 наблюденій) съ цѣлью именно опредѣлить, дѣйствительно-ли *hydrorrhachis* составляетъ причину разщепленія дужки 5-го позвонка. Измѣренія эти дали результатъ отрицательный. Размѣръ отверстія разщепленнаго позвонка на имѣющихся у него препаратахъ *spondylolysis'a* не превышаетъ размѣра средняго нормальнаго отверстія этого позвонка; на препаратѣ же, демонстрированномъ докладчикомъ въ прошломъ засѣданіи и принадлежащемъ также къ собранію препаратовъ анатомическаго музея, разширеніе отверстія насчетъ *hydrorrhachis'a* настолько очевидно, что не нуждается даже въ измѣреніи, да и самая форма отверстія на этомъ препаратѣ указываетъ на *hydrorrhachis*. Изъ коллекціи М. Д. Чаусова (15

препаратовъ) только на этомъ одномъ виднѣ влияние hydrorrhachis'a на разщепленіе дужки; такіе случаи должны быть рѣдки. Трудно даже понять, какимъ образомъ hydrorrhachis можетъ дѣйствовать на 5-й поясничный позвонокъ, не дѣйствуя на остальные. Разщепленіе въ этихъ послѣднихъ, а равно и въ другихъ отдѣлахъ позвоночнаго столба, наблюдается крайне рѣдко и также безъ замѣтнаго разширенія канала.

По поводу того же препарата, демонстрированнаго прошлый разъ, М. Д. Чаусовъ остановился на терминахъ, введенныхъ докладчикомъ: „synchronosis“ и „syndesmosis interarticularis.“ Этими терминами Д. О. Лямбль опредѣляетъ соединеніе двухъ концовъ разщепленной дужки волокнисто-хрящевой или волокнистою тканью. Такое опредѣленіе неправильно потому, что подъ названіемъ „synchronosis“ или „syndesmosis“ разумѣется соединеніе двухъ или трехъ костей, а не одной и той же, какъ на демонстрированномъ препаратѣ, гдѣ между концами дужки имѣется волокнистая ткань.

Непонятнымъ представляется также раздѣленіе процесса разщепленія дужки позвонка на schisis или lysis. При первомъ, по опредѣленію докладчика, между концами дужки находится волокнистая или волокнисто-хрящевая ткань, при второмъ полость; при первомъ происходитъ смѣщеніе позвонка, при второмъ — нѣтъ.

То или иное опредѣленіе должно основываться на точныхъ наблюденіяхъ; но что же представляетъ препаратъ, демонстрируемый собранію? На этомъ препаратѣ костная дужка раздѣлена сочленовною полостью, но не по всей длинѣ: въ задней части есть волокнистая ткань, которая соединяетъ оба конца разщепленной дужки. Слѣдовало бы на основаніи такого препарата ввести еще терминъ „schisis-lysis.“ Но всѣ эти три термина обозначали бы одно состояніе, — *нарушеніе костной цѣлости дужки*, которому правильнѣе просвоить одно названіе — „spondylolysis.“ Д. О. Лямбль указалъ еще на одно свойство его spondylolysis'a — на *несмѣщаемость* позвонка. Но препаратъ, представленный имъ, противорѣчитъ этому: смѣ-

щеніе началось, — оно видно и на передней поверхности препарата, и со стороны полости канала.

Само присутствіе между концами костно-разщепленной дужки въ одномъ случаѣ *волокнистой* ткани, въ другомъ — *полости вмѣстѣ съ волокнистой тканью* должно имѣть въ основѣ, повидимому, одинъ процессъ — недостатокъ окостенѣнія.

Полудужка позвонка окостенѣваетъ изъ одного ядра; костная ткань отъ боковой поверхности тѣла продолжается черезъ межсуставную часть дужки къ остистому отростку. При задержкѣ окостенѣнія въ межсуставной части получается полость и нѣсколько волокнистой ткани.

Если эта полость занимаетъ крайне малый промежутокъ, то костные концы раздѣленной дужки вслѣдствіе движенія ихъ могутъ получить суставныя поверхности, какъ получаются таковыя при переломахъ, гдѣ кость переломлена относительно ровно и гдѣ смѣщенія нѣтъ.

Въ возможности случаевъ полного сочлененія на продолженіи межсуставной части дужки М. Д. Чаусовъ, на основаніи данныхъ объ образованіи сочлененій вообще, сомнѣвается. Если на мацерированныхъ препаратахъ мы не находимъ волокнистой ткани, соединяющей концы раздѣленной полостью дужки, то это еще отнюдь не доказываетъ ея отсутствія при жизни. Представленный докладчикомъ препаратъ потому-то и интересенъ, что онъ не мацерированъ, и мы видимъ на немъ волокнистую ткань, которая спаиваетъ концы дужки. Если неокостенѣвшая часть дужки занимаетъ большее мѣсто, — полости между концами дужки не получится, но будетъ волокнистая или волокнистохрящевая ткань. Судя по тому, что въ другихъ отдѣлахъ позвоночнаго столба разщепленіе дужки позвонка наблюдается очень рѣдко, нужно заключить, что дужка 5-го поясничнаго позвонка, по причинѣ недостатка окостенѣнія, должна разщепляться тоже рѣдко, а слѣдовательно должны быть и другія вліянія, другіе агенты для разщепленія этой дужки.

Затѣмъ оппоненту остается непонятнымъ, почему докладчикъ считаетъ узенькую пластинку волокнистой ткани на демонстрированномъ препаратѣ за явленіе врожденное. Возраженіе

дѣлаетъ самъ препаратъ: костная дужка втянута немного внутрь канала, очевидно, подѣ давленіемъ суставного отростка верхняго позвонка. Какимъ же образомъ могла не разорваться въ продолженіе всей жизни тонкая пластинка? Не будетъ-ли правильнѣе эту пластинку принять за результатъ давленія верхняго позвонка при недостаточномъ общемъ процессѣ окостенѣнія? Весь препаратъ указываетъ на хрупкость и изрѣженность костной ткани,—можетъ-быть, въ связи съ находящеюся здѣсь костоѣдой.

Вообще, процессъ разщепленія костной дужки есть болѣе сложный процессъ, чѣмъ принимаетъ докладчикъ.

Отвѣчая на возраженія М. Д. Чаусова, Д. О. Лямбль прежде всего считаетъ необходимымъ настаивать на томъ, чтобы строго различали понятія *schisis*, *lysis*, *olisthesis*.

Schisis interarticularis обозначаетъ незаконченный процессъ окостенѣнія; это—узенькая щель на подобіе шва (*sutura*), выполненная минимальнымъ количествомъ спаечной ткани, но окостенѣніе во многихъ случаяхъ еще впереди, въ особенности, если препаратъ взятъ съ трупа молодого субъекта.

Зато *lysis* обозначаетъ вполнѣ развитой діартрозъ въ каждомъ изъ межсуставныхъ перешейковъ 5-го поясничнаго позвонка. Кромѣ морфологической и генетической разницы этихъ явленій, замѣчательно еще ихъ неодинаковое отношеніе къ олистезу, состоящее въ томъ, что при олистезѣ *schisis* можетъ находиться на одной или на обѣихъ полудужкахъ 5-го позвонка, но можетъ и вовсе не находиться; тогда какъ *lysis* *никогда не сочетается съ олистезомъ* и поэтому не можетъ быть ни условіемъ, ни причиною олистеза. Нельзя допустить, чтобы на варшавскомъ препаратѣ дуга 5-го поясничнаго позвонка прежде была цѣльною, а только въ послѣдствіи отъ костоѣды въ ней образовались хрящевыя спайки; костоѣда занимаетъ верхніе позвонки, а 5-го позвонка не касается; кромѣ того костоѣда—случайное осложненіе на нашемъ препаратѣ, а хрящевыя спайки бываютъ сплошь да рядомъ на позвонкахъ здоровыхъ, не одержимыхъ костоѣдою. Болѣе подробное изложеніе предмета см. въ „Русской Медицинѣ“ за 1889 г., NN. 11—15: „Критическій разборъ ученія объ олистезѣ.“

4) Н. О. Ментинъ сдѣлалъ сообщеніе о хлороформѣ и его примѣсахъ, вредныхъ для анестезіи.

При изслѣдованіи хлороформа (съ фабрики Böhrringer'a и сыновья), вызывавшаго неоднократно при анестезіи угрожающіе жизни припадки со стороны органовъ дыханія и кровообращенія, Н. О. Ментинъ нашелъ, что хлороформъ этотъ во-1) не обладалъ совершенной летучестью и во-2) заключалъ въ себѣ порціи, кипящія выше и ниже требуемой Россійской фармакопеей нормы (60—61° С.). Къ такимъ же результатамъ привело также изслѣдованіе нѣсколькихъ образчиковъ хлороформа другихъ заграничныхъ фабрикъ.

Остатокъ, получавшійся при самородномъ испареніи хлороформа, обладалъ обыкновенно непріятнымъ запахомъ, вызывающимъ зачастую одурѣніе и головную боль.

Для того, чтобы выяснитъ природу этого пахучаго вещества, изслѣдованію подвергнуто около 2-хъ пудовъ хлороформа Böhrringer'a. Но количество получившейся въ остаткѣ темнобурой маслянистой жидкости, крайне непріятнаго одуряющаго запаха, оказалось слишкомъ малымъ для обстоятельнаго химическаго анализа, и поэтому о природѣ остающагося при испареніи хлороформа вещества можно было дѣлать только болѣе или менѣе вѣрныя догадки.

Всего чаще хлороформъ получается путемъ нагрѣванія смѣси виннаго спирта съ хлориновой известью и послѣдовательной очистки перегона. Таеъ-какъ служащій для приготовленія хлороформа спиртъ содержитъ всегда хотя бы только слѣды сивушнаго масла, то при хлорированіи такого спирта образуются рядомъ съ хлороформомъ аналогичные ему хлорированные продукты спиртовъ амиловаго, пропиловаго, бутиловаго и др. Продукты эти, по всей вѣроятности, крайне ядовиты, что можно предполагать, между прочимъ, на основаніи громадной разницы въ дѣйстви на организмъ человѣка этиловаго спирта и его нитропроизводныхъ (*spir. nitri dulcis*), съ одной стороны, и амиловаго спирта и его нитропроизводнаго амилъ-нитрита, съ другой стороны. Такимъ образомъ тяжелые припадки, наблюдавшіеся очень часто при употребленіи

для анестезіи изслѣдованнаго докладчикомъ хлороформа, можно поставить въ зависимость отъ хлорированныхъ (или иныхъ) продуктовъ высшихъ спиртовъ, содержащихся въ хлороформѣ вслѣдствіе того, что для приготовленія послѣдняго былъ употребленъ не абсолютно чистый спиртъ.

Въ данномъ хлороформѣ оказался еще мышьякъ, но количество мышьяка было настолько мало, что онъ никоимъ образомъ не могъ вліять ядовито при анестезіи.

Вообще, продажный хлороформъ, а равно и хлороформъ, отпускаемый въ нашихъ аптекахъ, не отвѣчаетъ требованіямъ Россійской фармакопеи.

Для цѣлей анестезіи продажный хлороформъ долженъ быть очищенъ. Н. О. Ментинъ рекомендуетъ слѣдующій способъ очистки хлороформа: къ продажному хлороформу прибавляется 2 $\frac{1}{2}$ чистаго параффина; смѣсь медленно перегоняется на водяной банѣ съ длиннымъ дефлегматоромъ (Löbel'я или Глинскаго); собираются порціи, кипящія до 61° С. включительно. Получается продуктъ, удовлетворяющій вполнѣ требованіямъ фармакопеи, и несравненно болѣе дешевый, чѣмъ хлороформъ разныхъ патентованныхъ фабрикъ.

5) Избранъ въ дѣйствительные члены Общества д-ръ мед. П. М. Автократовъ.

Предсѣдатель *М. Чаусовъ.*

Секретарь *А. Саноцкій.*

Засѣданіе 5 Мая 1889 г.

Предсѣдательствовалъ М. Д. Чаусовъ. Присутствовали дѣйствительные члены Общества: Д. И. Бѣловъ, М. А. Васильевъ, Э. Ф. Вольфрингъ, Г. Ф. Гойеръ, И. А. Ефремовскій, М. К. Зѣнецъ, А. А. Лагодовскій, М. Д. Лапчинскій, С. М. Лукьяновъ, Д. О. Лямбль, І. О. Монкевичъ, М. Г. Пильцицкій, Л. В. Поповъ, Н. М. Поповъ, А. С. Саноцкій, Я. Я. Стольниковъ, А. С. Тауберъ, П. Г. Топорковъ, Э. Г. ф. Траутфеттеръ, Л. И. Тумасъ, И. И. Федоровъ, В. Н. Хардинъ, М. И. Шалфеевъ, М. Г. Штейнбергъ, Г. И. Шульгинъ, С. Н. Ящинскій и десять постороннихъ посѣтителей,—всего 36 человекъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ предъидущаго засѣданія.

2) Предсѣдатель внесъ на усмотрѣніе собранія слѣдующія предложенія:

a) съ цѣлью дать возможно большее распространеніе органу Общества печатать въ „Трудахъ“ Общества послѣ русскаго текста краткое содержаніе статей на французскомъ языкѣ;

b) ради удобства и успѣха дѣла поручить редактированіе „Трудовъ“ одному лицу;

c) во избѣжаніе всякихъ задержекъ, авторы приглашаются доставлять свои сообщенія редактору не позже трехъ недѣль со времени засѣданія, въ которомъ сообщеніе сдѣлано, и наконецъ—

d) писать имена иностранныхъ авторовъ въ статьяхъ на языкѣ авторовъ.

Собраніе постановило принять всѣ предложенія предсѣдателя съ тѣмъ лишь дополненіемъ, чтобы имена авторовъ писались не

только на языкѣ авторовъ, но и на русскомъ—послѣднее въ скобкахъ.

Редактированіе „Трудовъ“ на текущій годъ постановлено поручить С. М. Лукьянову, редактировавшему уже 1-й выпускъ.

3) Предсѣдатель представилъ собранію 1-й выпускъ „Трудовъ“ Общества, при чемъ указалъ на усиленный трудъ, потребовавшій со стороны редактора большой затраты времени, и сверхъ того на то, что, благодаря М. К. Зѣнцу, получилась возможность удешевить изданіе. По предложенію предсѣдателя, собраніе выразило свою признательность С. М. Лукьянову и М. К. Зѣнцу.

4) Э. Г. ф. Траутфеттеръ сдѣлалъ сообщеніе о красномъ отрубевидномъ лишаѣ (*pityriasis rubra*).

По окончаніи этого сообщенія, Н. М. Поповъ спросилъ докладчика, не было-ли попытки лѣчить эту болѣзнь постояннымъ токомъ, на что докладчикъ отвѣтилъ, что желательно испытать въ будущемъ дѣйствіе постоянного тока въ подобныхъ случаяхъ, хотя предпочтительнѣе, повидимому, употреблять здѣсь іодистый калий, въ виду глубокаго пораженія центральной нервной системы.

Л. В. Поповъ, имѣя въ виду огромныя дозы іодистаго калия, примѣненныя Э. Г. ф. Траутфеттеромъ при лѣченіи его больныхъ, обратился къ докладчику съ вопросомъ, какъ сохранялся пульсъ во время лѣченія и не замѣчалось-ли при этомъ особенной потливости или увеличенія количества мочи?

Э. Г. ф. Траутфеттеръ отвѣтилъ, что точныхъ наблюденій въ этомъ направленіи не производилось, но рѣзкихъ уклоненій замѣчено не было.

5) М. А. Васильевъ сдѣлалъ сообщеніе о резекціи грудной кѣтки при эмпіемѣ съ демонстраціей больного.

На скопленіе гноя въ полости плевры въ настоящее время мы смотримъ, какъ на абсцессъ, и слѣдовательно при лѣченіи эмпіемы мы должны руководиться тѣми же правилами, какими пользуемся при лѣченіи абсцессовъ вообще. Примѣнить, однако, тѣ же способы лѣченія, какіе примѣняемъ при абсцессахъ въ другихъ областяхъ, гораздо труднѣе при лѣченіи эмпіемы, въ виду особенныхъ анато-

мическихъ условій; но, какъ показываетъ хирургическая практика послѣдняго времени, это возможно до извѣстной степени. Особенно измѣнился взглядъ хирурговъ въ послѣднее время на лѣченіе хронической эмпіемы, и такъ-такъ этотъ вопросъ въ настоящее время вообще занимаетъ хирурговъ, то, по мнѣнію докладчика, будетъ небезынтереснымъ представить Обществу нижеслѣдующій случай.

П. А., 17 лѣтъ, въ Маѣ мѣсяцѣ 1888 г. заболѣлъ крупозной лѣвой плевро-пневмоніей; 2 Іюня аппаратомъ Potain'a удаленъ изъ полости плевры гнойный экссудатъ (1000 граммовъ) *).

20 Сентября 1888 г. докладчикъ увидѣлъ въ первый разъ больного, когда онъ поступилъ въ баракъ ИМПЕРАТОРА АЛЕКСАНДРА II-го, въ слѣдующемъ состояніи: онъ представлялся крайне истощеннымъ и худымъ, съ очень слабымъ пульсомъ; далѣе—ціанозъ конечностей, профузный поносъ, гектическая лихорадка, ясно выраженный сколіозъ; сердце находилось справа и разлитой толчекъ его замѣчался между *lin. parasternalis* и *mammalis dextra*; подъ 7-ымъ ребромъ, на *lin. mammalis dextra*, находился свищъ, черезъ который вытекало много гноя, что потребовало ежедневной перевязки; свищъ этотъ появился, по словамъ больного, за 4 недѣли до поступленія въ баракъ; при изслѣдованіи свища, зондъ входилъ въ глубь почти перпендикулярно къ оси тѣла и въ направленіи къ позвоночнику на разстояніе около 20 см.; по направленію вверху зондъ входилъ гораздо глубже; наконецъ—явленія викарной эмфиземы праваго легкаго.

Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ, 27 Сентября подъ хлороформомъ произведена докладчикомъ резекція стѣнки грудной кѣтки при помощи товарищей д-ра Крушевскаго и Габшевича. Полукружнымъ разрѣзомъ (Bouilly), проходящимъ черезъ свищъ, обнажены были 7-ое, 6-ое и 5-ое ребра и изъ нихъ резецированы костными щипцами куски, составляющіе въ суммѣ около 30 см.;

*) Больной пользовался въ терапевтическомъ отдѣленіи больницы Св. Роха. Скорбный листъ N. 582.

ребра были удалены съ надкостницей, межкостными мышцами и плеврой; изъ полости плевры вышла масса гноя; затѣмъ черезъ сдѣланное отверстіе докладчикъ ввелъ цѣлую руку и выгребъ изъ полости плевры много большихъ фибринозныхъ пленокъ и свертковъ. Легкое представлялось спавшимся, величиною въ кулакъ, помѣщалось въ верхней части полости при позвоночникѣ, а при верхушкѣ легкаго были довольно плотныя сращенія, которыя, однако, удалось разорвать пальцами. При осмотрѣ черезъ сдѣланное отверстіе грудного ящика, лѣвая половина его представлялась почти пустой, какъ на вскрытіи послѣ удаленія легкаго. Затѣмъ ложечкой Volkmann'a были удалены грануляціи съ pericardium'a, которое почти совсѣмъ не было прикрыто легкимъ, и изъ другихъ частей полости, насколько это было возможно; полость, которая вмѣщала около двухъ литровъ, промыта теплымъ растворомъ сулемы ($\frac{1}{3000}$); въ заключеніе вставлено два длинныхъ толстыхъ дренажа, кожа соединена нѣсколькими швами и наложена сдавливающая повязка. Первые дни послѣ операціи температура была почти нормальная и первая перевязка была перемѣнена 30 Сентября, такъ-какъ протекла. Не смотря на то, что при перевязкѣ было удалено много отдѣленій изъ полости, температура на слѣдующій день вечеромъ поднялась до $39,9^{\circ}$, вслѣдствіе чего 2 Октября перевязка была снова перемѣнена, причемъ докладчикъ убѣдился, что дренажи не вполне удовлетворяютъ цѣли, такъ-какъ много гноя остается въ полости; поэтому швы были сняты, рана раскрыта, дренажи удалены, вся полость промыта растворомъ сулемы и выполнена сулемовой марлей. 2 Октября вечеромъ было только незначительное повышеніе температуры, а затѣмъ все время температура была нормальная. Сперва перевязка мѣнялась черезъ два дня, а потомъ и съ большими промежутками; полость промывалась теплыми растворами сулемы и борной кислоты и постепенно уменьшалась, такъ-что 1 Ноября вмѣщала только около литра жидкости; это уменьшеніе полости происходило при помощи поднятія діафрагмы, сближенія концовъ резецированныхъ реберъ и искривленія реберъ въ передней части, именно 8-го, 9-го и 10-го, а также вслѣдствіе перемѣщенія сердца влѣво; легкое же, посто-

янно находившееся подъ наблюдениемъ, все время не давало ни малѣйшихъ признаковъ того, чтобы оно разширялось. Для ускоренія уменьшенія полости сдѣланы были еще двѣ дополнительные резекціи подъ хлороформомъ, а именно 10 Декабря 1888 г. резекція 4-го, 3-го и 2-го реберъ и 14 Февраля 1889 г.—5-го и 4-го реберъ. 30 Марта сердце совсѣмъ передвинулось влѣво. Въ настоящее время остался свищевой каналъ, въ который зондъ входитъ по направленію кверху на 8 см. Отдѣленіе изъ свища небольшое, такъ-что перевязка остается по двѣ недѣли. Общее состояніе больного вполне удовлетворительное.

На прошлгодномъ сѣздѣ французскихъ хирурговъ въ Парижѣ, множественная резекція реберъ при эмпіемѣ весьма подробно обсуждалась съ точки зрѣнія показаній, противопоказаній и исхода. Между прочимъ, было высказано мнѣніе, что операція эта даетъ самые лучшіе результаты при полостяхъ средней величины, при большихъ же полостяхъ даже и эта операція не даетъ хорошаго результата; всего болѣе шансовъ имѣетъ эта операція у субъектовъ молодыхъ, не старше 20 или 22 лѣтъ. Нашъ больной показываетъ, что и въ такихъ отчаянныхъ случаяхъ съ громадною полостью, занимающей почти всю половину грудного ящика, при помощи этой операціи можно получить относительно хорошій исходъ. Докладчикъ полагаетъ, что лѣченіе хроническихъ эмпіемъ, а особенно эмпіемъ со свищами, должно состоять въ операціи Estlander'a или въ ея модификаціяхъ (Schede и друг.), при свѣжихъ же эмпіемахъ не достаточно ограничиваться плевротоміей, а необходимо при этомъ дѣлать резекцію ребра, какъ это въ настоящее время и признается большинствомъ хирурговъ.

Въ преніяхъ, возникшихъ по поводу этого доклада, приняли участіе А. С. Тауберъ, И. А. Ефремовскій, М. Г. Штейнбергъ и І. О. Монкевичъ.

По мнѣнію А. С. Таубера, въ случаѣ докладчика не было настоятельнаго показанія обратиться прямо къ резекціи реберъ, имѣя въ виду то, что болѣзнь длилась относительно недолго и что дѣло касалось субъекта молодого. Первичная резекція ребра не представляется обязательно необходимой при операціи эмпіемы,

такъ-какъ во многихъ случаяхъ излѣченіе наступаетъ и послѣ простой плевротоміи. Почему докладчикъ не предоставилъ заживать свищу послѣ первой резекціи? Что же касается операціи Estlander'a-Schede, то таковая забракована была, между прочимъ, на послѣднемъ съѣздѣ русскихъ врачей.

М. А. Васильевъ на это возразилъ, что множественная резекція большинствомъ хирурговъ считается въ настоящее время самымъ лучшимъ способомъ лѣченія хронической эмпіэмы, какъ это видно изъ сообщеній на прошлогоднемъ съѣздѣ хирурговъ въ Парижѣ, сочиненія Bouveret и другихъ; операція эта не исключается и для дѣтскаго возраста. Въ случаѣ докладчика, какъ видно изъ исторіи болѣзни, были всѣ показанія для множественной резекціи реберъ; простая плевротомія не помогла бы, и потому незачѣмъ было ее производить. Относительно первичной резекціи ребра при свѣжихъ эмпіэмахъ докладчикъ раздѣляетъ господствующее въ настоящее время среди хирурговъ мнѣніе, что таковая резекція показана въ подобныхъ случаяхъ, потому-что такимъ способомъ обезпечивается стокъ гноя и предупреждается задержка его гораздо лучше, чѣмъ при плевротоміи безъ резекціи ребра; въ послѣднемъ случаѣ ни дренажи, которые легко сдавливаются сосѣдними ребрами вслѣдствіе спаденія межреберныхъ промежутковъ, ни даже твердыя трубки, какъ это пришлось видѣть докладчику въ 1886 г. у Hahn'a въ Берлинѣ, не всегда обезпечиваютъ свободный оттокъ гною. Излѣченіе эмпіэмы простой плевротоміей безъ резекціи ребра возможно, подобно тому, какъ оно возможно и при лѣченіи абсцессовъ проколами, но изъ этого еще не слѣдуетъ, что абсцессы надо лѣчить проколами, а не широкими разрезами.

И. А. Ефремовскій остановился на вопросѣ: съ какою цѣлью докладчикъ демонстрируетъ больного, у котораго, не смотря на троекратную резекцію, остается свищъ съ недоброкачественнымъ отдѣленіемъ? Съ цѣлью рекомендовать операцію, какъ наиболѣе вѣрный способъ къ лѣченію эмпіэмъ, или съ цѣлью противоположную? Принимая во вниманіе, что больной съ эмпіэмой, являясь на операціонный столъ, находится въ крайне

жалкомъ состояніи и во многихъ случаяхъ близокъ къ смерти, что у него въ высокой степени разстроены дыханіе и кровообращеніе, что онъ анэмиченъ и безсиленъ,—едва-ли можно говорить о резекціи грудной клѣтки, какъ о лучшемъ лѣчебномъ способѣ противъ эмпіэмы.

Слѣдуя этому способу, мы рискуемъ больше потерять больныхъ, чѣмъ излѣчить. Оппонентъ не отвергаетъ резекціи, но не видитъ причинъ искать спасенія въ ней одной, не признаетъ полезнымъ начинать лѣченіе резекціей и притомъ резекціей грудной клѣтки. Подтвержденіемъ этому взгляду могутъ служить больные, излѣченные отъ эмпіэмы простой плевротоміей. Такихъ случаевъ много, они найдутся въ каждой больницѣ. Растяженіе сжатого легкаго, приподнятіе вверхъ діафрагмы, уплощеніе и приближеніе другъ къ другу раздвинутыхъ реберъ—вотъ тѣ моменты, на которые мы рассчитываемъ при плевротоміи, имѣя въ виду сближеніе плевральныхъ листковъ, какъ единственное условіе ихъ сращенія и заживленія операціонной раны. Что этотъ расчетъ намъ часто удастся, извѣстно каждому. Но бываютъ и противоположные случаи. Сжатое легкое не разворачивается въ желательной степени, второстепенные факторы отказываются служить съ достаточной энергіей, плевральные листки не соприкасаются между собою на всемъ протяженіи, остается полость съ неподатливыми стѣнками, плевротомическая рана превращается въ неизлечимый свищъ. Только въ это время и только при этихъ условіяхъ оппонентъ признаетъ резекцію полезною. Начинать же ею лѣченіе эмпіэмы, не испробовавъ предварительно болѣе легкихъ способовъ, не слѣдуетъ, какъ не слѣдовало и въ данномъ случаѣ.

М. А. Васильевъ отвѣтилъ на это, что онъ демонстрируетъ данный случай, какъ случай операціи относительно новой, предложенной въ концѣ 70-хъ годовъ, всесторонне обсужденной, между прочимъ, на прошлогоднемъ парижскомъ съѣздѣ французскихъ хирурговъ и признанной лучшимъ способомъ для лѣченія хроническихъ эмпіэмъ. Въ литературѣ случаевъ этой операціи имѣется всего лишь нѣсколько десятковъ, а въ Варшавѣ множественная резекція при эмпіэмѣ производилась только 3—4 раза. Въ такихъ

тяжелыхъ случаяхъ, какъ случай докладчика, хирурги, имѣя дѣло съ громадной полостью, не разъ прибѣгали ко вторичнымъ резекціямъ съ цѣлью уменьшить полость; остающіеся свищи заживаютъ иногда только спустя годъ и болѣе. Тяжелое состояніе больного, какъ показываетъ хирургическая практика, не служитъ противопоказаніемъ для операціи множественной резекціи ребра.

М. Г. Штейнбергъ, по поводу сообщенія М. А. Васильева, коснулся мимоходомъ вопроса о промываніи плевральной полости послѣ операціи эмпіемы, причемъ высказалъ мнѣніе, что едва ли промываніе способно выполнить ту задачу, которая на него возлагается. При операціи эмпіемы, одна изъ главныхъ цѣлей—это дать свободный стокъ гною; въ этомъ отношеніи заслуживаетъ особеннаго вниманія двойной разрѣзъ (Doppelschnitt) Küster'a. Что касается операціи Estlander'a, то ее не стоитъ предпринимать у туберкулезныхъ и съ нею не слѣдуетъ торопиться у молодыхъ субъектовъ. Въ данномъ случаѣ, по мнѣнію М. Г. Штейнберга, не слѣдовало начинать съ резекціи, а можно было ограничиться на первыхъ порахъ плевротоміей.

І. О. Монкевичъ обратилъ вниманіе на то, что, приступая къ операціи эмпіемы, мы не имѣемъ возможности съ точностью судить о состояніи легкихъ, способность которыхъ къ растяженію является рѣшающимъ моментомъ въ дѣлѣ исхода операціи, и потому должны думать только о томъ, чтобы удовлетворить жизненному показанію опорожненіемъ плевральной полости. Въ дальнѣйшемъ, смотря по тому, какою окажется растяжимость легкихъ и въ какой степени произойдетъ спаденіе грудной кѣтки, и вообще соображаясь съ теченіемъ болѣзни, мы прибѣгаемъ въ подходящихъ случаяхъ къ резекціи одного или нѣсколькихъ реберъ. Начинать лѣченіе эмпіемы съ множественной резекціи не слѣдуетъ тѣмъ болѣе, что и простая плевротомія даетъ недурные результаты. Что же касается случаевъ *empyema necessitatis*, то такіе случаи, по мнѣнію І. О. Монкевича, принадлежать къ наиболѣе благоприятнымъ.

М. А. Васильевъ въ отвѣтъ на замѣчанія, высказанныя М. Г. Штейнбергомъ и І. О. Монкевичемъ, заявилъ, что онъ въ своемъ слу-

чаѣ руководился тѣми соображеніями, которыя были имъ уже высказаны раньше.

6) Г. Ф. Гойеръ сдѣлалъ сообщеніе о строеніи селезенки.

Докладчикъ, подробно излагая строеніе селезенки, остановился главнымъ образомъ на разсмотрѣніи вопроса о связи между артеріями и венами въ селезенкѣ, причемъ указалъ на отношеніе артеріальныхъ сосудовъ къ венознымъ у различныхъ животныхъ.

7) Ю. О. Штейнгаузъ сдѣлалъ сообщеніе о спорогенныхъ зернахъ и демонстрировалъ при этомъ соотвѣтственные препараты. Докладъ этотъ напечатанъ въ извлеченіи въ Протоколахъ Біологическаго Отдѣленія Варшавскаго Общества Естествоиспытателей (1889 г., № 3).

Предсѣдатель *М. Чаусовъ.*

Секретарь *А. Саноцкій.*

