

Въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго.

Т Р У Д Ы

Общества Одесскихъ Врачей

1907 г.

ВЫПУСКЪ IV.

2012

ОДЕССА.

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

~~МЕДИЦИНСКИЙ ОДЕССКИЙ~~

~~ИМЕНИ~~

~~Константина Николаевича~~

~~Въ память Осипа Осиповича Мочутновскаго.~~

~~ВУРИЦ~~

ТРУДЫ

Общества Одесскихъ Врачей

1907 г.

ВЫПУСКЪ IV.

1952 г.



ИНВЕНТАР

№ 3040

ИНВЕНТАР
№ 1327

ОДЕССА.
1907.

1972

МЕДИЦИНСКИЙ ОТДЕЛ

И М Е Н И

Константина Николаевича

ПУРИЦ

0-285

61

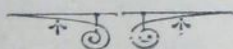


ОДЕССА.
"Коммерч." типографія В. Сапожникова.
Ришельевская 27.



СОДЕРЖАНІЕ.

	Стр.
1. Д-ръ И. Г. Мандельштамъ . Къ вопросу о внѣматочной беременности	5
2. Д-ръ Е. С. Главче . Къ леченію нервныхъ формъ сифилиса	27
3. Д-ръ С. С. Рабиновичъ . Къ казуистикѣ случаевъ пора- женія <i>Conus melladuris</i>	43



Къ вопросу о вѣматочной беременности.

И. Г. Мандельштама.

Вопросъ о вѣматочной беременности, особенно въ той части его, которая касается начальнаго періода этой аномаліи, имѣетъ весьма существенное значеніе не только для спеціалиста гинеколога, но и для всякаго практическаго врача. Въ настоящемъ сообщеніи своемъ я постараюсь познакомить васъ съ современнымъ состояніемъ этого вопроса на основаніи моихъ собственныхъ многочисленныхъ наблюденій и богатой литературы новѣйшаго времени.

Но прежде чѣмъ приступить къ докладу, позвольте мнѣ въ краткихъ словахъ изложить Вамъ исторіи болѣзни больной, которую я оперировалъ вчера утромъ, исторію могущую служить прекрасною парадигмой къ занимающему насъ вопросу.

I. Р. 27-ми лѣтъ доставлена въ Одесскую еврейскую больницу на носилкахъ 23-го марта 1907-го года вечеромъ. Больная 7-й годъ замужемъ, на первомъ году имѣла преждевременные роды и съ тѣхъ поръ часто обращалась къ гинекологамъ изъ за болей въ животъ и крестцѣ. Менструировала черезъ 5—6 недѣль умѣренно, регулы имѣла болѣзненные. Черезъ семь недѣль послѣ послѣднихъ регулъ появились крови, сопровождавшіяся сильными схваткообразными болями внизу живота. Приглашенный врачъ велѣлъ лежать и прикладывать ледъ къ животу: черезъ 3 дня крови прекратились, но приступы легкой боли время отъ времени все повторялись. 22-го марта утромъ вдругъ наступили часто повторяющіеся припадки крайне интенсивной острой боли въ правой паховой области, чувство напирания внизъ, головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ, нѣсколько разъ вырвало. Кто то посоветовалъ прикладывать горячіе компрессы къ животу, ставить клизму, но состояніе все ухудшалось и больная была отправлена въ больницу. St. Praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія, рѣзкая блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, часто дышетъ, пульсъ 120 слабого наполненія, жи-

вотъ вздутъ и напряженъ, крайнѣ чувствителенъ къ давлению, легкая перкуссия даетъ притупленіе перкуторнаго тона по всему подчревью, флюктуация нигдѣ не ощущается, грудныя железы не измѣнены; изъ влагалища выдѣляется немного кровянисто-слизистаго секрета; влагалищная часть цилиндрической формы, не размягчена, задній сводъ слегка расширенъ. Тѣло матки неясно контурируется, немного увеличено, ограниченно подвижно, движеніе очень болѣзненно. Температура тѣла не повышена. Больная стонетъ отъ сильной схваткообразной боли въ правой сторонѣ живота и жалуется на сильную слабость. До этого заболѣванія никакихъ субъективныхъ признаковъ беременности больная не имѣла. Тѣмъ не менѣе путемъ исключенія и на основаніи анамнеза распознанъ правосторонній трубный абортъ съ умѣреннымъ внутреннимъ кровотеченіемъ. Назначено: подкожное впрыскиваніе 0,015. Morphii, ледъ къ животу и горячіе компрессы на голову.

23-го утромъ: ночь прошла сравнительно спокойно, боли не ощущаетъ, тошнота, пульсъ 100, слабо наполненъ, животъ уменьшился въ объемѣ, мало болѣзненъ, въ серединѣ подчревья ощущеніе зыбленія, черезъ правый сводъ неясно прощупываются контуры опухоли. Подъ хлороформомъ въ Тренделенбургскомъ положеніи произведено чревосѣченіе. Въ полости живота изрядное количество жидкой темной крови и небольшихъ рыхлыхъ сгустковъ, рукой выведена опухоль правой трубы, занимающая середину ея. Послѣ наложенія клямповъ на lig. infundibulopelvicum и на маточный конецъ трубы, послѣдняя отрѣзана, а рана обезпечена нѣсколькими матрачными швами и закрыта брюшиной. Матка едва увеличена, лѣвая фаллопиева труба тонкая со многими извилинами, наружный конецъ ея освобожденъ отъ фиксировавшихъ его сзади легкихъ сращеній, лѣвый яичникъ, на видъ неизмѣнный, оставленъ на мѣстѣ, удалены попадающіеся въ руки кровяные свертки и брюшная рана закрыта тройнымъ рядомъ швовъ. Наркозъ прошелъ хорошо, пульсъ въ прежнемъ состояніи, никакихъ возбуждающихъ. Сегодня, къ концу вторыхъ сутокъ состояніе больной вполне удовлетворительно.

Циркулирующей между Вами препаратъ, какъ видите, состоитъ изъ правой фаллопиевой трубы, средняя часть ко-

торой превращена въ плоскошарообразную опухоль эластической консистенціи величиною въ дѣтскій кулакъ, крайнія свободныя части трубы утолщены до размѣра средняго карандаша, *infundibulum* оканчивается пышно развѣтвленной бахромкой, нити которой флотируютъ въ жидкости, маточный же конецъ отогнуть книзу подъ прямымъ угломъ къ опухоли. На серединѣ передней поверхности опухоли выдается выпуклая площадка величиною въ серебряный полтинникъ темнокраснаго цвѣта съ мелко-бугристой поверхностью и нѣсколько мелкими обрывками воспалительныхъ перепонокъ, окруженная рамкой изъ валикообразной утолщенной брюшины: рамка эта повидимому образуетъ границу узуръ стѣнки трубы, произведенной растущимъ плодовымъ яйцомъ. Къ нижнему краю опухоли примыкаетъ узкая полоска утолщенной *Alae vesperilionis*, на которой виситъ цирротически измѣненный правый яичникъ, въ которомъ желтое тѣло не оказывается.

Изображенная картина, надѣюсь, послужитъ, Вамъ хорошею иллюстраціею къ дальнѣйшему изложенію, къ которому теперь и перехожу.

Въ сравнительно недавнее еще время вы могли встрѣтить въ руководствахъ по акушерству дѣленіе внѣматочной беременности на брюшную, яичниковую и трубную.

Въ новѣйшее время возможность яичниковой беременности поставлена внѣ всякаго сомнѣнія. Въ докладѣ своемъ Лейпцигскому акушерскогинекологическому Обществу отъ 13-го Ноября 1901-го года Fũth (*Centralbl. f. Gyn.* 1902 № 13) представилъ таблицу описанныхъ до того времени 18-ти случаевъ яичниковой беременности, установленныхъ точнымъ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ; въ доступной мнѣ казуистикѣ позднѣйшаго времени я нашелъ еще 13 случаевъ, но число это во первыхъ, ничтожно въ сравненіи съ тысячами опубликованныхъ случаевъ трубной беременности, и во вторыхъ, ни одинъ изъ тѣхъ случаевъ не былъ распознанъ какъ таковой клинически; что касается первичной брюшной беременности, то она новѣйшими авторами совершенно отрицается. Всѣ многочисленные случаи, описанные въ старой литературѣ подъ именемъ брюшной беременности на самомъ дѣлѣ, по мѣсту внѣдренія оплодотвореннаго яичка и образованія дѣтскаго мѣста, должны быть отнесены

къ трубной беременности съ выступленіемъ плода въ свободную брюшную полость, гдѣ вокругъ него образовался вторичный плодный мѣшокъ изъ ложныхъ оболочекъ брюшины и сосѣднихъ органовъ. Въ клиническомъ смыслѣ, слѣдовательно, когда мы говоримъ о внѣматочной беременности, мы имѣемъ въ виду трубную беременность. Болѣе точно топографически различаютъ: 1) *gravidit. isthmica* въ узкой, болѣе близкой къ маткѣ части фаллопиевой трубы, 2) *gravidit. ampullar.* въ широкой наружной части трубы, 3) *gravid. interstitialis* въ отрѣзкѣ трубы, лежащей въ толщѣ маточной стѣнки и 4) *gravid. fimbrio-ovaric.*—когда яичко укрѣпляется на нити бахромки, идущей къ яичнику. Само собою разумѣется, что узкая полоска *fimbriae* уже на первыхъ ступеняхъ развитія яичка представляетъ слишкомъ мало простора для разрастающихся ворсинокъ, такъ что послѣднія захватываютъ ближайшіе участки брюшины и яичника и, такимъ образомъ, 4-ая форма для изслѣдователя съ самаго начала уже представляется въ видѣ *gravid. tubo-ovarica.* или *gravid. tuboabdom.*

По вопросу о способѣ прикрѣпленія оплодотвореннаго яичка къ слизистой оболочкѣ трубы, наши взгляды измѣнились кореннымъ образомъ послѣ того какъ графъ Spee въ 1896 году открылъ, что у морской свинки яичко на мѣстѣ своего прикосновенія къ слизистой оболочкѣ матки разрушаетъ эпителиальный покровъ этой оболочки, внѣдряясь вглубь ея создаетъ для себя вмѣстилище, гдѣ совершается ея дальнѣйшее развитіе, а Peters въ 1897 году на одномъ препаратѣ самаго ранняго періода челоѳческой беременности убѣдительно доказалъ, что и у челоѳка оплодотворенное яичко такимъ же точно образомъ вступаетъ въ связь съ беременной маткой. Что и въ трубѣ оплодотворенное яичко прикрѣпляется не къ поверхности слизистой оболочки, а сразу проникаетъ въ толщу ея стѣнки, образуя для нея замкнутую капсулю, какъ это можно было а priori предположить по аналогіи съ маточной беременностью, вполне подтвердило изслѣдованія Fũth'a, *Monatschr. f. Gyn.* В. 8 p. 590, произведенныя по инициативѣ Werth'a въ 1897 году и другими. Это разрушительное дѣйствіе производится эктобластомъ, т. е. наружнымъ покровомъ яйцевыхъ ворсинокъ, состоящихъ изъ такъ называемыхъ Лангганзовыхъ клѣтокъ и

синцитіума комковъ протоплазмы съ вкрапленными въ нихъ многочисленными ядрами. Эти покровные элементы, въ силу присущихъ имъ цитолитическихъ свойствъ, разростаясь, растворяють попадающіяся имъ на пути материнскія ткани до стѣнокъ сосудовъ включительно и это продолжается до тѣхъ поръ, пока на мѣсто разрушенной ткани не создается новый органъ, placenta, обезпечивающій питательную связь между матерью и ея плодомъ, т. е. до конца 3-го мѣсяца. Но при маточной беременности, параллельно съ разрушительной работой ворсинокъ, идетъ созидательная работа въ видѣ колоссальной гипереміи ея слизистой оболочки до степени *Decid. gravid.* въ рыхлой ткани которой яичко находитъ достаточно свободнаго мѣста для своего дальнѣйшаго развитія. При трубной же беременности условія далеко не такъ благоприятны. Тонкая слизистая оболочка трубы не одарена способностью реагировать на импульсъ беременности столь пышнымъ разростаніемъ ея элементовъ, такъ что выѣдрившееся въ нее яичко уже на первыхъ ступеняхъ своего роста вынуждено прокладывать себѣ путь черезъ мышечный слой трубной стѣнки, проникаетъ до его серьезнаго покрова и даже узурпируетъ послѣдній, если на немъ не успѣли образоваться воспалительныя наслоенія или сращенія съ сосѣдними органами. На этомъ пути яичко встрѣчается съ сравнительно крупными сосудами, стѣнки которыхъ тоже мѣстами подвергаются гистолитическому дѣйствию эктодермы. Такимъ образомъ, уже въ первыя педѣли трубной беременности, яичко, достигши извѣстнаго объема, бываетъ окружено капсулей изъ разрѣженной и истонченной ткани и ворсинками своими погружается въ довольно крупные материнскіе сосуды. Съ дальнѣйшимъ прогрессивнымъ развитіемъ ворсинокъ цѣлость яйцевой капсульки легко нарушается или съ внутренней ея стороны, обращенной къ просвѣту трубы, или съ наружной, брюшной. Какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ естественно происходитъ кровотеченіе изъ открытыхъ кровеносныхъ сосудовъ, а связь яичка съ материнской почвой нарушается въ большей или меньшей степени. Въ первомъ случаѣ, кровь, попадая въ полость трубы и устремляясь къ мѣсту наименьшаго сопротивленія, т. е. къ брюшному концу трубы, увлекаетъ въ своемъ теченіи и плодное яйцо, окруженное свернувшейся кровью; этому еще содѣйствуютъ и

рефлекторныя сокращенія неизмѣненной части трубы, лежащей кнутри отъ яйцеваго ложа, однимъ словомъ все происходитъ вполнѣ аналогично маточному аборту. Во 2-мъ случаѣ черезъ разрывъ стѣнки трубы происходитъ свободное кровоизліяніе въ брюшную полость и выходеніе туда же, частичное или полное, плоднаго яйца. Значительное кровотеченіе въ брюшную полость можетъ наступить и безъ видимаго нарушенія цѣлости яйцевой капсулы, а единственно вслѣдствія проростанія стѣнки трубы плодовыми ворсинками. До поры до времени ворсинки, виѣдрившіяся въ просвѣтъ сосуда, закупориваютъ выдолбленное ими отверстіе, но такъ какъ закупорка эта очень рыхла, то отъ какого нибудь легкаго сотрясенія или повышенія внутри сосудистаго давленія, ворсинка можетъ выскользнуть изъ сосуда, и начинается кровотеченіе.

Между моими случаями былъ одинъ, въ которомъ, при операціи въ брюшной полости, было найдено колоссальное количество крови, между тѣмъ какъ удаленный препаратъ состоялъ изъ замкнутой со всѣхъ сторонъ лѣвой фаллопиевой трубы, содержащей плодикъ приблизительно 2 $\frac{1}{2}$ мѣсячнаго развитія, совершенно свѣжій, съ цѣльными плодовыми оболочками; только на верхнемъ краѣ расширенной трубы имѣлось возвышеніе, состоявшее изъ проросшихъ сквозь брюшной покровъ ея ворсинокъ, покрытыхъ кровяными сгустками. Подобную же картину мнѣ пришлось видѣть и въ другомъ случаѣ 4-хъ мѣсячной трубной беременности, гдѣ на наружной поверхности плоднаго мѣшка торчала обнаженная долька плацентарной ткани: все же остальное плодное яйцо лежало въ закрытой полости трубы. Мы видимъ такимъ образомъ, что наблюдающееся въ громадномъ большинствѣ случаевъ нарушеніе цѣлости яйцевой капсулы въ самые первые мѣсяцы трубной беременности и являющееся результатомъ этого прекращеніе беременности со всѣми сопутствующими ему явленіями, какъ кровотеченіе и др., происходитъ не слѣдствіе механическаго растяженія и утонченія стѣнокъ трубы растущимъ яйцомъ, какъ думали прежде, а вызывается активнымъ дѣйствіемъ покровныхъ клѣтокъ, ворсинокъ, разъединяющихъ, такъ сказать, окружающія ихъ ткани. Если это разъединеніе достигло степени дефекта, то дальнѣйшее теченіе беременности будетъ различно въ зави-

симости отъ возраста зародыша, величины и мѣста кровоизлі-
 нія. Кровь, излившаяся даже въ маломъ количествѣ въ
 полость трубы, можетъ своей массой оторвать очень юное
 плодное яйцо отъ питающей его почвы. Оно тогда атрофи-
 руется и постепенно всасывается вмѣстѣ съ окружающей
 его кровью. Такимъ образомъ беременность прекращается,
 не дошедши даже до сознанія большой и не оставляя по
 себѣ никакихъ слѣдовъ.

Очень возможно, что такимъ образомъ кончаются
 многіе случаи ранней внѣматочной беременности о
 существованіи которыхъ никто и не подозрѣваетъ. Появля-
 ющееся при этомъ маточное кровотеченіе принимается за
 опоздавшія на нѣкоторое время регулы; въ трубѣ-же на
 долго остается скопленіе крови, въ сгусткахъ которой мик-
 роскопъ открываетъ присутствіе ворсинокъ, *Mola tubaria* или
Haematosalpinx. При болѣе сильномъ кровотеченіи, случа-
 ющемся обыкновенно во 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ, но нерѣдко
 даже въ первыя недѣли беременности, на сцену выступаетъ
 симптомокомплексъ свободнаго кровоизліянія въ брюшную
 полость. Кровотеченіе можетъ быть столь значительнымъ
 что больная въ теченіи короткаго времени истекаетъ кровью
 и погибаетъ при явленіяхъ остраго малокровія. Въ другихъ
 же случаяхъ, всего чаще при трубномъ абортѣ, кровоте-
 ченіе останавливается, при чемъ излившаяся кровь или скоро
 всасывается или собирается въ дугласовомъ пространствѣ
 или вокругъ трубы, свертывается и образуетъ характерную
 опухоль, извѣстную подъ названіемъ *Haematocoele retrouterina*
 или *Haematoma peritubaria*. Послѣ остановки кровотеченія,
 если оно не достигло крайней степени, больная довольно
 быстро оправляется, но она не гарантирована отъ повто-
 ренія кровотеченія, снова приводящаго ее на край гибели.
 Въ большинствѣ случаевъ, конечно съ наступленіемъ
 внутренняго кровоизліянія, явленія, доминирующаго въ
 картинѣ болѣзни, прекращается и беременность, и задача
 леченія сводится лишь къ устраненію послѣдствій крово-
 теченій; но бываетъ и такъ, что разрывъ, сопровождав-
 шійся обильнымъ кровоизліяніемъ, не разрушилъ окон-
 чательно сосудистой связи матери съ плодомъ, и тогда
 послѣдній продолжаетъ жить и развиваться, не выходя изъ
 своего вмѣстилища, или въ трубѣ остается только *placenta*, а

плодъ выступаетъ въ брюшную полость, гдѣ вокругъ него образуется новое гнѣздо, дающее ему возможность дальнѣйшаго развитія. Въ своемъ первомъ докладѣ нашему Обществу о вѣматочной беременности 10 марта 1892 года я привелъ случай, въ которомъ въ началѣ 2-го мѣсяца беременности произошло внутреннее кровоизліяніе въ брюшную полость съ образованіемъ haematomatis peritub. и выдѣлилась также цѣликомъ Decid. uterina — все заставляло думать, что беременность прервалась. Когда спустя два мѣсяца оказалось, что опухоль гематомы не только не уменьшилась, а напротивъ увеличилась, что нами было приписано образовавшемуся выпоту, то больная была отправлена на лиманъ для леченія ваннами. Тамъ она почувствовала шевеленіе плода и когда вернулась въ больницу, то ясно можно было констатировать сердцебіеніе плода, лежавшаго въ эктопическомъ мѣшкѣ, а впереди послѣдняго матку, въ объемѣ 3-хъ мѣсячной беременности. На предложенную операцію больная не согласилась, увѣренная, что у нея совершенно нормальная беременность, и она была оперирована лишь черезъ два мѣсяца послѣ истеченія полного срока беременности, ознаменовавшагося 2-хъ дневной безплодной, въ прямомъ и переносномъ смыслѣ, нѣтужной дѣятельностью. При операціи удалены трубный мѣшокъ, заключавшій въ себѣ доношенный мацерированный плодъ. Тамъ же мною приведенъ другой случай одновременнаго существованія маточной и вѣматочной беременности у молодой женщины, бывшей всего 4 мѣсяца замужемъ. У этой больной, черезъ 4 недѣли послѣ выкидыша, внутри маточнаго плода произошелъ разрывъ правосторонняго трубнаго плоднаго мѣшка, что выразилось весьма бурной картиной внутренняго кровотеченія. Образовалась громадная гематома правой широкой связки, которая въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ окончательно разсосалась. Эти два случая иллюстрируютъ рельефно, до чего различна бываетъ судьба вѣматочной беременности послѣ такъ называемой катастрофы, т. е. разрыва плоднаго мѣшка. Въ первомъ случаѣ беременность, подвергшаяся сильному потрясенію въ самомъ раннемъ періодѣ своего существованія, сохраняется и достигаетъ конца, во второмъ же, беременность значительно позднѣйшаго развитія послѣ такого событія прекращается, а продуктъ ея, вмѣстѣ

съ излившееюся кровью разсасывается и исчезаетъ. Сопоставленіе этихъ двухъ случаевъ и многихъ имъ подобныхъ, приводитъ къ заключенію, что если больная оправилась отъ перваго кровоизліянія, то на этомъ еще не слѣдуетъ успокоиться, такъ какъ ей не только угрожаетъ повтореніе кровотеченія, но возможно еще сохраненіе беременности со всѣми связанными съ нею опасностями для жизни.

Этіологія вѣматочной беременности еще до сихъ поръ окончательно не установлена. Исходя изъ наиболѣе вѣроятнаго предположенія, что тутъ главную роль играетъ механическій моментъ, затрудняющій переходъ оплодотвореннаго яичка въ полость матки, его искали то въ разныхъ искривленіяхъ и перегибахъ яйцевода, обусловленныхъ хронически воспалительными измѣненіями въ его окружности или врожденными дефектами, то въ воспалительныхъ измѣненіяхъ стѣнки или слизистой оболочки трубы, вызывающихъ частичное суженіе ея просвѣта, или потерю рѣсничекъ эпителія. Динамическая теорія видитъ причину недостиженія яичкомъ его нормальнаго мѣстоназначенія въ патологической недостаточности мускулатуры трубы, или неправильныхъ ея сокращеніяхъ, можетъ быть подъ вліяніемъ какого либо душевнаго аффекта. Нѣкоторые авторы склонны видѣть причину многихъ случаевъ вѣматочной беременности въ самомъ яичкѣ, которое при удлиненіи предстоящаго ему пути, напр. при наружномъ его передвиженіи, или, не доходя до матки, уже пріобрѣтаетъ біологическую способность цустить корни и укрьпиться, или настолько уже успѣло увеличиться въ объемъ, что не можетъ пройти черезъ узкій *isthmus tubae* и тамъ застрѣваетъ. Но всѣ эти теоріи, построенныя съ порядочной дозой гипотетичности, на основаніи отдѣльныхъ наблюденій, далеко непримѣнимы ко всѣмъ случаямъ и поэтому въ смыслѣ этіологіи можно указать лишь на чисто вѣшнее совпаденіе нѣкоторыхъ условій съ вѣматочной беременностью, выведенное изъ большихъ статистическихъ рядовъ: 1) эта аномалія чаще встрѣчается у рожавшихъ, чѣмъ у нерожавшихъ (у послѣднихъ послѣ продолжительнаго безплодія); 2) въ большинствѣ случаевъ между послѣдней нормальной и настоящей эктопической беременностью, прошелъ болѣе длинный срокъ, чѣмъ между предшествовавшими нормальными беременностями у данной женщины:

3) возраст optimum отъ 25—35 лѣтъ: крайній 17 и 42 года. Въ моемъ матеріалѣ младшей было 19, а старшей 40 лѣтъ;

4) во многихъ случаяхъ въ анамнезѣ имѣются указанія на предшествовавшія заболѣванія гонорройнаго происхожденія. Теперь всѣ авторы признають за гонорреею выдающееся значеніе въ этиологій вѣматочной беременности, согласно съ ея превалирующей ролью этиологическаго фактора въ разныхъ хроническихъ заболѣваніяхъ трубъ и тазовой брюшины. Dührssen, Arch. f. Gyn. B. 54, p. 207, между своими случаями нашелъ 68,7 процента гонорреи.

Теперь переходимъ къ самому важному въ практическомъ отношеніи вопросу, къ діагнозу раннихъ стадій вѣматочной беременности. Нужно сказать, что распознаваніе такой беременности при нормальномъ ея теченіи съ несомнѣнной вѣрностью, представляется явленіе совершенно исключительное. Субъективные симптомы беременности, каковы тошноты, рвота, общее недомоганіе, познабливаніе и т. п. не составляютъ надежныхъ признаковъ наступившаго зачатія вообще и тѣмъ менѣе при эктопическомъ вѣдреніи продукта зачатія, когда по свидѣтельству многихъ наблюдателей эти признаки бывають еще рѣже и слабѣе выражены. Естественно поэтому, что женщины съ неповрежденной трубной беременностью первыхъ мѣсяцевъ почти никогда не обращаются къ врачу, такъ какъ онѣ или не чувствуютъ себя вовсе беременными, или не находятъ у себя никакихъ отступленій отъ нормы. Этимъ объясняется почему въ литературѣ такъ рѣдко встрѣчаются случаи удаленія трубнаго плоднаго мѣшка, не претерпѣвшато еще никакихъ патологическихъ измѣненій. Werth оперировалъ 120 разъ и ни разу не встрѣтилъ такого случая, не было его и между оперированными мною. Припоминаю я изъ своей частной практики два случая, въ которыхъ я при первомъ же изслѣдованіи у себя на дому заподозрилъ вѣматочную беременность на основаніи объективныхъ данныхъ. Одна изъ нихъ обратилась ко мнѣ послѣ 6-ти недѣльной задержки регуль, желая знать, беременна ли она. При бимануальномъ изслѣдованіи, я нашелъ у больной рядомъ съ характерно измѣненной маткой утолщенную правую трубу тѣсноватой консистенціи и отправилъ ее домой, посовѣтовавъ спокойно лежать. Она исполнила мой совѣтъ, но тѣмъ не менѣе уже

къ вечеру второго дня я, экстренно позванный къ ней, засталъ картину разрыва плоднаго мѣшка. Черезъ три часа она уже была оперирована у себя на дому, но черезъ 6 дней погибла при явленіяхъ урэмїи, происхождение которой такъ и осталось невыясненнымъ. Удругой больной послѣ изслѣдованія наступилъ легкій обморокъ: видя въ этомъ подтвержденіе своего подозрѣнія, я ей велѣлъ немедленно отправиться въ больницу, но она предпочла поѣхать домой и только черезъ недѣлю была доставлена въ больницу при явленіяхъ септического перитонита съ рѣзко выраженной гематогенной желтухой. При чревосѣченіи найдено было большое количество кровяныхъ сгустковъ, ихорозно распавшихся: брюшная полость была широко дренирована, но спасти больную не удалось. Я сказалъ, что заподозрилъ у этихъ двухъ больныхъ трубную беременность, но полной увѣренности, т. е. такой, чтобы съ полнымъ убѣжденіемъ и спокойной совѣстью могъ предложить профилактическую лапаротомію, я имѣть не могъ, не смотря на то, что, увѣренный въ фактъ беременности, я констатировалъ мѣшокъ трубы, потому что не имѣлъ основанія исключить воспалительный *sactosalpinx* или *perisalpingitis*, размягченную подъ вліяніемъ внутри маточной беременности. Нѣкоторые авторы, пульсацію, ощущаемую на нижней периферіи трубной опухоли, считаютъ за признакъ, говорящій въ пользу трубной беременности: но другіе, въ томъ числѣ и Werth, находили пульсацію и при воспаленіи трубы. Если еще прибавить, что опредѣлить форму, величину и консистенцію трубы при осторожномъ и нѣжнымъ двуручномъ изслѣдованіи удастся лишь какъ счастливая случайность; изслѣдовать же энергично при малѣйшемъ подозрѣніи на виѣматочную беременность строго воспрещается изъ опасенія вызвать механическое поврежденіе трубы со смертельнымъ исходомъ, чему въ литературу встрѣчается не мало примѣровъ, то станетъ совершенно яснымъ, до чего труденъ или просто невозможенъ аподиктической діагнозъ эктопической беременности первыхъ мѣсяцевъ, имѣющей правильное теченіе, такъ что по необходимости приходится выжидать, что принесетъ дальнѣйшее наблюденіе. Исходя изъ такого положенія, мы съ тѣмъ большимъ вниманіемъ должны относиться къ тѣмъ случаямъ, которые являются результатомъ нарушенія цѣ-

лости трубнаго мѣшка или его стремленія изгнать отдѣлившееся плодное яйцо. Эти явленія тѣмъ болѣе для насъ цѣнны, что, къ счастью для больныхъ, они за весьма рѣдкимъ исключеніемъ почти всегда обнаруживаются то раньше, то немного позже и сразу указываютъ надлежащій путь, по которому мы должны идти для установленія сути патологическаго процесса. Эти явленія по степени интенсивности и діагностической цѣнности могутъ быть раздѣлены на 3 категоріи. Къ 1-й относятся: припадки коликообразной или схваточной боли въ подчревной области, соотвѣтственно сторонѣ беременной трубы, или противоположной ей сторонѣ и болѣе или менѣе значительныя маточныя кровотеченія, то непрерывныя, періодическія, при наличности общихъ признаковъ начальной беременности, какъ остановка менструацій, измѣненія со стороны груди, цианотическая окраска слизистой оболочки входа въ рукавъ, увеличеніе матки, и т. п. Ко второй категоріи я причисляю припадки боли, сопровождающіеся скоропроходящимъ чувствомъ обморока, головокруженіемъ и потемнѣніемъ въ глазахъ и отхожденіе къ полости матки *Decid. uterinae*. Послѣдняя выдѣляется подѣ влияніемъ рефлекторныхъ сокращеній матки и можетъ считаться однимъ изъ наиболѣе вѣрныхъ признаковъ эктопической беременности: по его значеніе умалывается тѣмъ, что онъ не можетъ наблюдаться раньше истеченія перваго мѣсяца, когда въ маткѣ *Decidua* еще вовсе не успѣла образоваться. Значеніе же этого признака, какъ доказательство смерти плода, которое прежде считалось абсолютнымъ, поколеблено новѣйшими наблюденіями продолженія жизни внѣматочнаго плода, несмотря на выдѣленіе *Deciduae*, какъ это случилось и въ упомянутомъ выше моемъ случаѣ и случаѣ *Fraenkel'*я цитируемомъ *Wert'*омъ.

Наконецъ, самое доминирующее мѣсто въ патологіи внѣматочной беременности занимаетъ симптомокомплексъ, сопровождающій массовое свободное кровоизліяніе въ брюшную полость, какъ послѣдствіе болѣе обширнаго нарушенія цѣлости плодномѣстлица. Практическая важность этого событія обуславливается во первыхъ тѣмъ, что оно можетъ быстро и непосредственно уничтожить жизнь больной, и во вторыхъ тѣмъ, что оно составляетъ самый частый исходъ внѣматочной беременности, выступая нерѣдко на сцену въ

такое раннее время ея, когда еще не успѣлъ обнаружиться ни одинъ изъ обычныхъ симптомовъ беременности. Между моими больными были нѣкоторыя, у которыхъ эта катастрофа наступала спустя недѣли 2--3 послѣ послѣднихъ регулъ, когда эти больныя еще не имѣли случая по ненаступленію въ срокъ ожидаемыхъ менструацій заподозрить у себя беременность.

Болѣзненные явленія, характеризующія это состояніе, открываются или сразу во всей силѣ, или за день, два подготавливаются болѣе легкими припадками боли и маточныхъ кровотеченій. Нерѣдко въ анамнезѣ имѣются указанія на какія нибудь механическія причины, какъ на примѣръ, поднятіе тяжести, приступъ кашля, паденіе или давленіе на животъ во время форсированнаго изслѣдованія, но еще чаще никакихъ такихъ причинъ не отмѣчается, а грозная картина развивается совершенно неожиданно, среди яснаго неба, какъ говорится. Послѣ ощущенія сильной локализованной боли въ животѣ, точно въ немъ что то оборвалось, съ больнои дѣлается дурно, наступаетъ головокруженіе, тошнота, иногда и рвота, общая слабость, часто доходящая до обморока, такъ что больная падаетъ, или быстро укладывается въ постель. Призванные къ такой больной, мы застаемъ ее въ состояніи остраго коляпса: рѣзко выраженная блѣдность общихъ покрововъ, синева губъ, крайне учащенный пульсъ малаго наполненія, иногда нитевидный, холодный потъ, животъ болѣе или менѣе вздутъ и чувствителенъ по всей своей поверхности, въ паховыхъ областяхъ иногда удается констатировать притупленіе перкуторнаго тона съ обѣихъ сторонъ, чаще на сторонѣ, соответствующей беременной трубѣ. При очень большихъ кровоизліянiяхъ мнѣ неоднократно удавалось получать ощущенія флюктуаціи въ области гипогастріа, признакъ, который по моему мнѣнію, даетъ абсолютное показаніе къ немедленному оперативному вмѣшательству. Предпослѣдняя оперированная мною больная была доставлена въ больницу 20-го января въ 12 часовъ дня въ моемъ отсутствіи. Докторъ Чонъ, принявшій больную, распозналъ внутреннее кровоизліаніе при трубной беременности, но нашелъ ея состояніе настолько удовлетворительнымъ, что счелъ возможнымъ выжидать. Когда я ее видѣлъ въ 6 часовъ вечера, качество пульса и общій

видъ больной не внушали особыхъ опасеній; животъ былъ вздутъ и чувствителенъ, надъ правой пупартовой связкой были притупленіе тона и легкая резистенція, волнообразное же движеніе жидкости въ подчревіи не ощущалось. Избѣгая по возможности дѣлать чревосѣченіе при искусственномъ освѣщеніи, я рѣшилъ оставить больную подъ бдительнымъ наблюденіемъ, отложить операцію до утра, но, собираясь уходить, я замѣтилъ, что больная вдругъ сильнѣе поблѣднѣла и въ то же время, при повторномъ изслѣдованіи живота, обнаружилъ флюктацію. Это меня заставило приступить тотчасъ же къ операціи, при которой въ полости живота дѣйствительно было найдено огромное количество жидкой крови и рыхлыхъ кровяныхъ сгустковъ.

Внутреннее изслѣдованіе въ свѣжихъ случаяхъ раняго разрыва обыкновенно не даетъ никакихъ положительныхъ данныхъ; много-много если въ иномъ случаѣ посчастливится оконтуривать увеличенную матку или неясно опредѣлить резистенцію надъ заднимъ или однимъ изъ боковыхъ сводовъ отъ собравшихся тамъ сгустковъ крови, да больше находить и не возможно, такъ какъ опасность получить еще болѣе сильное кровоизліяніе и болѣзненность вздутаго живота обязываютъ насъ производить наши манипуляціи деликатно и крайне осторожно. Всѣ описанныя нами явленія объявляются двумя моментами: быстрой потерей организмомъ большого количества крови и шокомъ, т. е. рефлекторнымъ угнетеніемъ дѣятельности сердца отъ раздраженія брюшины излившейся кровью. Дѣйствіе шока сказывается особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда, при сравнительно небольшомъ кровотеченіи, все таки наступаютъ явленія коляпса, вскорѣ впрочемъ смягчающіяся подъ вліяніемъ цѣлесообразныхъ мѣропріятій, о которыхъ будетъ рѣчь ниже. Последнее обстоятельство, по моему, заслуживаетъ особаго вниманія для дифференціального распознаванія занимающей насъ картины болѣзни отъ подобной же картины шока, вызваннаго другими паталогическими формами, какъ напр., перфоративнымъ перитонитомъ, острымъ ущемленіемъ грыжи, перекручиваніемъ ножки опухоли и др. Въ этихъ случаяхъ съ теченіемъ времени болѣзненные явленія не только не уменьшаются, а напротивъ еще нарастаютъ. Больная обыкновенно жалуется главнымъ образомъ на чувство

скопления газовъ въ животѣ, распираніе, тошноту и рвоту и умоляютъ освободить имъ кишечникъ. И на самомъ дѣлѣ самая частая фатальная ошибка, которую дѣлаютъ врачи не-спеціалисты, это то, что діагносцируя *Peus*, они назначаютъ больной слабительное или клизму, что неминуемо ведетъ къ усиленію внутренняго кровотечения, такъ какъ перистальтика кишекъ мѣшаетъ образованію сгустковъ или удаляетъ уже образовавшіяся пробки, закупоривающія кровотокащія сосуды.

Мы, такимъ образомъ, въ порядкѣ послѣдовательности вступили въ область терапіи и тутъ тоже мы ограничиваемъ задачу нашу разсмотрѣніемъ главныхъ основаній, которыми мы должны руководиться при леченіи внѣматочной беременности первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ. Для опредѣленія обязательнаго для врача образа дѣйствія при неповрежденіи трубной беременности, мы лучше всего процитируемъ слова Werth'a. Онъ говоритъ: мы поступили бы противъ самыхъ элементарныхъ правилъ профилактики, еслибы хоть на короткое время предоставили бы собственному теченію случай эктопической беременности, про которую мы достовѣрно знаемъ, или имѣемъ достаточно основаній подозрѣвать, что она продолжаетъ прогрессивно развиваться. Въ такомъ случаѣ добросовѣстный врачъ стоитъ передъ категорическимъ императивомъ, который я выразилъ въ формулѣ: на внѣматочную беременность слѣдуетъ смотрѣть какъ на злокачественное новообразованіе, и сообразно съ этимъ поступать, т. е. какъ можно скорѣе удалить изъ тѣла. Точно также всѣ согласны въ необходимости немедленнаго оперативнаго вмѣшательства въ острыхъ случаяхъ разрыва съ массовымъ свободнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость, непосредственно угрожающей жизни, объективнымъ признакомъ котораго для меня, какъ я уже указалъ, служить флюктуация въ подчревной области; такъ какъ встрѣчаются случаи средняго, такъ сказать: кровоизліянія, въ которыхъ можетъ возникнуть вопросъ зависить ли тяжелое состояніе больной исключительно отъ большей потери крови, или оно причинено отчасти и шокомъ, то нѣкоторые авторы предлагаютъ, имѣя дѣло съ первымъ приступомъ кровотечения, выждать пока пройдутъ явленія шока, послѣ чего можетъ быть кровотеченіе окончательно остановится, а излившаяся кровь

начнет всасываться или инкапсулироваться. Съ такимъ предложеніемъ, по моему, можно согласиться лишь условно, а именно: во первыхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда мы не вполне увѣрены въ діагнозъ и хотимъ выиграть время для дальнѣйшаго наблюденія, а во вторыхъ, когда чисто внѣшнія случайныя условія сильно затрудняютъ скорое примѣненіе активной терапіи, какъ на примѣръ, несогласіе больной или ея окружающихъ на операцію, трудность создать обстановку для успѣшнаго выполненія операціи и т. п. Но и при такихъ условіяхъ, наша обязанность настаивать на томъ, чтобы больная была поставлена подъ наблюденіе опытнаго врача и чтобы во всякое время все было готово для радикальной помощи въ случаѣ повторенія грознаго припадка, иными словами, чтобы больная была переведена въ хорошо поставленное лечебное заведеніе. Одна изъ моихъ больныхъ повторной трубной беременностью въ день поступленія въ больницу, оправившись послѣ сравнительно небольшого кровоизліянія, на предложенную ей операцію не согласилась: когда же на второй день кровотеченіе возобновилось, то оно было такъ профузно, несмотря на немедленное оперативное вмѣшательство, больная уже не могла быть спасена и погибла на операціонномъ столѣ отъ остраго мажорквія. Другая больная, которая уже была приведена мною выше, какъ образчикъ для иллюстраціи разрушительнаго дѣйствія ворсинокъ, послѣ двухъ-недѣльнаго консервативнаго леченія въ больницу, куда она была доставлена съ рѣзко выраженной картиной разрыва плоднаго мѣшка, поправилась настолько, что кромѣ небольшой опухоли лѣвыхъ придатковъ, принятой мною за haematosalpinx, никакихъ ни субъективныхъ, ни объективных болѣзненныхъ явленій не представляла. Я поэтому уступилъ ея настоятельной просьбѣ и выписать ее во время визитаціи: но едва успѣлъ я пріѣхать домой, какъ меня къ ней вызвали экстренно, вслѣдствіе случившагося съ нею глубокаго обморока во время переодѣванія. При немедленно произведенномъ черевосѣченіи, въ брюшной полости было найдено такое огромное количество крови, о которомъ можетъ составить себѣ понятіе лишь тотъ, кто имѣлъ случай присутствовать при такого рода операціяхъ.

Послѣ всего выше изложеннаго, совпадающаго въ глав-

номъ съ тѣмъ, что было высказано по этому поводу многими авторитетными изслѣдователями занимающаго насъ вопроса, я считаю себя вправѣ выставить слѣдующія положенія: 1) если женщина въ возрастѣ половой производительности, не страдавшая прежде измѣненіями въ другихъ органахъ, могущими причинить внутреннее кровотеченіе, какъ напримѣръ, язвы желудка или кишекъ, аневризма, опухоли живота, и т. п.—внезапно заболѣла рѣзко выраженными явленіями остраго малокровія и раздраженія брюшины, съ большими или меньшими угнетеніями сердечной дѣятельности, безъ соотвѣтственнаго наружнаго кровотечения, то мы прежде всего должны думать о внутреннемъ кровоизліяніи въ брюшную полость, вслѣдствія нарушенія цѣлости внѣматочнаго около плоднаго мѣшка и согласно съ этимъ направить дальнѣйше изслѣдованіе. 2) Въ виду большой опасности, угрожающей больной въ такомъ состояніи, мы должны настоятельно ей рекомендовать подвергнуться или немедленно, или возможно скорѣе радикальной операціи. Съ одной стороны операція показана безъ малѣйшаго промедленія въ случаяхъ даже на видѣ самыхъ безнадежныхъ, мнѣ не разъ случилось оперировать успѣшно больныхъ съ едва замѣтнымъ на ощупь пульсомъ—съ другой стороны, мы, производя операцію, будемъ дѣйствовать въ интересахъ больной даже въ такихъ свѣжихъ случаяхъ разрыва, когда замѣчается склонность къ ограниченію излившейся крови, т. е. къ образованію заматочной или около трубной кровяной опухоли. И въ самомъ дѣлѣ опытъ намъ показываетъ, что кровяная опухоль съ одной стороны еще далеко не обезпечиваетъ больной отъ повторенія кровотечения; съ другой же—она, пагнаиваясь, угрожаетъ смертельнымъ воспаленіемъ брюшины, а въ лучшемъ случаѣ, благодаря крайне медленному рассасыванію свернувшейся крови, кровяная опухоль приковываетъ больную къ постели на много мѣсяцевъ, что для бѣдной, трудящейся женщины представляетъ цѣлое бѣдствіе. По Fehling'у средняя продолжительность леченія заматочной кровяной опухоли при постельномъ содержаніи продолжается 54,6 дней. Мнѣ лично извѣстны случаи гораздо большей продолжительности. Одна изъ моихъ пациентокъ, бѣдная учительница пролежала въ постели 4 мѣсяца, а двѣ другія, послѣ очень продолжительнаго выжидательнаго леченія,

въ концѣ концовъ все таки должны были подвергнуться лапаротоміи для избавленія отъ непрекращающихся маточныхъ кровотеченій, поддерживаемыхъ остатками плоднаго яйца въ фаллопиевой трубѣ. Мой радикализмъ въ леченіи вѣматочной беременности раннихъ мѣсяцевъ я, сверхъ вышеприведенныхъ соображеній, указывающихъ, что надъ каждой больной съ неудаленнымъ продуктомъ эктопической беременности виситъ Дамокловъ мечъ, главнымъ образомъ еще основываю на сравнительно невысокомъ процентѣ смертности, послѣ радикальной операціи этой аномаліи. Послѣдняя большая статистика Берлинской клиники Olshausen'a отъ 1903 года (Seidel inaug. Dissertat). показываетъ, что изъ 90 оперированныхъ при свободномъ кровоизліяніи въ брюшную полость, умерло 13—14 процента. Изъ этихъ 13-ти 6 умерло отъ острой анеміи, значить, отъ слишкомъ большой потери крови, послѣдовавшей до операціи, 2—отъ новой потери крови во время самой операціи или послѣ нея, что могло быть предотвращено, одна умерла отъ Пeus'a 4—отъ перитонита. Приблизительно такія же цифры приводятъ и другія статистики съ большимъ числомъ наблюдений. Изъ 43-хъ мною оперированныхъ въ состояніи остраго коляпса, умерло 6, въ томъ числѣ двое въ частной практикѣ при обстановкѣ, далеко не идеальной. Изъ общаго числа умершихъ—умерли: двѣ отъ остраго малокровія, достигшаго крайней степени до операціи, которыхъ, слѣдовательно, операція уже спасти не могла, одна, уже упомянутая мною выше, отъ урэміи, слѣдовательно, тоже не въ связи съ операціей, одна на 6-ой день послѣ операціи (при вскрытіи причина смерти осталось невыясненной) и 2—отъ септического перитонита. Но если даже всю цифру смертности поставить въ счетъ оперативному вмѣшательству, то и тогда ее нужно признать весьма умѣренной, сопоставляя ее съ тѣмъ отчаяннымъ положеніемъ, въ которомъ большинство оперированныхъ попадало на операціонный столъ.

Операція состоитъ въ чревосѣченіи, отысканіи кровоточащей трубы, отщемленіи ея клямомъ, отсѣченіи, если возможно, безъ яичника выше мѣста ущемленія и тщательной перевязкѣ сосудовъ подъ ними. Этотъ брюшной методъ операціи, какъ скоро и удобоисполнимый, практикуется большинствомъ клиницистовъ и только небольшое число

ихъ (Dührssen, Orthmann, Strassman и Оттъ.) предпочитаетъ влагалищный способъ, что, по всей вѣроятности, можно объяснить тѣмъ, что эти гинекологи, культивируя съ особенной любовью влагалищную келотомію, вообще приобрѣли особенный опытъ и сноровку въ ея выполненіи. Относительно вопроса, какъ поступить съ массой крови, наполняющей тазовую и брюшную полость, мнѣнія расходятся. Одни совѣтуютъ оставить всю кровь съ цѣлью сэкономить ее для обезкровленнаго организма; другіе же, въ томъ числѣ и Werth, опасаясь, съ одной стороны, ядовитаго дѣйствія отъ всасыванія такого большаго количества мертвой, хотя и асептической крови, а, съ другой, видя въ ней одно изъ благопріятнѣйшихъ питательныхъ средствъ для микроорганизмовъ въ случаѣ инфекціи, требуютъ ея полнаго удаленія. Я прежде придерживался послѣдняго требованія и удалялъ по возможности всю кровь; но, убѣдившись насколько это трудно выполнимо, какъ грубо и сильно при этомъ мльтретируется брюшина и сколько лишняго времени приходится изъ за этого держать еле живыхъ больныхъ съ открытой брюшиной—я послѣдніе три года удаляю только попадающіеся на пути сгустки крови и, не заботясь больше о томъ, много ли или мало остается крови въ брюшной полости, закрываю ее на глухо. Результаты мои съ тѣхъ поръ во всякомъ случаѣ не стали хуже. Оперирую я въ крутомъ Тренделенбургскомъ положеніи. Это положеніе, помимо значительнаго удобства при оперированіи въ глубинѣ таза, въ нашихъ случаяхъ представляетъ собою самый интенсивный способъ аутотрансфузіи. Всѣ мои операціи произведены подъ хлороформнымъ наркозомъ, обыкновенно скоро наступающимъ и легко протекающимъ у обезкровленныхъ больныхъ. Ни въ одномъ изъ моихъ случаевъ я отъ наркоза никакого вреда не замѣтилъ, а во многихъ случаяхъ даже можно было констатировать улучшеніе качества пульса подъ влияніемъ наркоза, что объясняется его благопріятнымъ дѣйствіемъ на шокъ. Въ такомъ же смыслѣ нужно истолковать и значеніе подкожнаго впрыскиванія морфія gr. $\frac{1}{4}$, которое я считаю первымъ обязательнымъ для врача дѣломъ, которое онъ долженъ выполнить, являясь къ больной съ свѣжимъ кровоизліаніемъ въ брюшную полость. Морфій сразу уменьшаетъ раздраженіе брюшины и зависящія отъ него

рвоты, успокаиваетъ страданіе больной, гипереміруетъ мозгъ и всѣмъ этимъ комбинированнымъ дѣйствіемъ своимъ, въ значительной мѣрѣ сохраняетъ силы больной. Если къ этому еще прибавить согрѣваніе больной прикладываніемъ мѣшка съ горячей водой къ головѣ и грѣлокъ къ ногамъ и умѣреннаго употребленія теплаго питья, то это все, что мы можемъ примѣнять рационально полезнаго до операціи. Но за то строго противопоказано употребленіе возбуждающихъ, будь то въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, или вливанія физиологическаго раствора подъ кожу или въ rectum, и это на томъ основаніи, что пока кровоточащіе сосуды не закрыты, все что увеличиваетъ *vis a tergo* сердца должно въ то время усилить кровотеченіе. Благодарное поле для употребленія возбуждающихъ въ зависимости отъ состояніи пульса, открывается лишь во время самой операціи послѣ закрытія источника кровотеченія, или въ первый день послѣ операціоннаго періода. На 2-ой же день больная обыкновенно на столько уже оправилась, что ни въ какихъ искусственно возбуждающихъ средствахъ болѣе не нуждается. Остается еще сказать нѣсколько словъ о транспортировкѣ больныхъ. Само собою разумѣется, что выполнить эту операцію согласно современнымъ требованіямъ возможно только въ лечебномъ заведеніи, но отнюдь не при домашней обстановкѣ, поэтому, разъ мы рѣшаемъ, что случай требуетъ оперативнаго вмѣшательства, то необходимо распорядиться переноской больныхъ въ такое заведеніе, но при этомъ невольно является сомнѣніе, не усилятся ли кровотеченіе подъ вліяніемъ сотрясенія, сопряженнаго съ такой транспортировкой. Отвѣтъ на это намъ даетъ опытъ. Многія мои больныя были доставлены въ больницу далеко не удобнымъ способомъ, и тѣмъ не менѣе прибыли еще операціеспособными. Во всякомъ случаѣ, если представляется выборъ между рискомъ передвиженія больной и рискомъ оперированія внѣ больничной обстановки, то слѣдуетъ отдать предпочтеніе первому. Тамъ, гдѣ мы сами распоряжаемся перемѣщеніемъ больной, мы должны настаивать на переноску въ ручныхъ носилкахъ, а если это по дальности разстоянія невозможно, то всего безопаснѣе перевозить ее на постели, устроенной въ экипажѣ на шинахъ, какъ я это дѣлалъ неоднократно.

Въ заключеніе приведу нѣкоторыя цифровыя данныя изъ моего матеріала. У меня въ больницы (за послѣдніе 15 лѣтъ оперировались всего 48, въ частной практикѣ 3. По годамъ это число распредѣляется слѣдующимъ образомъ, отъ 1892-го до 1900-го—4, за 1900 годъ—4, за 1901 годъ—6: за 1902 годъ—7, за 1903 годъ—4, за 1904 годъ—7, за 1905 годъ—8, за 1906 годъ—6, за 1907 годъ—2. Изъ оперированныхъ въ больницы 8 были съ заматочной кровяной опухолью. Между послѣдними въ 6-ти случаяхъ произведена задняя кольпотомія т. е. вскрытіе кровянаго мѣшка черезъ задній сводъ съ послѣдующимъ дренированіемъ, а въ двухъ—чревосѣченіе. Остающіяся же 43 всѣ подвергались чревосѣченію. Изъ нихъ умерло 6—14 процентовъ (въ томъ числѣ 2 изъ частной практики). О причинахъ смерти я уже говорилъ въ докладѣ. Трубныхъ беременностей 50. Одна, въ зачаточномъ роуѣ двурогой матки, замѣчательна еще тѣмъ, что въ немъ оказались двойни. Хотя, строго говоря, эта форма не должна считаться внѣматочной беременностью, но клинически она протекаетъ также, какъ и трубная, также часто подвергается разрыву, но обыкновенно въ болѣе позднемъ періодѣ беременности. Въ одномъ случаѣ отмѣчена *graviditas tubo-ovarialis*, а въ одномъ плодовмѣстилищемъ служила прибавочная труба. Эта аномалія между прочимъ тоже считается однимъ изъ этиологическихъ моментовъ трубной беременности. Относительно вліянія предшествовавшихъ воспалительныхъ измѣненій, не могу сказать ничего положительнаго, хотя таковыя были найдены въ большинствѣ моихъ случаевъ такъ какъ безъ детальнаго микроскопическаго изслѣдованія невозможно рѣшить, представляютъ ли эти измѣненія причину или результатъ беременности. Съ другой же стороны обращаютъ на себя вниманіе 2 больныхъ изъ коихъ одна ко времени разрыва трубы была всего 2½ мѣсяца замужемъ, а другая, вышедшая замужъ 22-го августа 1892 г., уже къ концу сентября имѣла первые субъективные симптомы беременности, когда слѣдовательно трудно было ожидать такихъ стойкихъ измѣненій въ придаткахъ матки, которыя бы могли воспрепятствовать правильному передвиженію яичка. Интересно еще отмѣтить, что въ трехъ случаяхъ мною наблюдалась повторная трубная беременность въ другой трубѣ—изъ нихъ одна была оперирована оба раза мною

же. Рецидивы внѣматочной беременности, и именно въ другой, не бывшей беременной, трубѣ, далеко нерѣдки. Wertheim (Centralbl. f. Gyn. 1905, № 2) считаетъ 7—8 рецидивовъ на 120 случаевъ, Küstler—5 рецидивовъ на 116 оперированныхъ имъ случаевъ, Dührssen—2 рецидива на 37, и Kuppenheim—3 на 45.

Описаны также случаи рецидива беременности въ одной и той же трубѣ—явленіе, которое должно служить предостереженіемъ противъ гиперконсервативныхъ приемовъ состоящихъ въ томъ, что послѣ аборта труба выскабливается и оставляется намѣстѣ или что при MoJa tub. дѣлается разрѣзъ трубы, удаленіе заноса и зашивание разрѣза.



Къ леченію нервныхъ формъ сифилиса.

Сообщилъ Д-ръ Е. С. Главче.

Недавно мнѣ пришлось наблюдать, скажу больше,—пережить длительное развитіе, теченіе и исходъ въ выздоровленіе одного случая пораженія нервной системы сифилисомъ.

Принято думать, (и часто оно такъ и бываетъ), что лишь цѣлый рядъ однородныхъ наблюденій даетъ право на общіе выводы и обогащаетъ насъ положеніями, приближающимися къ законамѣрнымъ. Однако, можно смѣло сказать, что случай, о которомъ я говорю, хотя и не выдающійся казуистически, тѣмъ не менѣе—по множеству характерныхъ особенностей—представляетъ интересъ исключительный. Онъ подтверждаетъ, иллюстрируетъ и доказываетъ много отвлеченныхъ и практическихъ взглядовъ на теченіе и леченіе сифилиса.

Я позволю себѣ поэтому вкратцѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ не упуская въ высшей степени интересныхъ деталей, ознакомить высокочтимое собраніе съ этой замѣчательной исторіей болѣзни.

Больной *П. К. III.*—товарищъ прокурора, холостъ, 34 л
Анамнезъ семейный. Мать жива, болѣзненная старушка за 60 лѣтъ. Отецъ умеръ отъ острой болѣзни. Старшій братъ долгое время страдалъ сифилитическимъ мѣло-менингитомъ и поправился въ настоящее время совершенно. Дѣдъ умеръ отъ бульбарнаго паралича. Въ семьѣ матери и среди братьевъ больного странности и чудачества.

Анамнезъ личный. Всегда до сихъ поръ пользовался хорошимъ здоровьемъ; велъ жизнь умѣренную, никогда не пилъ; много курить; иногда предавался половымъ эксцесамъ. Самъ онъ уроженецъ юга Россіи. Служилъ послѣдніе годы на крайнемъ сѣверѣ и очень много умственно работалъ. Онъ высокъ ростомъ, съ черепомъ долихоцефала,

костный скелетъ правильный, питанія былъ всегда умѣреннаго. Заразился онъ сифилисомъ половымъ путемъ лѣтомъ 1903 г. и тогда же продѣлалъ первое ртутное лѣченіе инъекціями. Зимой 1903—1904 г. сильнѣйшія головныя боли, мучившія больного особенно по ночамъ.

Въ концѣ марта 1904 года лѣвосторонній гемипарезъ, прошедшій черезъ 3 дня. Сейчасъ же при этомъ было возобновлено ртутное лѣченіе и сдѣлано 20 втираній.

Потомъ по совѣту петербургскаго врача-спеціалиста больной поѣхалъ въ деревню на югъ и сталъ пить КІ въ небольшихъ дозахъ. Головныя боли возобновились; въ это же время окружающіе стали замѣчать, что онъ волочить слегка лѣвую ногу. Въ концѣ іюня началъ засыпать, сидя въ обществѣ, и иногда заговариваться.

Въ двадцатыхъ числахъ іюля былъ въ сопровожденіи врача привезенъ въ Одессу, причемъ оказался въ состояніи самъ, правда опираясь на проводника, подняться по лѣстницѣ; сознавалъ окружающее, но чувствовалъ слабость и головную боль.

Назначены были втиранія по 3,0 въ день ежедневно.

Я видѣлъ больного въ первый разъ въ послѣднихъ числахъ іюля 1904 года.

Онъ лежалъ пластомъ, неподвижно, не въ состояніи былъ встать сѣсть, повернуться, передвинуться. Однѣ руки двигались во всѣхъ суставахъ произвольно и правильно, только сила движенія была понижена до крайности.

Больной не говорилъ, постоянно засыпалъ, при прикосновеніи къ головѣ и затылку сильно стоналъ. Онъ узнавалъ, однако, *иногда* окружающихъ, и меня также—своего стараго пріятеля, видѣвшаго его впервые послѣ долготѣшняго перерыва. Онъ мочился подъ себя, страдалъ запорами. На крестцѣ начинались пролежни. Больной не могъ жевать и ѣсть, и только глоталъ черезъ трубочку молоко, причемъ очень часто закашливался и поперхивался.

Съ этого же времени появилось и повышеніе t° , начавшееся первое время съ вечернихъ колебаній до 37,5 и дошедшее въ четыре, пять дней до 39,0 съ десятыми по вечерамъ и 37,2—37,4 по утрамъ. Потовъ не было. Пульсъ 120. Лучевая артерія прощупывается плотнымъ канатикомъ. На артеріи ничего нѣтъ, кромѣ одного небольшого рубца

на правой голени, повидимому послѣ бывшей здѣсь эктимы. Въ мочѣ норма. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ сзади влажные хрипы и притупленіе. Зрѣніе и слухъ въ порядкѣ.

Въ мышцахъ конечностей и туловища нигдѣ нельзя было найти полнаго паралича. Несомнѣнно, однакоже, вездѣ имѣла мѣсто рѣзко выраженная слабость мускулатуры (астенія), въ силу чего вся сумма доступныхъ больному движеній ограничивалось только легкимъ поднятіемъ рукъ и крайне вялой мимикой лица.

Чувствительность кожная нигдѣ не измѣнена. Есть нѣкоторая ригидность затылка; сильная боль тутъ ощущается особенно при попыткахъ поднять больному голову.

Тогда же начали развиваться довольно глубокіе пролежни по внутренней сторонѣ обеихъ ушей.

Больной къ этому времени чрезвычайно исхудаль — оставались буквально кожа и кости.

Тогда же были назначены втиранія изъ 8,0 pro die. Сеансы 2 раза въ день по 4,0 за разъ. Втирать до суха минутъ 40 опытной рукой массера. Также давался К I внутрь по 5,0—6,0 въ день. Было обращено особенное вниманіе на питаніе и больной проглатывалъ черезъ трубочку около двѣнадцати стакановъ молока. Другой пищи, не жидкой, онъ принимать не могъ, и ту ему вливали черезъ горлышко небольшого чайника прямо въ ротъ.

Къ концу слѣдующихъ десяти дней произошло небольшое улучшеніе — больной сталъ лучше глотать, не закашливался во время ѣды.

Лихорадка было прошла совсѣмъ, но потомъ стала опять колебаться и на третій день вновь дошла до 38,5.

Тогда назначены были ртутные инъекціи, при чемъ вводилось два раза въ недѣлю 0,05 металлической ртути въ видѣ 1,0—10% эмульсіи салициловой ртути въ жидкомъ стерилизованномъ парафинѣ. Такихъ впрыскиваній сдѣлано было за 1 мѣсяць и 10 дней — 12 съ половины Августа и до конца Сентября. Въ то же время ежедневно давалось 5,0—6,0 ІК и больной выпивалъ двѣнадцать стакановъ молока. Только къ концу перваго курса леченія впрыскиваніями больной началъ понемногу ѣсть другую пищу и смогъ, наконецъ, питаться количественно и качественно, какъ здоровый человѣкъ.

Головныя боли прошли приблизительно недѣли черезъ двѣ послѣ начала курса инъекцій и не возобновлялись до сихъ поръ. Температура дѣлала попытку подниматься еще два раза на протяженіи этихъ полутора мѣсяцевъ, всякій разъ начинаясь двухдневными колебаніями, къ вечеру до 37,4 и потомъ достигая своего апогея въ 38,5—38,9, держалась такъ дня два, три и опять возвращалась къ нормѣ.

Ислѣдованіе внутреннихъ органовъ, предпринимавшееся въ это время, не давало никакого объясненія для этихъ экзакербацій.

Съ начала Октября температура оставалась все время нормальной и не повысилась ни разу.

Съ начала Августа начались сильныя боли въ лѣвой ногѣ, особенно въ суставѣ колѣнномъ и бедренномъ при пассивныхъ движеніяхъ. Конечность эта оставалось все время сведенной подъ острымъ угломъ и попытки разогнуть ее *быстро* всегда встрѣчали сильное сопротивленіе и вызывали острые боли. Впослѣдствіи массажемъ удавалось почти разогнуть конечность, но сейчасъ же послѣ окончанія сеанса больной „собиралъ“ свою ногу и образовывалъ подъ колѣномъ острый уголъ. Съ каждымъ мѣсяцемъ, однако, этотъ дефектъ становился все меньше.

Сведеніе затылка во время перваго курса прекратилось, больной сталъ вертѣть, хотя съ трудомъ, головой во всѣ стороны и къ этому же времени очень быстро зажили пролежни ушей.

Понемного вернулась рѣчь и очень постепенно стала исчезать спутанность сознанія. Однако членораздѣльность рѣчи и отчетливость дикціи остались неясными вслѣдствіи легкаго пареза языка и отклоненія его при высываніи вправо, что впрочемъ при усилии ему удавалось почти сгладить.

Медленно, но непрерывно возстановлялась мышечная сила всего тѣла, больше верхнихъ конечностей, меньше туловища и еще меньше нижнихъ конечностей.

Держать въ рукахъ обѣденныя принадлежности стало возможнымъ очень скоро, но приподымать туловище съ кровати и переворачиваться безъ посторонней помощи удалось только въ концѣ Декабря.

Тогда же или немного позже онъ получилъ возможность поддерживать тяжесть своего туловища и сидѣть въ креслѣ. Еще мѣсяць спустя онъ могъ самъ подняться и сѣсть, и еще черезъ нѣсколько недѣль оказался въ состояніи переходить съ кровати въ кресло и обратно.

Въ концѣ Марта онъ могъ съ помощью палки стоять и, опираясь сильно на кого либо, сдѣлать нѣсколько шаговъ по комнатѣ.

Послѣднимъ движеніямъ сильно мѣшала полусведенная лѣвая нога. Клонусъ стопы, какъ было упомянуто выше, здѣсь былъ всегда повышенъ. Замѣчавшаяся тутъ же сначала заболѣванія легкая атрофія мышцъ уже къ Январю 1905 г. сгладилась. Больной, вполнѣ владѣя умственными способностями (что тоже возобновлялось очень и очень постепенно), письмомъ, рѣчью (осталась лишь легкая неясность ея), безъ болей и страданій былъ въ состояніи выѣхать въ деревню для пользованія живительной природой и продолженія лѣченія. Оно же, кромѣ сказаннаго, заключалось въ слѣдующемъ. Въ послѣднихъ числахъ Ноября было возобновлено ртутное лѣченіе и опять въ продолженіи 5 недѣль сдѣлано 12 инъекцій того же средства. Такой же курсъ былъ повторенъ въ Мартѣ.

Приемы ртути переносились превосходно, безъ боли. Десны ни разу не воспалялись и не заболѣвали, и питаніе больного уже къ новому году стало прекраснымъ и оставалось такимъ же все время.

Съ тѣхъ поръ прошло около двухъ лѣтъ. Въ Маѣ 1905 г. больной нашъ вступилъ въ исполненіе своихъ прокурорскихъ обязанностей и до сихъ поръ исполняетъ ихъ безпрепятственно. Судя по извѣстіямъ, доходящимъ ко мнѣ о немъ, онъ вполнѣ здоровъ.

~~~~~

Передавъ главные моменты изъ исторіи болѣзни этого больного постараюсь выяснитъ, какова была здѣсь этиологія заболѣванія нервной системы? Какія части послѣдней были поражены? Какъ сильно было это болѣзненное измѣненіе? Наконецъ, какую роль сыграло леченіе и—именно—*форма его*—введеніе ртути въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній?



Намъ кажется, можно съ увѣренностью сказать, что нервная система была здѣсь поражена именно сифилисомъ и тутъ не было какого либо другого патологическаго процесса.

Сильныя головныя боли, обостряющіяся къ ночи, наступаютъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія сифилисомъ; немного спустя присоединяется лѣвосторонній гемипарезъ, появившійся у молодого человѣка 34 лѣтъ безъ порока сердца и не алкоголика. Затѣмъ развивается сложное сочетаніе нервныхъ симптомовъ—головныя боли, спутанность сознанія, мышечная слабость, недержаніе мочи и затрудненное глотаніе. Все это постепенно поддается обратному развитію, но лишь съ момента установленія энергичнаго ртутнаго лѣченія. Тогда же вновь выступаютъ явленія гемипареза—сведеніе ноги и невозможность ею двигать; неясность рѣчи, отклоненіе языка.

Все это очевидно тѣсно связано съ первоначальнымъ заболѣваніемъ, исходитъ отъ сифилиса.

Не противорѣчитъ этому также и наблюдавшаяся здѣсь довольно продолжительное время лихорадка со всѣми ея колебаніями.

Какъ было уже упомянуто—изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не могло ни разу открыть какого либо скрытаго фокуса, который бы своимъ патологическимъ присутствіемъ объяснилъ бы эти повышенія температуры.

Съ другой стороны, при сифилисѣ внутреннихъ органовъ была не разъ описана лихорадка и—въ дѣйствительности—не такъ ужъ рѣдко она здѣсь наблюдается.

Въ частности, при сифилитическихъ пораженіяхъ нервной системы описываются именно такія неопредѣленныя по типу тепловыя экзацербации, которыя, просуществовавъ нѣсколько дней, исчезаютъ, чтобы вновь появиться такъ же непредвидѣнно, какъ и первый разъ и также неопредѣленно долгое время держаться.

Но въ большинствѣ учебниковъ по невропатологіи говорится, что высота кривой въ такихъ случаяхъ не идетъ выше 38°, здѣсь же мы имѣли лихорадку до 39,5 или около этого.

Что именно необходимо связать лихорадку съ основнымъ болѣзненнымъ процессомъ и его расположеніемъ въ мозгу, можно ясно вывести и изъ того еще, что температура пала одновременно съ ослабленіемъ другихъ нервныхъ симптомовъ; и случилось это подъ вліяніемъ энергичнаго ртутнаго леченія. Потомъ съ этой стороны непорядковъ больше не было.

Итакъ, *сифилисъ* въ данномъ случаѣ поразилъ нервную систему. Но съ какой именно локализацией?

Головныя боли указываютъ на заболѣваніе мозговыхъ оболочекъ; лѣвосторонній гемипарезъ—на фокусное расположеніе пораженія въ правомъ полушаріи; спутанность сознанія—на то, что затронута мозговая кора; разстройство рѣчи съ слегка гнусавымъ отгѣнкомъ, (что свидѣтельствуетъ о плохой работѣ небной занавѣски), безъ потери письма и чтенія, говоритъ какъ бы за захватъ продолговатаго мозга, а общая слабость, астенія, парезъ мышцъ туловища, недержаніе мочи—за заболѣваніе уже спиннаго мозга.

Ясно, что патологическій процессъ тутъ очень разлитой, разсѣянный, захватываетъ очень многіе и очень разнообразныя участки нервной ткани, но поражаетъ ихъ диффузно, безъ рѣзко очерченныхъ границъ и фокусовъ.

Всѣ эти симптомы выступаютъ одновременно, непосредственно и чередуются безъ всякой правильности.

Такая именно картина наблюдается при разлитомъ склерозѣ сосудовъ кровеносныхъ и ихъ стѣнокъ сифилитическаго происхожденія.

Мы имѣемъ, значитъ, *сифилитическій артеріитъ* и, вѣроятно, также *сифилитическое пораженіе вѣнь по всей центральной нервной системѣ*.

Если вообще всякое пораженіе нервной системы при сифилисѣ представляетъ опасное и серьезное осложненіе болѣзни, то выраженное съ такой силой, какъ у нашего больнаго, оно непосредственно и неминуемо угрожало самой жизни.

Больной, лишенный почти всѣхъ своихъ жизненныхъ функций—неспособный двигаться, мыслить, говорить, ѣсть и глотать даже—продолжалъ еще существовать и жилъ растительной жизнью, но и тутъ замѣчался тотъ же упадокъ дѣятельности, и *чувствовалось уже приближеніе конца.*

Очевидно, что пораженіе нервной системы, достигшее такихъ размѣровъ, осложненное сильной лихорадкой, при крайне плохомъ питаніи—могло вызвать только самую пессимистическую прогностику не только въ смыслъ возможности болѣе или менѣе полного выздоровленія, но даже и для самой жизни больного.

Въ этомъ смыслѣ высказывались всѣ врачи, посѣщавшіе больного, среди нихъ пазову многоуважаемаго *С. С. Налбандова*, которому выражаю сердечную благодарность, какъ за высоко-компетентную помощь, которую онъ—по моей просьбѣ—оказывалъ больному, такъ и за совѣты спеціалиста—невропатолога, которыя онъ мнѣ давалъ при составленіи этой работы.

Извѣстно, конечно, что предсказаніе при сифилисѣ нервной системы мало измѣняется даже въ зависимости отъ ртутнаго леченія, хотя бы и энергичнаго, если только оно не захватываетъ процесса въ самомъ началѣ его развитія.

Какъ объясненіе этого факта приводится то положеніе, что организованныя клѣтки нервной ткани, разъ погибнувъ, неспособны къ возрожденію, и замѣняются индифферентной соединительной тканью. Послѣдствіемъ этого является выпаденіе и исчезновеніе разныхъ высокихъ жизненныхъ функций, длительная инвалидность, а иногда и смерть больныхъ. Такъ мы постоянно видимъ вокругъ себя неизгладимыя послѣдствія мозговыхъ специфическихъ инсультовъ, мѣлитовъ сифилитическихъ и менингитовъ.

Случается иногда, конечно, что специфическое леченіе въ такихъ случаяхъ было назначено слишкомъ поздно, и въ началѣ—во время остраго развитія процесса—истинная природа его была нераспознана; но очень часто противосифилитическая терапія, устанавливаемая даже съ самаго начала болѣзни все таки не даетъ полного выздоровленія и не можетъ помѣшать превращенію больныхъ въ калѣкъ.

Такъ въ бытность мою студентомъ Московскаго Университета нашъ незабвенный учитель, проф. *А. Я. Кожев-*

*никовъ* показалъ нашему курсу 18 случаевъ сифилитическаго трансверзальнаго мѣлита самыхъ разнообразныхъ формъ, сроковъ давности и силы леченія. Всѣ они не были окончательно излечены и оставили у своихъ носителей неизгладимые слѣды весьма разнообразныя по силѣ и характеру.

Поэтому именно и ставится столь плохое предсказаніе при одной лишь наличности органическаго сифилитическаго пораженія нервной системы.

Чѣмъ же лѣчатъ эти заболѣванія? Іодомъ и ртутью.

Іодистыя соли несомнѣнно оказываютъ очень часто при сифилисѣ настоящія терапевтическія чудеса, особенно при гуммозныхъ пораженіяхъ. Въ центральной нервной системѣ его терапевтическій эффектъ проявляется не такъ рѣзко, да и кромѣ того нерѣдко специфическія измѣненія тутъ развиваются въ самомъ началѣ заболѣванія сифилисомъ наряду и одновременно съ другими болѣзненными проявленіями несомнѣнно ранняго вторичнаго характера — сыпями разлитыми и поверхностными, пораженіями железъ, слизистой и т. д.

Тутъ врядъ ли можетъ быть очень дѣйствителенъ іодъ. Да и кромѣ того по общепринятому мнѣнію іодъ лишь устраняетъ явленія болѣзни, а только ртуть можетъ съ ней самой бороться радикально.

Вотъ почему за послѣдніе два года въ журналѣ „*Syphilis*“, нынѣ прекратившемся за смертью его редактора д-ра *Barthelemy*, появился своего рода опросъ-enquête — сводъ авторитетныхъ мнѣній различныхъ сифилидологовъ о ненужности іода при специфическомъ леченіи сифилиса.

Конечно, это лишь одностороннее увлеченіе и іодистыя соли, добытыя химически впервые Бертолэ, примѣненныя терапевтически въ началѣ 40-хъ годовъ прошлаго вѣка *Wallace*'омъ, очень часто бываютъ незамѣнимы и при сифилисѣ порой творять настоящія чудеса.

Можно высказать объ іодѣ и сифилисѣ такой практической афоризмъ: „все, что болитъ и гноится, при сифилисѣ — требуетъ іода“.

А боль есть неизмѣнный спутникъ всякихъ сифилитическихъ пораженій нервной системы.

Ртуть — по установившейся весьма прочно традиціи — примѣняется при сифилисѣ нервной системы въ видѣ втираній.

Фрикціи есть одинъ изъ самыхъ старыхъ методовъ леченія этой болѣзни.

Долгое время—благодаря чудовищнымъ чрезмѣрностямъ саливаторовъ—онѣ пользовались плохой и опасной репутациею. Но со временъ *Sigmund'a* очистившаго ихъ отъ излишествъ и поставившаго на вполне гигиеническую, такъ, сказать, ногу (провѣтриваніе палаты, туалетъ полости рта, умѣренная дозировка, умѣлый массажъ, контроль, продолжительности леченія хорошимъ, а не плохимъ самочувствіемъ, какъ прежде) они стали универсальными, Добрыхъ двѣ трети половины прошлаго столѣтія втиранія были любимымъ и популярнымъ строго научнымъ методомъ леченія.

Правда, появившіяся въ шестидесятыхъ годахъ съ легкой руки *Scarenzio* подкожныя инъекціи ртути быстро отвоевали себѣ господствующее положеніе. Но, страннымъ образомъ, въ то время, какъ фрикціи уступили поле дѣятельности шприцу въ области сифилиса кожи и полости рта, въ *наружномъ сифилисѣ*, они же остались неоспоримыми и незыблемыми при *сифилисѣ внутреннемъ*, такъ сказать, и особенно при специфическихъ пораженіяхъ нервной системы.

Возьмите любой учебникъ по невропатологіи или сифилидологіи, спросите кого угодно изъ представителей-практиковъ этихъ двухъ специальностей—Вы прочтете и услышите, что при сифилисѣ нервной системы должно и необходимо дѣлать ртутныя втиранія и только втиранія.

Между тѣмъ, каковы преимущества втираній или, даже меньше того, свойства ихъ?

До сихъ поръ фармакологи и сифилидологи не могутъ рѣшить точно и опытно, проходитъ ли ртуть въ видѣ мази черезъ неповрежденную кожу? Большинство изъ нихъ склоняется къ тому, что главное цѣлебное дѣйствіе заключается въ вдыханіи невидимыхъ паровъ тяжелаго металла. Между тѣмъ методъ леченія вдыханіемъ испареній ртути (*Welande'овскія мѣшки*) считается всѣми—кромѣ, кажется, его автора—леченіемъ недостаточнымъ, малодѣйствительнымъ, въ лучшемъ случаѣ способномъ играть роль вспомогательнаго терапевтическаго фактора при другихъ болѣе сильныхъ способахъ введенія ртути въ организмъ.

Нѣсколько лѣтъ назадъ проф. *Ehrmann* въ Вѣнѣ показывалъ больного, у котораго послѣ 30 фрикцій сыпь

сифилитическая нисколько не измѣнилась. Предпринятое— для выясненія сути дѣла—исслѣдованіе ртути въ мочѣ показало ея полное тутъ отсутствіе.

Это говоритъ, конечно, за неточность и произвольность самаго метода леченія,

Въ особенности это вѣрно, если вспомнить, какъ неодинаково—по времени, силѣ и аккуратности—производятся сеансы втираній, только изрѣдка поручаемые мастерамъ, не всегда опытнымъ, а чаще всего производимые самими больными въ отсутствіе врача.

„Но—могутъ возразить съ полнымъ правомъ многіе—методъ втираній—при условіи его правильнаго примѣненія—вседаки давалъ и даетъ прекрасные результаты при леченіи сифилиса. Практически мы должны считаться съ этимъ фактомъ цѣлебнаго дѣйствія; его не могутъ колебать противорѣчія теоріи.

Почему-же не примѣнять этотъ—столько столѣтій испытанный—способъ при лѣченіи также и сифилиса нервной системы?“

А вотъ почему.—Втиранія всегда начинаютъ дѣйствовать на явленія сифилиса не сразу, а только черезъ нѣсколько времени, по крайней мѣрѣ недѣлю, а иногда и десять дней, т. е. гораздо позже, чѣмъ при инъекціяхъ. Въ этомъ всегда можно убѣдиться, если въ больничныхъ палатахъ лечить однородныя морфологическія формы кожного сифилиса втираніями и впрыскиваніями ртути.

При введеніи подъ кожу растворимой сулемы сыпь начинаетъ блѣднѣть иногда уже на третій день и, во всякомъ случаѣ, черезъ недѣлю высыпаніе, такъ сказать, вполне отцвѣтаетъ; при внутримышечныхъ впрыскиваніяхъ нерастворимой салициловой ртути наблюдается тоже, только начало терапевтическаго эффекта проявляется на два—три дня позже. Не то при втираніяхъ: только послѣ 10 фрикцій можно ожидать болѣе или менѣе замѣтнаго цѣлебнаго результата и только тогда сыпь блѣднѣетъ и начинаетъ исчезать.

Перенесемъ тотъ же критерій быстроты дѣйствія ртути и на нервную систему и вспомнимъ кромѣ того, что цѣлебный металлъ этотъ количественно распредѣляется по тканямъ *неравномерно* и что *меньше всего онъ отличается*

именно въ *центральной нервной системѣ*.

Мы должны, значить, считаться тутъ съ фактомъ, что при методѣ втираній, даже примѣненномъ *lege artis*, можно рассчитывать на терапевтическій результатъ, т. е. на начало побѣды лѣкарства надъ болѣзью и вызванной ею реакціей въ организмъ, — не раньше, чѣмъ черезъ двѣ недѣли послѣ установленія ртутнаго леченія.

Между тѣмъ мы знаемъ, что при леченіи сифилитическихъ пораженій нервной системы время намъ очень дорого: инсультъ мозговой и послѣдующіе парезы и параличи иногда развиваются съ огромной быстротой на нашихъ глазахъ въ день, иногда нѣсколько часовъ и даже меньше. Порой дальнѣйшее наростаніе явленій послѣ этого еще продолжается и влечетъ за собой выпаденіе важнѣйшихъ жизненныхъ функцій, нерѣдко приходится намъ врачамъ присутствовать при этомъ быстромъ захватѣ того или другого участка нервной ткани или полного его разрушенія. И что хуже всего въ такихъ случаяхъ мы лишены возможности чѣмъ нибудь помѣшать стремительному дѣйствию болѣзни: наши лѣкарства—ртуть и іодъ не могутъ моментально начать дѣйствовать.

Чтобы не ходить далеко за примѣромъ, возьмемъ нашъ сегодняшній случай—въ 20 числахъ Іюля больной заговаривающійся, съ головными болями и общей слабостью пріѣхалъ въ Одессу изъ деревни и самостоятельно поднялся по лѣстницѣ, только поддерживаемый своими спутниками. Въ это время онъ всѣхъ еще узнавалъ и свободно говорилъ. Въ концѣ Іюля, т. е. меньше чѣмъ черезъ дней я нашель *безжизненный пластъ*, не издающій не звука, не глотающій и лишенный возможности сдѣлать какое либо произвольное движеніе, кромѣ слабаго перебирания пальцами рукъ.

Тамъ, гдѣ нѣсколько дней приносятъ такое значительное ухудшеніе, производятъ столь полное разрушеніе и нарушеніе важныхъ жизненныхъ функцій—тамъ, понятно возможность получить лечебное и цѣлебное воздѣйствіе *нѣсколько днями раньше очень важна*.

Прибавьте къ этому, что заболѣваетъ нервная система подъ вліяніемъ сифилиса очень быстро, но возстановленіе ея къ нормѣ, поправленіе, выздоровленіе идетъ очень и очень медленно. То, что пришло въ разстройство въ недѣ-

лю не можетъ оправиться и сдѣлаться здоровымъ долгіе мѣсяцы.

Мы видимъ это тоже на нашемъ больномъ: ухудшеніе развившееся въ короткій промежутокъ одной недѣли, потребовало для своего обратнаго развитія, исчезновенія, и то не полнаго, *около 8 мѣсяцевъ* и въ довершеніи всего намъ приходится эту безконечную медленность выздоровленія считать необыкновенной удачей, цѣлебнымъ, если хотите, счастьемъ!

Изъ этого слѣдуетъ, что сифились нервной системы необходимо лечить *быстро, немедленно и стремительно*. Выигрышъ въ нѣсколько дней въ началѣ терапевтическаго воздѣйствія при методѣ инъекцій ртути имѣетъ—слѣдовательно огромное значеніе.

Ртуть, повторяю, поглощается тканями избирательно и меньше всего—по сравненію съ другими органами—ее можно найти въ центральной нервной системѣ. Значитъ, чтобы подѣйствовать на нее, надо измѣнять дозы много бѣльшія тѣхъ, которыя достаточны для уничтоженія, напр. кожныхъ сифилидовъ.

Необходима, слѣдовательно, точная дозировка, что тоже лучше всего удастся при введеніи ртути подъ кожу инъекціями.

Въ данномъ случаѣ каждый курсъ леченія состоялъ изъ 12 полунедѣльныхъ инъекцій, при чемъ всего было введено 0,6 частей металлической ртути, по 0,05 за разъ доза приблизительно вдвое бѣльшая той, которая нужна въ борьбѣ съ кожными проявленіями сифилиса.

Такихъ курсовъ съ перерывомъ въ 2 мѣсяца было повторено еще два.

Назначая втиранія, мы никогда не могли бы быть увѣрены, что именно такое количество металла введено въ общую соковую циркуляцію нашему больному.

Основываясь на всѣхъ этихъ соображеніяхъ и было назначено у нашего больного ртутное леченіе инъекціями.

Но кромѣ того меня побуждали къ этому еще слѣдующія обстоятельства.

Я лично, воспитанный, такъ сказать, на ртутныхъ выпрыскиваніяхъ, примѣнялъ ихъ почти исключительно при всѣхъ формахъ сифилиса и—въ силу вышеприведенныхъ



разсужденій—всегда стоялъ горячо за то, что при нервныхъ пораженіяхъ сифилитическихъ надо дѣлать инъекціи, такъ какъ тутъ особенно необходимо дѣйствіе лѣкарство *быстрое-сильное и точное*, а именно этимъ условіямъ и удовлетворяетъ подкожный методъ введенія ртути.

На меня произвелъ большое впечатлѣніе кромѣ того случай изъ практики еще въ бытность мою въ Москвѣ ординаторомъ у проф. Пospьлова.

Какъ извѣстно проф. *А. И. Пospьловъ* первый въ свое время въ Россіи и одинъ изъ первыхъ въ Европѣ въ началѣ 70-хъ годовъ разработалъ въ своей диссертациіи технику и выработалъ дозировку и методику примѣненія сулемы подъ кожу при сифилисѣ.

Такъ вотъ онъ направилъ ко мнѣ однажды одну изъ своихъ пациентокъ, заразившуюся сифилисомъ не болѣе года назадъ. У нея одновременно съ сильными головными болями сталъ развиваться, хотя и постепенно, но быстро гемипарезъ: сначала появилась слабость мышцъ половины лица, потомъ затрудненныя движенія въ рукѣ и чувство онѣмѣнія тутъ же. Мой учитель писалъ мнѣ: „Направляю къ Вамъ больную. Начните сейчасъ же дѣлать ей инъекціи сулемы, впрыскивая по 1,0—2% сулемы ежедневно, дабы пресытить ее ртутью и совладать съ начинающимся мозговыми явленіями“. Уже черезъ 3—4 дня головныя боли ослабѣли, а черезъ 10 дней вернулись въ полномъ размѣрѣ всѣ функціи мышцъ лица и руки, начинавшіе было уже утрачиваться. Я всегда помнилъ этотъ случай и приводилъ его въ примѣръ при консултантивныхъ дебатахъ у постели сифилитиковъ съ развившимися пораженіями нервной системы. И въ данномъ случаѣ мнѣ удалось настоять на своемъ и больному была назначена ртуть въ видѣ инъекціи. Ожиданіе оправдалось и дало блестящіе результаты.

Безнадежный больной поправился и мало по малу возвратился къ нормѣ.

Въ продолженіи двухъ лѣтъ почти онъ вполне здоровъ. Значить, повторяю—быстрота и сила, натискъ—вотъ главныя условія успѣха при леченіи ртутью сифилиса нервной системы.

Но есть еще одно важное обстоятельство, на которое должно быть обращено особое вниманіе въ вопросѣ о лече-

ній нервныхъ формъ сифилиса—это *предусмотрительность, предвидніе, предвосхищеніе* начальныхъ шаговъ болѣзни.

Можно сказать почти навѣрное, что все, что захвачено, сифилисомъ только въ началѣ и слегка—сейчасъ же, при первомъ натискѣ леченія уступаетъ ему и исчезаетъ, оставляя органы и ткани почти или даже совсѣмъ незатронутыми,

Я имѣлъ неоднократно случаи убѣждаться, что мѣлкіе сифилитическіе, захваченные въ самомъ началѣ своего развитія и выражающіеся лишь легкой задержкой мочи, импотенціей и чувствомъ тяжести и онѣмѣнія въ ногахъ, исчезали подѣ вліяніемъ быстрыхъ и сильныхъ ртутныхъ приѣмовъ.

Такое же купирующее дѣйствіе ртутныхъ инъекцій наблюдалъ я при захваченныхъ, такъ сказать, *in statu nascenti* мозговыхъ сифилитическихъ инсультахъ.

Все дѣло только въ томъ, чтобы *подстеречь болѣзнь* въ самомъ началѣ ея развитія, когда впервые начинаютъ проявляться ея симптомы.

Поэтому надо принять за правило—внушать больному имѣвшему когда либо сифились, чтобы онъ—при появленіи какихъ либо болѣзненныхъ признаковъ или ощущеній—обращался немедленно къ врачу и напомнилъ ему о томъ чѣмъ уже былъ боленъ.

Или-же лучше—надо пріучить всѣхъ, кто болѣлъ когда либо сифилисомъ, поставить себѣ за правило еще долгіе годы послѣ заболѣванія показываться отъ времени до времени врачу для того, чтобы провѣрять неоднократно степень здоровья всѣхъ своихъ органовъ. Такимъ образомъ всякое, малѣйшее отклоненіе отъ нормы будетъ быстро замѣчено и, если оно вызвано сифилисомъ, то и устранено съ помощью ртути, которая въ такихъ случаяхъ можетъ быть всемогущей.

Годы два тому назадъ появилась полная этузіазма книга парижскаго сифилидолога *Leredde'a* о леченіи сифилиса. Въ ней французскій клиницистъ, опираясь на результаты широко примѣняющихся сейчасъ во Франціи ртутныхъ инъекцій, доказываетъ необходимость переоцѣнки цѣнности того средства, которое мы имѣемъ для борьбы съ сифилисомъ въ лицѣ ртути. Онъ доказываетъ, что тѣ представленія, которыя существуютъ у насъ объ излечимости сифилиса вооб-

ще и его отдѣльныхъ симптомовъ въ частности, а также о предѣльной способности ртути дѣйствовать на нихъ. получились и сложились, какъ результатъ многолѣтняго, односторонняго примѣненія этого средства въ видѣ втираній, сироповъ, пилюль или же инъекцій, но недостаточно точно сильно дозированныхъ.

Между прочимъ *Leredde* убѣжденъ въ излѣчимости *tabes'a* и прогрессивнаго паралича;—при условіи ранняго упорнаго и сильнаго леченія ртутью. Критерій парасифилидовъ, созданный проф. *Fouruier*, а именно—безсиліе ртутнаго леченія—по мнѣнію *Leredde'a*—сложился потому, что ртуть назначалась или слишкомъ поздно, или въ количествѣ слишкомъ незначительномъ, или же въ пріемахъ ея недостаточно упорствовали.

Такъ ли это или не такъ—это покажетъ будущее.

Во всякомъ случаѣ, основнымъ принципомъ при лѣченіи сифилиса вообще и нервнаго въ частности долженъ быть слѣдующій девизъ: *быстрота, сила и предвосхищеніе.*

Эти условія могутъ быть воплощены въ жизнь—при неусыпномъ наблюденіи за здоровьемъ перенесшихъ когда либо сифилисъ и при введеніи ртути въ организмъ въ количествахъ *точныхъ, значительныхъ и быстро потребляемыхъ.*

Всѣмъ этимъ условіямъ вполне удовлетворяетъ только методъ инъекцій.

Вотъ почему, исходя изъ теоретическихъ побужденій и практическихъ наблюденій, я боролся у постели моего больнаго со старой традиціей леченія сифилиса нервной системы втираніями.

Успѣхъ превзошелъ ожиданія. Этотъ случай произвелъ на меня глубокое впечатлѣніе. Я счелъ своей обязанностью подѣлиться имъ и довести его до свѣдѣнья Общества, въ составъ котораго входятъ терапевты и невропатологи, т. е. именно тѣ, кто имѣетъ дѣло съ сифилисомъ внутреннихъ органовъ—самыми опасными проявленіями этой болѣзни.

Я убѣдительно прошу многоуважаемыхъ товарищей у постели такихъ больныхъ помнить о томъ, что *ртуть при сифилисѣ можетъ дать все то, на что она способна, только въ видѣ инъекцій.*

## Къ казуистикѣ случаевъ пораженія *Conus medullaris*.

Д-ра С. С. Рабиновича.

Діагностика очаговыхъ заболѣваній головного и спинного мозга за послѣдніе годы сдѣлала большія успѣхи. Патолого-анатомическія вскрытія съ тщательнымъ изученіемъ мельчайшихъ гистологическихъ измѣненій этихъ органовъ, а также экспериментальная физиологія—не мало способствовали болѣе точной локализациі. Но и клиникѣ принадлежитъ не послѣднее мѣсто. Очень часто точныя клиническія наблюденія предшествовали анатомическимъ работамъ.

Затрудненія для точной клинической діагностики фокальныхъ заболѣваній центральной нервной системы являются съ двухъ сторонъ. При острыхъ заболѣваніяхъ головного и спинного мозга причиной фокальныхъ явленій служатъ больше частью кровоизліянія въ вещество мозга, либо на почвѣ склероза сосудовъ, либо какъ послѣдствіе травмы черепа или позвоночника. Если кровоизліяніе велико и внутриполостное давленіе сразу увеличивается въ сильной степени, то результатомъ часто являются симптомы со стороны отдаленныхъ отдѣловъ нервной системы (*Fernwirkungen*). Если эти отдаленные отдѣлы важны для жизненныхъ отправленияхъ, то симптомы съ ихъ стороны выступаютъ на первое мѣсто и затемняютъ очаговыя явленія.

Съ другой стороны, при хроническихъ медленно-развивающихся очаговыхъ заболѣваніяхъ долгое время можетъ не быть никакихъ фокальныхъ симптомовъ, если данный участокъ не завѣдуетъ какой-либо важной функціей организма и если не затронуты важныя нервныя проводя. Наконецъ, при многихъ хроническихъ заболѣваніяхъ мы имѣемъ дѣло съ разсѣянными фокусами и не всегда удается съ точностью установить, какому изъ нихъ соотвѣтствуетъ то или иное пораженіе.

Въ послѣднее время точная локализациа заболѣваній центральной нервной системы пріобрѣла большое практическое

ское значеніе въ виду возможности хирургическаго вмѣшательства во многихъ случаяхъ. Насколько велики успѣхи въ этомъ отношеніи, можно судить по цѣлому ряду діагнозовъ, оправдавшихся *in vivo*. Приведу для примѣра 2 случая Oppenheim'a, опубликованные въ 1902 году (Berliner Klin. Wochenschrift). Въ одномъ случаѣ О. діагностицировалъ у 40-лѣтняго мужчины опухоль въ области 6-го грудного позвонка. Операція, произведенная Sonnenburg'омъ, блестяще подтвердила клиническій діагнозъ; опухоль была съ легкостью удалена и оказалось фибромой, выросшей изъ твердой мозговой оболочки. Къ сожалѣнію больной погибъ отъ гнойнаго менингита. Другой случай касался 18-лѣтней дѣвушки, у которой дошло уже до полной параплегии съ пузырями явленіями. О. діагностицировалъ опухоль на высотѣ 8—9 грудныхъ позвонковъ. Снова операція, произведенная Sonnenburg'омъ, подтвердила діагнозъ, опухоль (фиброма) была удалена и наступило полное выздоровленіе. Въ прошломъ (1906) году Oppenheim поставилъ діагнозъ опухоли лѣвой затылочной доли мозга у 40 лѣтняго купца. Операція, произведенная Krause, вполне подтвердила діагнозъ. опухоль была удалена и оказалась саркомой твердой мозговой оболочки. Больной совершенно выздоровѣлъ. Локалізація нижняго отдѣла спинного мозга есть также достояніе послѣдняго времени. Прежняя невропатологія знала только „лумбо-сакральное утолщеніе“ и область *caudae equinae*. Благодаря многочисленнымъ клиническимъ наблюденіемъ проф. Минора, Raymond'a и другихъ, нижній отдѣлъ спинного мозга былъ раздѣленъ на 2 функціонально-различныхъ участка: область *Conus'a*, отъ 3-го крестцоваго сегмента до кончиковой части включительно, и область *epiconus'a* (это названіе введено Миноромъ) отъ 3-го крестцоваго сегмента вверхъ до 4—5 поясничныхъ сегментовъ. Заболѣванія *epiconus'a*, какъ въ чистомъ видѣ, такъ и въ комбинаціи съ пораженіями *conus'a*, изучены особенно тщательно Миноромъ. Заболѣванія *conus'a* въ чистой формѣ наблюдаются очень рѣдко и почти исключительно послѣ травматическихъ поврежденій. Въ литературѣ описанъ лишь одинъ случай изолированнаго нетравматическаго пораженія *conus'a* (M. Rosenthal 1888). Въ настоящее время я наблюдаю подобный случай, гдѣ заболѣ-

ванія corpus'a развилось безъ предшествовавшей травмы. Въ виду рѣдкости этого заболѣванія я хочу демонстрировать обществу наблюдавашагося мною больного и изложить подробно исторію его болѣзни.

Больной Л., 43 лѣтъ, машинистъ ю.-в. ж. д., до тепершняго заболѣванія всегда былъ здоровъ. Женатъ, имѣетъ здоровыхъ дѣтей. Венерическими болѣзнями никогда не страдалъ; пьетъ и курить очень мало.

16 мая 1906 года Л. выѣхалъ изъ Одессы товарнымъ поѣздомъ на станцію Раздѣльную, куда прибылъ въ 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ ночи. Здѣсь на станціи ему пришлось провести 4 часа на паровозѣ. Ночь была сырая, холодная, и Л. то и дѣло подходилъ грѣться къ печи паровоза, обращаясь къ ней задней нижней частью туловища. По прибытіи домой въ 8 часовъ утра Л. почувствовалъ боли въ нижней части спинного хребта. Эти боли не отличались большой интенсивностью и вскорѣ исчезли. Л. все время продолжалъ ходить и работать, въ нижнихъ конечностяхъ болей и слабости не было. Въ теченіе слѣдующихъ дней у Л. развилось чувство одеревенѣнія въ сѣдалищѣ и въ промежности, а также затрудненіе при мочеиспусканіи. Л. приходилось долго тужиться и напрягаться, пока выходила моча. Такія же явленія наступили со стороны функціи прямой кишки. Явленія задержанія мочи и кала вскорѣ смѣнились полнымъ недержаніемъ. Черезъ двѣ недѣли отъ начала заболѣванія выхожденіе мочи и кала проходило совершенно незамѣтнымъ для больного, онъ не чувствовалъ ихъ. Благодаря этому онъ всегда былъ загрязненъ выдѣленіями. Иногда только чувство тяжести и подпиранія въ животѣ напоминало ему о скопленіи мочи въ пузырь или кала въ прямой кишкѣ, но Л. не могъ произвольно выдѣлить экскременты и не чувствовалъ ихъ произвольнаго отхожденія. При кашлевыхъ движеніяхъ выходило иногда небольшое количество мочи или кала и Л. не могъ задержать ихъ. Половая способность была совершенно утрачена. Температура все время оставалась нормальной. Со стороны нижнихъ конечностей никакихъ расстройствъ не было. Аппетитъ уменьшался и больной замѣтно терялъ въ вѣсѣ. Недержаніе мочи и кала заставили Л. покинуть службу. Въ теченіе около полугода состояніе Л. оставалось безъ измѣненій. Онъ неоднократно

обращался къ врачамъ, которые большею частью назначали ему іодистый калий; но обильные приемы этого средства не имѣли какого-либо замѣтнаго дѣйствія на его болѣзненный процессъ. Когда Л. обратился ко мнѣ—5-го ноября 1906 года, состояніе его, по его словамъ, ничѣмъ не отличалось отъ того, которое развилось къ концу мая, т. е. 5 слишкомъ мѣсяцевъ тому назадъ. Жалобы его сводились къ произвольному отхожденію мочи и кала и къ потерѣ половой способности. Никакихъ другихъ разстройствъ и болѣзненныхъ ощущеній у Л. не было. При объективномъ изслѣдованіи оказалось, что Л. крѣпкаго сложенія, но сильно исхудалъ и кажется старше своихъ лѣтъ. Цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдный. Со стороны кожи, слизистыхъ оболочекъ, лимфатическихъ железъ и костной системы нѣтъ никакихъ отклоненій и въ частности—ничего подозрительнаго на сифились. Позвоночникъ нигдѣ не искривленъ, нигдѣ не чувствителенъ къ давленію и перкуссіи.

Со стороны черепныхъ нервовъ нѣтъ никакихъ разстройствъ. Зрачки равны, реакція нормальна, зрѣніе нормально, поле зрѣнія не сужено. Верхнія и нижнія конечности не представляютъ ни субъективныхъ ни объективныхъ разстройствъ. Мышечная сила вездѣ нормальна; нигдѣ нѣтъ спазмовъ, парезовъ, атрофій. Чувствительность всѣхъ родовъ вездѣ сохранена. Атаксіи и дрожанія нѣтъ. Признакъ Ромберга отсутствуетъ. Кожные и сухожильные рефлексы на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ вездѣ нормальны за однимъ единственнымъ исключеніемъ: *на правой ногѣ отсутствуетъ рефлексъ съ ахиллова сухожилія*. Слѣва этотъ рефлексъ очень живой. Колѣнные рефлексы сохранены и одинаковы на обѣихъ сторонахъ. На туловищѣ нѣтъ никакихъ двигательныхъ или чувствительныхъ растройствъ кромѣ участка, который сейчасъ будетъ описанъ. Этотъ участокъ занимаетъ всю промежность, всю область вокругъ задняго прохода, заходя и на сосѣднія части ягодицъ; да-дѣ, мошонки и половой членъ. Въ этомъ участкѣ утрачена чувствительность всѣхъ родовъ, даже самые сильные фарадическіе токи не ощущаются въ этой области. Задній проходъ и слизистая прямой кишки, а также слизистая уретры участвуютъ въ этой полной анестезіи. Наружный sphincter ani широко раскрытъ, анальный рефлексъ отсутствуетъ. Элек-

трическимъ токомъ не удается вызвать сокращенія сфинктера. Нижняя часть прямой кишки также расширена и нечувствительна. Вся циркумацальная область загрязнена экскрементами. Половая способность совершенно утрачена, эрекцій не бываетъ. Рефлексъ кремастера съ обѣихъ сторонъ нормаленъ. Въ мочѣ ничего ненормальнаго не открывается при химическомъ и микроскопическомъ анализѣ; бѣлка и сахара нѣтъ. Цистита нѣтъ.

Психическая сфера совершенно нормальна, больной подавленъ отъ продолжительности болѣзни и ея неуступчивости леченію.

Итакъ, явленія, наблюдаемая у Л. сводятся: 1) къ потерѣ произвольной иннерваціи пузыря и прямой кишки, 2) къ потерѣ чувствительности уретры и прямой кишки, 3) къ анестезіи кожи половыхъ частей и промежности. 4) къ утратѣ половой способности, и въ 5) къ отсутствію рефлекса съ праваго ахиллова сухожилія.

Всѣ эти явленія—за исключеніемъ послѣдняго—могутъ зависѣть либо отъ пораженія *Conus medullaris*, либо отъ заболѣванія выходящихъ изъ него корешковъ *Caudae equinae*, либо, наконецъ, отъ пораженія волоконъ и ганглиевъ *Plexus pudendalis*. Противъ периферическаго пораженія говоритъ полное пораженіе пузыря и прямой кишки, быстрое наступленіе этого пораженія, симметрическое расположеніе анестезіи по обѣимъ сторонамъ вокругъ анальнаго отверстія, въ обѣихъ ягодицахъ, въ обѣихъ половинахъ промежности, во всей мошонкѣ, по всей кожѣ члена. Кромѣ того при периферическомъ пораженіи совершенно необъяснима была бы потеря рефлекса съ праваго ахиллова сухожилія, которое, какъ мы, увидимъ, тоже вполне согласуется съ предположеніемъ о центральномъ пораженіи.

Итакъ, мы должны отнести наблюдаемая у больного явленія къ пораженію *Conus*'а или выходящихъ изъ него корешковъ, т. е. соотвѣтственно нижней части спинного мозга до 3-го крестцоваго сегмента вверхъ. Стоило бы пораженію зайти хоть немного выше, въ область 1—2 крестцовыхъ сегментовъ, и мы должны были бы уже имѣть пораженіе сначала короткихъ, потомъ и длинныхъ сгибателей пальцевъ, далѣе икроножныхъ мышцъ, *mm. peronei*, сгибателей голени и т. д. Мы имѣли бы анестезію на задней части го-



лени и бедра, на наружной части стопы. Всѣ эти явленія дѣйствительно наблюдаются при поражении *Erisopus'a*, простирающагося отъ 4—5 поясничаго до 2—3 крестцоваго сегмента, какъ явствуетъ изъ многочисленныхъ клиническихъ наблюденій Минора и анатомическихъ работъ Müller'a и Bruns'a. Въ комбинаціи съ заболѣваніемъ *conus'a* эти явленія наблюдались въ случаѣ Eulenburg'a, гдѣ къ существовавшему нѣсколько лѣтъ міэлиту *Erisopus'a* присоединилось послѣ паденія поражение апо-везикальнаго центра.

И въ нашемъ случаѣ существуетъ одно явленіе, которое доказываетъ, что захвачена часть прилегающей области *Erisopus'a*. Это явленіе — потеря рефлекса съ праваго ахиллова сухожилія. Центральные пути этого рефлекса, по принятому въ современной невропатологіи воззрѣнію, заложены въ 1—2 крестцовомъ сегментѣ. Итакъ, въ нашемъ случаѣ пораженіе *Conus'a* съ правой стороны заходитъ немного выше и захватываетъ часть *erisopus'a*.

Остается рѣшить вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ центральнымъ міэлитомъ или же съ радикулярнымъ невритомъ *caudae equinae*. Противъ корешковаго процесса говоримъ прежде всего отсутствіе сильныхъ болей въ началѣ заболѣванія. Далѣе, при поражении *caudae equinae* можно было бы скорѣе ожидать участіе волоконъ изъ вышележащихъ сегментовъ для нижнихъ конечностей. Наконецъ, отсутствіе ахиллова рефлекса безъ пораженія соотвѣтствующихъ двигательныхъ и чувствительныхъ нервовъ скорѣе всего свидѣтельствуетъ о центральномъ поражении. Требовалась бы большая натяжка для предположенія, что изъ всѣхъ корешковыхъ волоконъ 1—2 крестцоваго сегмента поражены только пути ахиллова рефлекса. Гораздо правдоподобнѣе предположеніе, что міэлитическій очагъ *conus'a* захватилъ прилежащую часть *erisopus'a* справа.

Итакъ, анатомическій діагнозъ: міэлитъ *conus medullaris*—не представляетъ большихъ затрудненій. Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ о характерѣ болѣзненнаго процесса, производшаго заболѣваніе. Большинство заболѣваній *Conus'a*, описанныхъ въ литературѣ, травматическаго происхожденія (изъ нихъ случай M. Bernhard'a по симптоматологіи и теченію чрезвычайно похожъ на нашъ случай). Далѣе, сходный симптомокомплексъ наблюдался на сифилити-

ческой почвѣ (случай Westphal'я въ 1876 г. и недавно описанный случай Köster-Oppenheim'a). Этиология уже цитированнаго выше случая Eulenburg'a осталась невыясненной. Въ нашемъ случаѣ, равно какъ въ чрезвычайно сходномъ съ нимъ случаѣ M. Rosenthal'я, единственнымъ этиологическимъ моментомъ является простуда. Въ наше время простуда разсматривается обычно лишь какъ импульсъ, создающій для циркулирующихъ въ организмѣ бактерій или токсиновъ locus minoris resistentiae. Въ такомъ случаѣ простуда приобретаетъ этиологическое значеніе для tabesa у лица, перенесшаго сифилисъ, для гонорройнаго или алкогольнаго неврита. Въ нашемъ случаѣ мы не находимъ никакого инфекціоннаго или интоксикаціоннаго момента, и намъ приходится довольствоваться смутнымъ терминомъ „простуднаго“ міэлита. Въ виду полной невозможности причиннаго леченія (тѣмъ болѣе, что іодистый калий не далъ никакого результата въ теченіе 5 мѣсяцевъ), я назначилъ больному чисто симптоматическое леченіе. Для укрѣпленія тонуса пузыря и прямой кишки, я назначилъ ему внутрь стрихнинъ. Кромѣ того, я началъ ежедневно примѣнять ему фарадизацію, вводя одинъ зондъ—электродъ въ уретру, другой—ректальный электродъ—въ прямую кишку, и примѣнялъ съ самаго начала очень сильныя токи, которыхъ больной однако совершенно не чувствовалъ. Мѣстная гальванизація въ этихъ случаяхъ не показана, такъ какъ разрушаетъ слизистую оболочку уже такими токами, которые еще не производятъ никакого дѣйствія на мускулатуру.

Этотъ способъ, часто и успѣшно примѣняемый мною при леченіи импотенціи, далъ въ нашемъ случаѣ превосходный результатъ. Въ теченіе первыхъ сеансовъ больной не чувствовалъ тока, но вскорѣ чувствительность стала возвращаться, сперва in urethra, потомъ—хотя еще очень слабо—in recto. Вмѣстѣ съ тѣмъ начало возвращаться чувство прохожденія экскретовъ и способность произвольно иннервировать сфинктеры и детрузоръ пузыря. Черезъ 6 недѣль отъ начала леченія (съ 5-го ноября 1906 г.) больной могъ уже почти нормально мочиться, хотя еще и въ настоящее время долженъ сильно тужиться и напрягать брюшную прессь. Непроизвольнаго отхожденія мочи уже давно не замѣчалось. Дефекація также производится уже почти

нормальнымъ путемъ, но больной еще плохо чувствуетъ прохожденіе кала и не можетъ долго задерживать его. Позывомъ у него является какое-то чувство тяжести въ нижней части живота. Газы нерѣдко отходятъ непроизвольно. Половая способность въ послѣднее время вернулась, но чувство сладострастія еще отсутствуетъ. Во всякомъ случаѣ достигнутое улучшеніе настолько велико, что позволило ему вступить въ исполненіе своихъ обязанностей машиниста. Ему приходилось уже вести поѣздъ до Раздѣльной и дальше безъ какихъ-либо неприятныхъ явленій. Что это улучшеніе слѣдуетъ приписать леченію, явствуетъ 1) изъ того, что въ теченіи полугода болѣзнь его оставалось *in statu quo ante*, 2) изъ того, что сходный случай Rosenthal'я оставался безъ измѣненій въ теченіе 4-хъ лѣтъ, пока R. не началъ примѣнять леченія; а въ травматическомъ случаѣ Bernhardt'a леченіе, начатое черезъ полгода отъ начала заболѣванія, привело къ такимъ же благопріятнымъ результатамъ, какъ въ моемъ случаѣ; 3) изъ того, что и теперь еще функція, въ особенности прямой кишки, замѣтно ухудшается, если пациентъ изъ-за занятій оставляетъ на нѣсколько дней леченіе электризаціей.

Конечно, я не хочу сказать, что путь, избранный мною, единственный, ведущій къ цѣли: такъ на примѣръ, Eulenburg въ сходномъ случаѣ остался очень доволенъ результатами примѣненія мѣстной франклинизаціи. Такъ или иначе, я полагаю, что мой случай доказываетъ необходимость и при центральныхъ страданіяхъ не пренебрегать мѣстной электротерапіей, на что въ свое время обратилъ вниманіе еще Duchenne de Boulogne.

*Примѣчаніе при корректурѣ.* Сравнительно быстро достигнутые результаты мѣстнаго леченія вызвали при демонстраціи больного въ Обществѣ Одесскихъ врачей предположеніе у нѣкоторыхъ товарищей, не имѣемъ ли мы здѣсь дѣла съ функціональнымъ заболѣваніемъ. Но противъ этого предположенія, помимо отсутствія у моего больного какихъ-либо признаковъ истеріи или травматическаго невроза, говоритъ полное сегментальное соотвѣтствіе анестезіи и анорезикальныхъ симптомовъ, а также потеря рефлекса съ праваго ахиллова сухожилія, никогда не наблюдавшаяся при функціональныхъ неврозахъ. Что касается наступленія

улучшенія лишь послѣ мѣстнаго леченія, то въ этомъ отношеніи мой случай совершенно сходенъ съ случаями Bernhardt'a Eulenburg'a и Rosenthal'я, гдѣ также могло быть съ несомнѣнностью исключено функціональное заболѣваніе. Должно быть, за полгода отъ начала заболѣванія успѣла наступить извѣстная *restitutio* въ пораженныхъ частяхъ центральной нервной системы, и мѣстное леченіе дало лишь толчекъ въ возстановленію нормальной функціи. Подобные функціональные успѣхи мы имѣемъ часто при леченіи органическихъ заболѣваній (напр. при леченіи афазіи, *tabes*'а съ атаксіей и т. д.). Эти успѣхи заставляютъ насъ не пренебрегать мѣстнымъ леченіемъ органическихъ заболѣваній, на что я и указывалъ въ своемъ докладѣ.

### Литература:

- 1) Kirehhoff (Quincke).—Archiv f. Psychiatrie 1884 Bd. 15.
- 2) Westphal.—Charité-Annalen 1876.
- 3) M. Rosenthal.—Wiener medicinische Presse 1888, №№ 18—20.
- 4) M. Bernhart. — Berliner Klinische Wochenschrift 1888, № 32.
- 5) A. Eulenburg.—Zeitschrift f. klinische Medicin 1891 Bd. 18
- 6) L. Minor.—Deutsche Zeitschrift f. Nerveuheilkunde Bd.30
- 7) Köster (Oppenheim).—ibidem Bd. 30.
- 8) L. R. Müller—ibidem Bd. 21.



# Протоколъ очередного засѣданія

6-го марта 1904 года.

Предсѣдательствоваль *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*. По предложенію предсѣдателя приступлено было къ баллотировкѣ въ члены Общества предложеннаго въ прошломъ засѣданіи профессора Петра Александровича Вальтера, крторый и избранъ единогласно. Далѣе секретаремъ прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія Общества 24 января 1904 г. Затѣмъ доложено заявленіе предсѣдателя состоящей при медицинскомъ совѣтѣ постоянной комиссіи для разработки вопроса о соотношеніи человѣческаго туберкулеза и жемчужной болѣзни рогатаго скота съ просьбой доставить въ комиссію относящіеся къ ея задачамъ и имѣющіеся въ распоряженіи Общества матеріалы. По предложенію предсѣдателя собраніе постановило послать въ названную комиссію протоколы существовавшей при обществѣ „молочной комиссіи“.

Далѣе приступлено къ очереднымъ дѣламъ. Д-ръ *Г. И. Гимельфарбъ* прочиталь сообщеніе „**Объ оперативномъ леченіи первичнаго рака влагалища** (экстирпація матки, влагалища и прямой кишки)“ съ демонстраціей больной и препарата. Въ преніяхъ по поводу сообщенія принимали участіе *А. Я. Тригеръ* и *И. С. Балинь*.

(Затѣмъ д-ръ *Я. В. Зильбербергъ* демонстрировалъ „случай огнестрѣльнаго раненія брюшной полости“) Въ дебатахъ по поводу демонстраціи цринимали участіе *Я. Ю. Бардахъ* и д-ръ *Котикъ*.

Далѣе д-ръ (*Л. Б. Бухштабъ* прочиталь о „случаѣ болѣзни Banti“ (съ демонстраціей больного). Докладъ напечатанъ во II-мъ выпускѣ Трудовъ Общества.

Въ преніяхъ, вызванныхъ сообщеніемъ, принимали участіе *П. М. Каменецкій*, *В. Д. Зеленскій*, *Г. И. Гимельфарбъ*, *І. А. Гольцманъ*, *Я. У. Ландесманъ*, *Я. М. Гофманъ*, *М. С. Мильманъ*, *Я. Ю. Бардахъ*, д-ръ *Котикъ* и *А. А. Зильбербергъ*.

Д-ръ *Каменецкій* не находить возможнымъ считать симптомокомплексъ, представляющійся въ случаѣ, демонстрированномъ д-ромъ *Бухштабомъ*, за morbus Banti.

Сочетаніе такихъ симптомовъ наблюдалось и описано при маляріи давно. Патогенезъ этого симптомокомплекса при маляріи совершенно иной, чѣмъ при болѣзни Banti, не говоря уже объ этиологическомъ моментѣ, который при morbus Banti еще не выясненъ. Говорить о болѣзни Banti, какъ развившейся на почвѣ маляріи, вообще рисковано, даже въ тѣхъ влучаяхъ, гдѣ малярійная инфекция предшествовала развитію этого симптомокомплекса на много лѣтъ раньше. Имѣя передъ собою уже вполне развившуюся картину этой болѣзни, мы еще не въ правѣ утверждать, что splenomegalia предшествовала измѣненіямъ со стороны печени, чего требуетъ Banti и другіе для этой болѣзни. Тѣмъ менѣе мы имѣемъ основаніе утверждать это относительно даннаго случая: тутъ, какъ мы видимъ, малярійный ядъ продолжаетъ дѣйствовать и по настоящее время, и безъ натяжки можно сказать лишь одно: всѣ симптомы развились одновременно подъ влияніемъ этого яда, но ни въ коемъ случаѣ въ зависимости другъ отъ друга или отъ какой-то неизвѣстной еще намъ причины.

Д-ръ *Гольцманъ* сказалъ слѣдующее:

Въ своихъ экспериментахъ надъ впрыскиваніемъ различныхъ веществъ животнымъ нормальнымъ и спленотомированнымъ, я пришелъ къ нѣкоторымъ даннымъ, которыя, быть можетъ, будутъ имѣть значеніе для объясненія гѣматолитическихъ измѣненій при болѣзни Banti. 10-ти собакамъ и 5-ти кроликамъ я, со всѣми предосторожностями асептики, удалялъ селезенки; операціи животныя переносили превосходно; черезъ нѣкоторое время, когда животныя окончательно оправались, имъ впрыскивалась въ кровь культура сибирской язвы въ однихъ опытахъ и скипидаръ въ другихъ. Реакція крови на впрыскиваніе у животныхъ нормальныхъ и спленотомированныхъ оказалась совершенно различной: у 1-хъ непосредственно вслѣдъ за впрыскиваніемъ наступило *уменьшеніе* числа лейкоцитовъ, т. е. *лейколизъ*, который потомъ только смѣнялся лейкоцитозомъ. У животныхъ же, спленотомированныхъ непосредственно вслѣдъ за впрыскиваніемъ, наступала сразу вторая стадія—лейкоцитозъ.

Позволю себѣ также указать, что явленія лейкопеніи наблюдаются не только при болѣзни Banti. Изъ прежнихъ авторовъ мы находимъ указанія на leucopeniam въ обширной монографіи *Hayem'a* („Du Sang et de ses altérations anatomiques“), который отмѣчаетъ ее въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) при затянувшихся лихорадочныхъ страданіяхъ, свободныхъ отъ воспали-

тельного пораженія органовъ и 2) при различныхъ анеміяхъ достигшихъ высшихъ степеней развитія.

Спеціально для маляріи существуетъ работа *Sadler'a*, который находилъ, что малярійная лихорадка сопровождается лейкопеніей въ большей или меньшей степени.

Докладъ д-ра *Шнейдерова* „къ казуистикѣ криптогенныхъ септицемій“ за позднимъ временемъ былъ отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

## Протоколъ очередного засѣданія

3-го апрѣля 1904 г.

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ*, при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*. Присутствовало 76 членовъ Общества, студенты, много постороннихъ лицъ. Открывая засѣданіе, предсѣдатель предложилъ собранію почтить вставаніемъ погибшихъ при взрывѣ „Петропавловска“ при исполненіи своего долга врачей Волковича и Костромитина, что и было исполнено собраніемъ.

Далѣе прочитанъ протоколъ засѣданія 20-го марта, который и утвержденъ. Затѣмъ приступлено къ баллотировкѣ предложенныхъ въ прошломъ засѣданіи въ члены Общества Петра Христофоровича Калачева, Михаила Ѳедоровича Маргулиса, Владимира Емельяновича Ставраки и *И. Д. Перкеля*, которые избраны единогласно. Предложены въ члены Общества 1) *Германъ Ароновичъ Галка—Л. Бухштабомъ Я. Бардахомъ* и *Л. Зильбербергомъ*, 2) *Веньяминъ Ефимовичъ Левъ—тѣми же* и *Тарасъ Владиміровичъ Малеванный—Л. Зильбербергомъ, Г. Зеленымъ* и *Л. Бухштабомъ*.

Затѣмъ приступлено къ очереднымъ дѣлаиъ. Д-ръ *Б. М. Шапошниковъ* прочиталъ докладъ подъ заглавіемъ „Къ вопросу о леченіи аневризмъ впрыскиваніями желатины“ съ демонстраціей больного и препарата. Въ преніяхъ по поводу сообщенія принимали участіи *И. С. Гешелинъ* и *Г. А. Гольцманъ*.

Далѣе д-ръ *И. Я. Винокуровъ* сообщилъ о „Результатахъ примѣненія сыворотки *Moser'a* въ скарлатинозномъ отдѣленіи Одесской Еврейской Больницы“ (докладъ напечатанъ во II-мъ выпускѣ Трудовъ Общества). Въ преніяхъ по поводу сообщенія



принимали участіе А. О. Гершензонъ, Л. Б. Биликъ, І. Д. Перкель, И. С. Гешелинъ, А. М. Гурфинкель и Я. Ю. Бардахъ.

Д-ръ Биликъ сообщилъ въ дополненіе къ случаямъ, приведеннымъ докладчикомъ, результаты сыворотки Moser'a въ скарлатинозномъ отдѣленіи Одесской Городской Больницы. Въ Городской Больницѣ сыворотка примѣнялась всего въ 2-хъ случаяхъ, тяжесть которыхъ ех consilio опредѣлена была по номенклатурѣ Moser'a „3“. Оба ребенка погибли при явленіяхъ общаго сепсиса, подтвержденнаго вскрытіемъ. Сыворотка была впрыскнута въ количествѣ 100 gr. на 2—3 день заболѣванія. Одинъ ребенокъ погибъ на 8-й день, а другой на 18-й день послѣ впрыскиванія. Ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось ни критическаго паденія температуры (специфическое по Moser'у дѣйствіе сыворотки), — наоборотъ, все время до смерти температура не падала ниже 39°, ни улучшенное самочувствіе (эвфорія).

Отрицательные результаты примѣненія сыворотки Moser'a были получены и профессоромъ Neubner'омъ, какъ это видно изъ послѣдняго протокола засѣданія Общества врачей Charité. Сыворотка примѣнялась только въ 4-хъ тяжелыхъ случаяхъ, изъ которыхъ двое также погибли при явленіяхъ общаго сепсиса.

Въ отвѣтъ на замѣчаніе д-ра Винокурова, что наблюденія проф. Neubner'a, въ виду ихъ малочисленность не имѣютъ никакого значенія, д-ръ Биликъ прибавилъ, что въ настоящее время еще каждое единичное новое наблюденіе имѣетъ громадное значеніе, а тѣмъ болѣе 4 случая такого извѣстнаго клинициста, какъ Neubner, не менѣе важны, чѣмъ, напримѣръ, 12 случаевъ проф. Вокау о которыхъ говорилъ докладчикъ.

## Протоколъ очереднаго засѣданія

16-го октября 1904 г.

Предсѣдательствоваль Я. Ю. Бардахъ при секретарѣ Л. Б. Бухитабъ. Открывая засѣданіе, предсѣдатель сообщилъ о потерѣ, понесенной Обществомъ въ лицѣ скончавшаго члена Общества Ф. И. Гребнерѣ. Память покойнаго была почтена вставаніемъ. Затѣмъ докторъ Б. М. Шапошниковъ сдѣлалъ докладъ „О положеніи сердца въ экссудативной жидкости при воспаленіи сердечной сумки“. По поводу доклада Д-ръ Я. В. Зильбербергъ

указаль на новий методъ торакотоміи, имѣющій въ виду дать свободный выходъ гною при гнойномъ перикардитѣ. Докладчику отъ имени Общества была выражена благодарность за интересный докладъ, ознакомившій Общество съ полученными докладчикомъ столь цѣнными результатами его трудовъ по вопросу о перикардитѣ.

За позднимъ временемъ докладъ Д-ра І. Д. Перкеля отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

## Протоколъ очередного засѣданія

30-го октября 1904 г.

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ* при секретарѣ *Л. Б. Бухштабъ*. Присутствовали 24 члена Общества и постороннія лица.

Докторомъ І. Д. Перкелемъ было прочитано сообщеніе: „Къ вопросу о зараженіи инфекционными болѣзнями въ дѣтскихъ больницахъ и о способахъ борьбы съ этимъ зломъ“.

По поводу доклада возникли оживленныя пренія, въ которыхъ приняли участіе доктора: Биликъ, Бухштабъ, Винокуровъ, Гиммельфарбъ, Зильбербергъ, Раймистъ, Штейнфинкель и Бардахъ.

Въ преніяхъ было указано, что главнѣйшей мѣрой предупрежденія разнота заразнаго начала въ больницахъ, равно какъ и внѣ ихъ,—является возможно полная чистота, строгое проведеніе изоляціи и дезинфекціи, достаточный штатъ хорошо обученныхъ и дисциплинированныхъ низшихъ служащихъ и соблюденіе общихъ профилактическихъ мѣръ всѣмъ медицинскимъ и служительскимъ персоналомъ.

Наряду съ этимъ желательны предохранительныя прививки оспы и дифтеріи всѣмъ поступающимъ больнымъ.

Въ заключеніе была указана давно назрѣвшая настоятельная необходимость скорѣйшаго устройства въ Одессѣ дѣтской заразной больницы, отвѣчающей всѣмъ научнымъ требованіямъ современной педиатріи.

## Протоколъ очередного засѣданія

13-го ноября 1904 г.

Предсѣдательствовалъ Я. Ю. Бардахъ при исполняющемъ обязанности секретаря Л. М. Розенфельдъ. Присутствовало свыше 50 членовъ Общества и много постороннихъ лицъ.

Докторъ М. С. Мильманъ демонстрировалъ нѣсколько интересныхъ патолого-анатомическихъ препаратовъ.

Докторъ Г. И. Гимельфарбъ прочелъ докладъ „Къ казуистикъ и діагностикъ опухолей брюшной полости“, который принимается въ подлинникъ для напечатанія въ трудахъ Общества. Докладъ вызвалъ оживленныя пренія, въ которыхъ участвовали доктора: М. С. Фельдманъ, Я. М. Гофманъ, И. Г. Мандельштамъ, Б. М. Шапошниковъ, Я. В. Зильбербергъ, И. С. Балинъ и Г. А. Рабиновичъ, и которыя касались деталей діагностики и оперативной техники приведенныхъ докладчикомъ случаевъ.

Докладчику была выражена отъ имени Общества благодарность.

Докторомъ Л. М. Розенфельдомъ, за отсутствіемъ предназначеннаго для демонстраціи больного, былъ прочтенъ, вмѣсто очередного, докладъ: „Къ казуистикъ гонорройнаго ирита“, въ которомъ онъ сообщилъ о двухъ случаяхъ рѣдкаго сочетанія ирита, гоноррои и артрита. Въ преніяхъ по этому докладу приняли участіе доктора Г. А. Рабиновичъ, С. Е. Марьяшесъ, С. Г. Штейнфинкель и Я. Ю. Бардахъ.

## Протоколъ очередного засѣданія

27-го ноября 1904 г.

Предсѣдательствовалъ Д-ръ Я. Ю. Бардахъ при исп. об. секретарѣ Д-рѣ Л. М. Розенфельдъ.

Д-ръ С. М. Штейнгаузъ прочелъ докладъ алкогольной комисіи, состоящей въ настоящее время изъ предсѣдателя Д-ра

Я. Ю. Бардаха и членовъ—Д-ровъ А. Г. Богрова, Н. П. Васильевского, Д. М. Моргулисъ-Лазаровичъ, С. Г. Штейнфинкеля, С. М. Штейнгауза и Н. Н. Хмѣлевскаго. Въ виду недостатка средствъ комиссія рѣшила на первое время сгранициться устройствомъ амбулаторіи для алкоголиковъ, а для осуществленія этой цѣли обратиться во 1-ыхъ, къ содѣйствию самыхъ широкихъ слоевъ Общества, а во 2-хъ, войти въ городское общественное управленіе съ ходатайствомъ о передачѣ Обществу Одесскихъ Врачей капитала покойнаго проф. Мочутковскаго въ 5000 р., завѣщаннаго городу для устройства лечебницы для алкоголиковъ или, по крайней мѣрѣ, процентовъ съ него для устройства близкой этой лечебницѣ по цѣли амбулаторіи.

Присутствовавшій въ засѣданіи д-ръ Серг. Серг. Налбандовъ высказалъ мнѣніе, что въ проектируемой амбулаторіи дѣло должно быть поставлено поликлинически.

Д-ръ Я. Ю. Бардахъ, указавъ, что иниціатива организаніи дѣла леченія алкоголиковъ принадлежитъ Обществу Одесскихъ Врачей, предложилъ сдѣлать слѣдующія постановленія:

1) Войти въ Городское Общественное Управленіе съ ходатайствомъ объ устройствѣ пріютовъ для изоляціи и леченіи алкоголиковъ при существующихъ въ Городской Больницѣ нервномъ и психіатрическомъ отдѣленіяхъ.

2) Устроить собственную амбулаторію при Обществѣ Одесскихъ Врачей.

3) Войти въ Городское Общественное Управленіе съ ходатайствомъ о передачѣ Обществу капитала имени покойнаго проф. Мочутковскаго или по крайней мѣрѣ  $\frac{1}{10}$  съ него для устройства этой амбулаторіи,

и 4) поручить Правленію озаботиться изысканіемъ необходимыхъ для указанной цѣли средствъ, при чемъ выразилъ надежду, что товарищи не откажутъ въ своемъ посильномъ содѣйствіи въ такомъ заслуживающемъ полнаго сочувствія дѣлѣ.

Д-ръ *С. Г. Штейнфинкель* предложилъ Обществу избрать специальную комиссію для осуществленія этихъ постановленій.

Въ составъ этой комиссіи, кромѣ членовъ правленія и алкогольной комиссіи, были приглашены по предложенію д-ра Я. Ю. Бардаха невропатологи д-ра С. С. Налбандовъ и Я. М. Раймистъ.

Затѣмъ д-ръ Л. М. Розенфельдъ прочелъ докладъ: „къ казуистикѣ заксовой болѣзни, въ которомъ, въ дополненіе къ

докладу на ту же тему, прочитанному имъ въ прошломъ году и напечатанному въ протоколахъ Общества, сообщилъ о наблюдавшихся имъ за истекшій годъ четырехъ новыхъ случаяхъ этой рѣдкой болѣзни и демонстрировалъ больного ею ребенка,

Въ преніяхъ по этому докладу участвовали д-ра С. Г. Штейнфинкель и Я. М. Раймистъ, указавшіе на желательность для выясненія загадочной этиологии этой болѣзни отмѣчать социальныя особенности семействъ, пораженныхъ ею, и производить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ анализъ материнскаго молока.

Д-ръ Ю. А. Мюнстеръ сообщилъ объ одномъ интересномъ случаѣ гангренознаго аппендицита въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Ауторефератъ прилагается при протоколѣ.

## Протоколъ очереднаго засѣданія

12-г декабря 1904 г.

Въ засѣданіи присутствовали свыше 60 членовъ Общества и много постороннихъ лицъ.

Предсѣдатель Общества, д-ръ Я. Ю. Бардахъ, сообщилъ о тяжелой утратѣ, понесенной Обществомъ въ лицѣ скончавшагося профессора Н. В. Склифосовскаго, бывшаго предсѣдателя и почетнаго члена Общества, послѣ чего д-ръ Я. В. Зильбербергъ прочелъ очеркъ жизни и дѣятельность покойнаго. Почтивъ память его вставаніемъ, собраніе перешло къ текущимъ дѣламъ. По предложенію предсѣдателя собраніе 1) единогласно согласилось принять участіе въ предпринятомъ Обществомъ Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова изданіи ежегодныхъ обзоровъ дѣятельности всѣхъ русскихъ медицинскихъ организацій и ассигновать для этой цѣли ежегодные денежные взносы, и 2) единогласно приняло резолюцію, выражающую сочувствіе д-ру Забусову, и постановило сообщить ему текстъ означенной резолюции.

Затѣмъ, д-ромъ А. Л. Гутманомъ сдѣлано было сообщеніе о случаѣ столбняка, излеченнаго впрыскиваніемъ противутеталической сыворотки, а д-ромъ А. М. Бараникомъ — сообщеніе объ общемъ хлоръ-этиловомъ наркозѣ. Оба сообщенія вызвали оживленный обмѣнъ мнѣній, въ которыхъ принимали участіе по первому со-

общенію д-ра В. Г. Розень, Л. Б. Бухштабъ, М. А. Юзефовичъ, Я. М. Раймисть, Л. Б. Биликъ и Я. Ю. Бардахъ, а по второму д-ра Гешелинъ, Г. Гиммельфарбъ и Я. М. Раймисть.

## Протоколъ очередного засѣданія

29 января 1905 г.

Въ засѣданіи присутствовало свыше 60 членовъ Общества и много постороннихъ лицъ.

Предсѣдатель *Я. Ю. Бардахъ* прочелъ собранію телеграмму, отправленную имъ отъ имени Общества Московскому Университету по случаю 150 лѣтняго юбилея послѣдняго.

Затѣмъ, предсѣдатель, доложивъ собранію о засѣданіи технического общества, въ которомъ обсуждался вопросъ о соединеніи куяльницкаго лимана съ моремъ и на которое были приглашены члены Общества Одесскихъ Врачей, предлагаетъ избрать комисію изъ специалистовъ по различнымъ отраслямъ медицины для всесторонняго обсуждения этого столь важнаго для города Одесса вопроса и для представленія соотвѣтственнаго доклада въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій Общества.

Д-ръ Брусиловскій оспариваетъ компетентность такой комисіи, противъ чего горячо возражаютъ д-ръ Я. Ю. Бардахъ и д-ръ Б. М. Шапошниковъ, при чемъ послѣдній настаиваетъ на значеніи въ рѣшеніи разсматриваемаго вопроса и клиническихъ наблюденій. Докладъ вызвалъ продолжительныя пренія.

Затѣмъ, предсѣдатель Я. Ю. Бардахъ прочитываетъ предложеніе Правленія Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова, приглашающее подвергнуть обсужденію вопросъ о необходимыхъ измѣненіяхъ въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здравія и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла въ соотвѣтствіи съ назрѣвшими потребностями времени.

Д-ръ Г. И. Гиммельфарбъ предлагаетъ, въ виду важности вопроса, посвятить ему специальное засѣданіе.

Д-ръ Г. П. Зеленый, прочитавъ резолюціи, принятія по этому же вопросу медицинскимъ Обществомъ при Новороссій-

скомъ Университетѣ, предлагаетъ собранію избрать особую комиссію для обсужденія предложенія Пироговскаго Общества и выработки соотвѣтственнаго доклада.

Въ комиссію избраны Обществомъ д-ра Г. П. Зеленый, Г. И. Гиммельфарбъ, Л. А. Тарасевичъ, А. Богровъ, Д. А. Барская-Рашковичъ и правленіе въ полномъ составѣ.

Д-ръ С. М. Штейнгаузъ дѣлаетъ запросъ, какіе шаги были сдѣланы алкогольной комиссіей предъ Управой для полученія отъ нея капитала проф. Мочутковскаго на открытіе амбулаторіи для алкоголиковъ.

Д-ръ Я. Ю. Бардахъ отвѣчаетъ, что въ виду поступившаго въ Управу аналогичнаго ходатайства отъ другого мѣстнаго учрежденія было рѣшено, по совѣту нѣкоторыхъ гласныхъ, выждать, какъ отнесется Управа къ послѣдному ходатайству.

По предложенію д-ра Б. М. Шапошникова выборы секретаря и бібліотекаря, вмѣсто отказавшихся І. А. Дю-Буше и Л. М. Розенфельда, отложены до годичнаго засѣданія, пока-же Общество предложило исполнять обязанности секретаря Л. М. Розенфельду, обязанности же бібліотекаря просило взять на себя казначея д-ра С. Г. Штейнфинкеля.

Д-ръ Р. Л. Кауфманъ прочла сообщеніе о рѣдкомъ случаѣ образованія камня въ вагинѣ и демонстрировала Собранію этотъ камень.

Докладъ вызвалъ оживленныя пренія, въ которыхъ принимали участіе д-ра И. Г. Мандельштамъ, Г. И. Гиммельфарбъ, Марьяшесъ, Н. Тригеръ и Я. Ю. Бардахъ.

Докладчицѣ была выражена Обществомъ благодарность за ея интересное сообщеніе.

---

## Протоколъ очереднаго засѣданія

12-го февраля 1905 г.

Засѣданіе состоялось при необычайно многочисленномъ собраніи, какъ членовъ, такъ и постороннихъ лицъ, подъ предсѣдательствомъ Я. Ю. Бардаха.

Д-ръ Л. А. Тарасевичъ прочелъ докладъ „о состояніи народнаго здравія въ Россіи и о мѣрахъ къ поднятію его“ и за-

тѣмъ заключенія комисіи по поводу предложенія Пироговскаго Общества. Заключенія эти были единогласно приняты собраніе. Докладъ д-ра Г. И. Гиммельфарба: „матеріалы къ вопросу о міомахъ матки“ по независящимъ отъ него обстоятельствомъ былъ отложенъ на слѣдующее засѣданіе.

Въ дополненіе къ протоколу Правленіе считаетъ своимъ долгомъ заявить, что вслѣдствіе чрезвычайнаго скопленія публики засѣданіе не могло быть открытымъ своевременно. При необычной обстановкѣ зала, въ обоюдныхъ стремленіяхъ публики и Правленія къ скорѣйшему открытію засѣданія, имѣли мѣсто нежелательныя объясненія. Поэтому поводу Правленіе, всегда широко открывавшее двери своихъ засѣданій для представителей всѣхъ слоевъ Общества, выражаетъ свое глубокое сожалѣніе обо всѣхъ происшедшихъ инцидентахъ.

---

## Протоколъ очереднаго засѣданія

*5-го марта 1905 г.*

---

Въ засѣданіи присутствовало свыше 50 членовъ и постороннія лица. Предложены были въ члены д-рами Бухштабомъ и Розенфельдомъ д-ра Карфункель и Бухштабъ и Комаровскимъ д-ръ Слѣпянь-Карфункель.

Д-ръ Г. И. Гиммельфарбъ прочелъ докладъ; „Матеріалы къ вопросу о міомахъ матки“. Докладъ вызвалъ оживленныя пренія, въ которыхъ участвовали д-ра Дю-Бюше, Мандельштамъ, Шоръ, Фельдманъ, Марьяшесъ, Бухштабъ и Перкель. Докладчику была выражена предсѣдателемъ благодарность.

(Затѣмъ д-ромъ Дю-Бюше былъ демонстрированъ новый аппаратъ для наркоза.)

---

## Протоколъ очереднаго засѣданія

*12-го марта 1905 г.*

---

Засѣданіе состоялось при необычайно многочисленномъ стеченіи членовъ Общества и посторонней публики.



Д-ръ Г. И. Гиммельфарбъ прочелъ докладъ „къ вопросу о взаимныхъ отношеніяхъ между публикой и врачами“.

---

## Протоколъ очередного засѣданія

*18-го марта 1905 г.*

Предсѣдательствовалъ *Я. Ю. Бардахъ*. Присутствовали 45 членовъ Общества. Въ преніяхъ по поводу посылки делегатовъ на Пироговскій внѣочередной съѣздъ для борьбы съ холерой принимали участіе д-ра: Барская-Рашковичъ, Гиммельфарбъ, Кранцфельдъ, Мандельштамъ, Пурицъ, Розенфельдъ, Тарасевичъ, Шоръ и Штейнгаузъ, Были избраны въ делегаты: д-ра Барская-Рашковичъ, Бухштабъ, Вельштейнъ и Тарасевичъ. По возвращеніи делегаты представляютъ отчетъ о съѣздѣ.—Постановлено было, что борьба съ холерой должна всецѣло сосредоточиться въ свободныхъ городскихъ и земскихъ общественныхъ организаціяхъ, коимъ должны быть представлены соотвѣтственныя полномочія. Рѣшено торжественное годовичное засѣданіе назначить на 1-ое октября 1905 г. и впредь ежегодно устраивать его 1-го октября.

---

## Протоколъ очередного засѣданія

*9-го апрѣля 1905 г.*

Засѣданіе не могло состояться за необычайной многолюдностью публики, переполнившей залъ засѣданія. Предположенное въ этомъ засѣданіе чтеніе резолюцій Пироговскаго противухолернаго съѣзда и докладовъ делегатовъ Общества на этомъ съѣздѣ, д-ровъ Э. П. Вельштейна и Д. А. Барской-Рашковичъ, было отложено на слѣдующее засѣданіе.

---

## Протоколъ очередного засѣданія

26-го апрѣля 1905 г.

Обществу доложено было отъ имени Лекціоннаго Комитета при Новороссійскомъ Обществѣ Естествоиспытателей благодарность за предоставленіе безвозмездно помѣщенія, благодаря чему Лекціонный Комитетъ, поставленный въ крайне затруднительное положеніе неожиданнымъ закрытіемъ университета и отсутствіемъ необходимаго помѣщенія, получилъ возможность закончить весенній семестръ публичныхъ лекцій по естествознанію и математикѣ.

Предсѣдатель Общества *Я. Ю. Бардахъ* доложилъ Обществу заявленіе д-ра А. П. Кучинской, въ которомъ она обратилась въ Правленіе Общества и съ которому она сообщила о возмутительномъ избіеніи, которому она подверглась со стороны полиціи 9 апрѣля вечеромъ, возвращаясь домой съ несостоявшагося въ этотъ вечеръ засѣданія Общества Врачей, безъ всякаго съ своей стороны повода и вдали отъ помѣщенія Общества (Заявленіе прилагается при протоколѣ). Сейчасъ же по полученіи означеннаго заявленія предсѣдателемъ было собрано экстренное засѣданіе Правленія, въ которомъ рѣшено было выразить пострадавшему товарищу искреннее сочувствіе по поводу постигшаго его несчастія и глубокое негодованіе противъ полицейскаго произвола, жертвой котораго становится беззащитная публика, не подающая къ этому никакого повода. вмѣстѣ съ тѣмъ Правленіе рѣшило довести объ этомъ событіи до свѣдѣнія Общества и предложить ему выразить свое отношеніе къ событіямъ, имѣвшимъ мѣсто 9 апрѣля, когда засѣданіе Общества, въ которомъ долженъ былъ быть прочтенъ докладъ о пироговскомъ съѣздѣ, не могло состояться за невозможностью проникнуть въ залъ засѣданій многотысячной публикѣ, подвергшейся въ тотъ же вечеръ безъ всякаго повода нападенію и избіенію полиціей и казаками. Послѣ продолжительнаго обсужденія Общество рѣшило поручить Правленію составить по этому поводу подробное постановленіе и дать ему самое широкое распространеніе какъ въ медицинской такъ и въ общей печати.

Затѣмъ делегатомъ Общества на пироговскомъ сѣздѣ д-ромъ Э. А. Вельштейномъ, было заявлено Обществу, что предположенный имъ къ прочтенію въ Обществѣ докладъ объ этомъ сѣздѣ онъ считаетъ возможнымъ прочесть, въ виду его главнымъ образомъ общественнаго интереса, не иначе, какъ въ публичномъ засѣданіи. Но послѣднее, какъ показалъ опытъ, неосуществимо какъ въ виду огромнаго наплыва публики, интересующейся вопросами, затронутыми пироговскимъ сѣздомъ, такъ и въ виду возможности повторенія тѣхъ печальныхъ случаевъ масоваго избіенія, какіе имѣли мѣсто 9 апрѣля, послѣ несостоявшаго засѣданія Общества. Полагая, что Общество не имѣетъ нравственнаго права устраивать при такихъ условіяхъ публичное засѣданіе, д-ръ Вельштейнъ предложилъ Обществу ограничиться выслушаніемъ резолюцій сѣзда и присоединиться къ нимъ въ этомъ засѣданіи.

Д-ръ Л. Б. Бухштабъ сдѣлалъ Обществу отъ имени отсутствующей делегата Общества Д. А. Барской-Рашковичъ докладъ, который о сѣздѣ также былъ назначенъ къ прочтенію 9 апрѣля, слѣдующее заявленіе:

Д-ръ Д. А. Барская-Рашковичъ предлагаетъ Обществу рѣшить, прочесть-ли ей свой докладъ въ публичномъ или закрытомъ засѣданіи, при чемъ въ первомъ случаѣ она предлагаетъ Обществу нанять болѣе обширное помѣщеніе для вмѣщенія всѣхъ желающихъ. Изъ преній по этому вопросу, въ которыхъ принимали участіе д-ра Гиммельфарбъ, Штейнфинкель, Бардахъ, Вельштейнъ и Тарасевичъ, выяснилось, что Общество не считаетъ цѣлесообразнымъ согласиться на первое предложеніе Д. А. Барской-Рашковичъ, такъ какъ во первыхъ, даже самое просторное помѣщеніе можетъ оказаться недостаточнымъ для помѣщенія всѣхъ интересующихъ пироговскимъ сѣздомъ, а во вторыхъ, Общество не можетъ, въ виду имѣющихся мѣсто печальныхъ событій и возможнаго ихъ повторенія, гарантировать своимъ гостямъ неприкосновенность личности, безъ чего объявленіе засѣданія публичнымъ можетъ получить характеръ провокаціи. Что же касается второго предложенія, то въ виду невозможности для Общества фактически осуществить закрытый характеръ засѣданія, оно грозитъ такими же осложненіями, какъ и публичное. Принимая въ соображеніе все сказанное, Общество рѣшило принять предложеніе д-ра Вельштейна и прослушать резолюціи пироговскаго сѣзда въ этомъ же засѣданіи. Вмѣстѣ съ тѣмъ Общество, въ принци-

пѣ совершенно соглашаясь съ заявленіями своихъ делегатовъ, д-ровъ Вельштейна и Д. А. Барской-Рашковичъ о желательности публичнаго прочтенія докладовъ о пироговскомъ съѣздѣ, выражаетъ глубокое сожалѣніе объ условіяхъ, дѣлающихъ это желаніе въ настоящее время неосуществимымъ и поручаетъ Правленію довести до всеобщаго свѣдѣнія путемъ общей и спеціальной печати объ условіяхъ, въ какихъ приходится теперь работать и собираться Обществу, а также заявить протестъ Общества и апеллировать къ общественному мнѣнію по поводу имѣвшихъ мѣсто случаевъ избіенія публики въ вечеръ 9 апрѣля. Затѣмъ д-ръ Вельштейнъ прочелъ резолюціи пироговскаго съѣзда, единогласно принятыя Обществомъ. вмѣстѣ съ тѣмъ Общество постановило присоединиться къ рѣшенію съѣзда о неучастіи врачей въ санитарно-исполнит. комиссіяхъ и доведя до свѣдѣнія Правленія Пироговскаго Общества объ этихъ постановленіяхъ, выразить ему благодарность за его образъ дѣйствій и успѣшно проведенныя занятія съѣзда.

Затѣмъ Я. Ю. Бардахъ доложилъ Обществу о принесеніи Обществу въ даръ художественнаго портрета д-ра Камозна, дного изъ первыхъ учредителей Общества, сдѣланнаго внукомъ покойнаго. Общество постановило выразить жертвователю благодарность, а портретъ повѣсить въ залѣ засѣданія. По этому поводу д-ръ Марьяшесъ напомнилъ Обществу, что два портрета принадлежащихъ Обществу, портретъ д-ра Энно и знаменитаго Пирогова, до сихъ поръ находятся въ помѣщеніи Городской Амбулаторіи и что Общество должно ихъ вытребовать отъ администраціи амбулаторіи. Общество поручаетъ сдѣлать это Правленію и водворить эти портреты въ залѣ засѣданія.

Д-ръ Перкель предлагаетъ Обществу высказаться по поводу инцидента, имѣвшаго мѣсто въ ростовскомъ Обществѣ Врачей, съ предсѣдателемъ Общества д-ромъ Парійскимъ. Собраніе поручаетъ Правленію провѣрить газетное сообщеніе объ этомъ инцидентѣ.

---

## Протоколь очереднаго засѣданія 30-го апрѣля 1905 г.

Въ засѣданіи, состоявшемся подъ предсѣдательствомъ Я. Ю. Бардаха, присутствовало свыше 60 членовъ Общества и множество постороннихъ лицъ.

Д-ръ С. Г. Штейнфинкель прочелъ докладъ объ эпидемическомъ переброинальномъ менингитѣ, вызвавшей оживленныя пренія. Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Л. Б. Бухштабъ, Долгополь, Г. А. Рабиновичъ, Л. М. Розенфельдъ. Гурфинкель, и Я. Ю. Бардахъ.

Затѣмъ. д-ръ Биликъ сдѣлалъ сообщеніе о случаѣ дифтерита у мѣсячнаго ребенка. Въ преніяхъ, вызванныхъ его сообщеніемъ, участвовали д-ра Перкель, студ. Майлеръ и Я. Ю. Бардахъ.

Докладчикамъ была выражена отъ имени Общества благодарность.

---

## Протоколъ очередного засѣданія

26 мая 1905 г.

Въ засѣданіи присутствовало свыше 70 членовъ и множество посторонней публикѣ.

Д-ръ Я. Ю. Бардахъ прочелъ докладъ о бактерологіи холеры.

Д-ръ Л. Б. Бухштабъ прочелъ докладъ объ иммунитетѣ при холерѣ.

За позднимъ временемъ преній по обоимъ докладамъ не было.

Въ члены Общества избранъ провизоръ Наумъ Абрамовичъ Лещинскій, предложенный д-рами Спири и О. Рубинштейномъ.

**МЕДИЦИНСКИЙ ОТДЕЛ**

ИМЕНИ

**Константина Николаевича**

**ПУРИЦ**

---

## Списокъ членовъ Общества къ концу 1907 г.

### ПОЧЕТНЫЕ ЧЛЕНЫ.

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1. Behring E.     | Мечниковъ И. И.       |
| Вериго А. А. †    | Павловъ И. П.         |
| Гиршманъ Л. Л.    | Подвысоцкй В. В.      |
| Duclaux E.        | Roux E.               |
| Дмитриевъ Н. П.   | Склифосовскй Н. В. †  |
| Von Esmarch E. †  | Толстая Е. Г.         |
| Духновскй Г. Т.   | Толстой М. М.         |
| Koch R.           | Шкляревскй А. С. †    |
| Кони А. Э.        | Финкельштейнъ А. М. † |
| 10. Von Leyden E. | 20. Эрисманъ Э. Э.    |

### ДѢЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ.

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. Абель В. И.          | Богровъ А. Г.          |
| Авербахъ Д. И.          | Богровъ К. Г.          |
| Адесманъ И. Б.          | Брикъ А. М.            |
| Айхенвальдъ Л. И.       | Бродскй Л. Л.          |
| Амброжевичъ П. М.       | Брусиловскй Е. М.      |
| Ансельмъ Р. Я.          | Бурдинъ Б. Л.          |
| Аренковъ Я. М.          | Бухштабъ Л. Б.         |
| Арие О. С.              | Бѣгунъ О. Л.           |
| Ауслендеръ М. Я.        | Вельштейнъ А. М.       |
| 10. Балинъ Р. Х.        | 30. Вайнштейнъ Е. М.   |
| Балтеръ К. З.           | Проф. Вальтеръ П. А.   |
| Бардахъ Я. Ю.           | Варгафтикъ А. И.       |
| Бараникъ А. М.          | Вейнбергъ К. В.        |
| Барская-Рашковичъ Д. А. | Вериго Б. Ф.           |
| Берладскй С. Я.         | Вельштейнъ Э. П.       |
| Бернштейнъ И. С.        | Верницъ И. И.          |
| Биликъ Л. Б.            | Вильдерманъ Л. А.      |
| Бирскй О. Ф.            | Вильковскй Л. Г.       |
| Бирштейнъ I. А.         | Винокуровъ И. Я.       |
| 20. Бихманъ Е. М.       | 40. Вишнепольскй Д. Б. |

- Ворошильскій Я. С.  
 Воскобойниковъ І. Н.  
 Гаевскій А. Э.  
 Гавриловъ Н. Г.  
 Галай А. Д.  
 Галка Г. А.  
 Гамалѣя Н. Ф.  
 Гандлеръ В. А.  
 Германъ Э. И.  
 50. Гершензонъ А. О.  
 Гешелинъ И. С.  
 Гиммельфарбъ Г. И.  
 Глинеръ И. Б.  
 Глязштейнъ И. М.  
 Гольденбергъ В. И.  
 Гольденштейнъ Д. В.  
 Гольцманъ Г. А.  
 Горникъ Я. М.  
 Гофманъ Я. М.  
 60. Гриневецкій А. Б.  
 Гринфельдъ А. И.  
 Гуровичъ І. А.  
 Гуковскій И. Е.  
 Гроссманъ С. А.  
 Гуровичъ М. А.  
 Гурфинкель И. Л.  
 Гурфинкель Л. М.  
 Гутманъ А. Л.  
 Діатроптовъ П. Н.  
 70. Долгополь Б. М.  
 Дорфманъ Д. Б.  
 Дробинскій Р. І.  
 Дрознесъ М. Я.  
 Дю-Буше Ч. А.  
 Ерузальскій М. А.  
 Жвифъ Э. М.  
 Зайдманъ А. А.  
 Зеленскій В. Д.  
 Зильбербергъ Л. А.  
 80. Зильбербергъ Я. В.  
 Каменецкій П. М.  
 Кауфманъ Р. Л.  
 Каценъ И. С.  
 Кацнельсонъ Б. Л.  
 Кирбисъ Г. Л.  
 Клейнъ С. Г.  
 Коганъ С. С.  
 Калачевъ П. Х.  
 Комаровскій И. С.  
 90. Кофманъ С. В.  
 Кранцфельдъ Д. І.  
 Кранцфельдъ М. І.  
 Кучинская А. П.  
 Ландесманъ А. У.  
 Ландесманъ Я. У.  
 Левъ В. Е.  
 Либерзонъ Е. А.  
 Лещинскій Е. Ч.  
 Литинскій І. А.  
 100. Лишневскій С. Л.  
 Любарскій В. М.  
 Лѣтникъ Л. М.  
 Малеванный Т. В.  
 Мандельштамъ И. Г.  
 Марголинъ И. И.  
 Маргулисъ М. Э.  
 Маргулисъ-Лазаровичъ Д. М.  
 Маргулисъ М. С.  
 Маргулисъ-Киссеръ Р. А.  
 110. Марьяшесъ С. Е.  
 Медвѣдевъ А. К.  
 Мюнстеръ Ю. А.  
 Назаровъ Г. М.  
 Орбантъ Л. П.  
 Пастернакъ Р. І.  
 Пергаментъ Д. С.  
 Перельцвейгъ Е. Б.  
 Перкель І. Д.  
 Пискорскій В. А.  
 120. Поповскій А. М.

- Полякова С. А.  
 Попичъ Я. М.  
 Пурицъ К. Н.  
**Рабиновичъ** Г. А.  
 Рабиновичъ С. С.  
 Раймистъ Я. М.  
 Рахмиловичъ Л. Г.  
 Рейжевскій С. И.  
 Розенбергъ Д. В.  
 130. Рейвичъ А. З.  
 Розенблюмъ М. А.  
 Розенфельдъ Лаз. М.  
 Розенфельдъ Левъ М.  
 Розенштейнъ И. Д.  
 Рубинштейнъ Г. М.  
 Рубинштейнъ О. Д.  
 Рѣзниковъ П. Б.  
**Сахаровъ** Л. В.  
 Стратіевскій Л. О.  
 140. Случевскій А. М.  
 Силуяновъ В. А.  
 Симоновичъ Н. Е.  
 Симоновичъ-Шоръ Р. П.  
 Спиро Б. Я.  
 Ставраки Б. Е.  
 Сусичнеръ И. Б.  
 Тарасевичъ Л. А.  
 Тартаковскій Я. Ф.  
 Тригеръ А. Я.
150. Тригеръ И. Л.  
 Тригеръ Н. Я.  
 Тырмосъ І. А.  
**Фельдманъ** М. С.  
**Фельцманъ** О. Б.  
 Финкельштейнъ Д. Л.  
 Фирштенбергъ С. Г.  
 Фишманъ І. Л.  
 Фишберъ Л. Л.  
 Хармацъ М. А.  
 160. Хувимъ М. А.  
 Хмѣльницкая А. Я.  
**Цейнеръ** Ю. А.  
 Цукерманъ М. М.  
 Чаушанскій А. В.  
 Чопъ Г. М.  
 Чудновскій М. Н.  
**Шапошниковъ** Б. М.  
 Шапиро М. Б.  
 Школьникъ А. О.  
 170. Шлапоберскій Б. А.  
 Шполянскій Г. О.  
 Шрайберъ Л. Е.  
 Штейнгаузъ С. М.  
 Штейнфинкель С. Г.  
 Штифельманъ М. М.  
 Эфруси И. О.  
**Якубскій** В. О.  
 178. Ясиновскій А. А.