

М 5.  
Проф. Н. А. Вельяминовъ.

---

# КЛИНИКА БОЛѢЗНЕЙ СУСТАВОВЪ.

Сифилисъ суставовъ.

Въ 18 левціяхъ.

Съ 55 рис. въ текстѣ и въ таблицахъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

---

Изданіе журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.  
1910.

Проф. Н. А. Вельямновъ.

616.95 : 617.5

Типографія журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ), ул. Жуковского, 13.

## Оглавленіе.

	Стр.
редисловіе . . . . .	1—IV
<b>ЛЕКЦІЯ I.</b>	
Сифилитическія заболѣванія суставовъ вторичнаго періода; малый интересъ ихъ для хирурговъ. — Сифилитическія артропатіи третичнаго періода и при наслѣдственномъ сифилисѣ. — <i>Syphilis hereditaria praesox et tarda</i> . — Отличаются-ли артропатіи поздняго наслѣдственнаго сифилиса отъ третичныхъ формъ вообще и отъ таковыхъ же при сифилисѣ, приобрѣтенномъ въ раннемъ дѣтствѣ? — Связь между раннимъ и позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ по отношенію къ артропатіямъ. — До какого возраста проявляется поздній наслѣдственный сифилисъ? — Главнѣйшіе признаки поздняго наслѣдственнаго сифилиса и значеніе его въ хирургіи при заболѣваніяхъ суставовъ . . . . .	1—20
<b>ЛЕКЦІЯ II.</b>	
Краткій очеркъ исторіи и литературы вопроса о сифилисѣ суставовъ. — Патолого-анатомическія и гистологическія измѣненія при сифилитическихъ артритяхъ. — <i>Synovitis irritativa</i> . — <i>Synovitis serosa et seroso-fibrinosa syph.</i> — <i>Synovitis villosa syph.</i> — <i>Hydrops artic fibrinosus et villosus syphil.</i> — <i>Lipoma arborescens syphil.</i> — <i>Synovitis hyperplastica et fibrosa syph.</i> — <i>Osteoarthritis gummosa syphil.</i> — <i>Chondritis syphilitica</i> . — <i>Osteoarthritis cariota et necrotica syph.</i> — <i>Osteoarthritis purul. syph.</i> — Общія понятія объ <i>arthr. deformans syphilitica</i> . — Классификація сифилитическихъ артропатій анатомическая. — Классификація сифилитическихъ артропатій клиническая . . . . .	20—40
<b>ЛЕКЦІЯ III.</b>	
Статистика сифилитическихъ артропатій: какъ часто пораженіе суставовъ третичнаго періода и при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ? Собственныя наблюденія; полъ и возрастъ; распределеніе сифилитическихъ артритовъ по отдѣльнымъ суставамъ . . . . .	41—51
<b>ЛЕКЦІЯ IV.</b>	
Собственныя наблюденія надъ пораженіемъ отдѣльныхъ суставовъ: суставы грудино-ключичный, плечевой, локтевой; суставы запястья и межфаланговые на рукахъ . . . . .	52—67
<b>ЛЕКЦІЯ V.</b>	
(Продолженіе предыдущей).	
Суставы: тазобедренный, колѣнный и голеностопный; мелкіе суставы стопы; <i>polyarthritis syphilitica</i> третичнаго періода . . . . .	88—84

## ЛЕКЦІЯ VI.

Діагностика сифилитическихъ артропатій на основаніи клиническаго разбора случаевъ . . . . . 85—99

## ЛЕКЦІЯ VII.

Тоже . . . . . 100—110

## ЛЕКЦІЯ VIII.

Тоже . . . . . 111—122

## ЛЕКЦІЯ IX.

Лечение сифилитическихъ артропатій: лечение специфическое; мѣстное лечение пораженнаго сустава—иммобилизація, тепло, массажъ; лечение въ курортахъ, климатическое, минеральными грязями и и разсолами . . . . . 123—132

## ЛЕКЦІЯ X.

Оперативныя вмѣшательства при сифилитическихъ артритяхъ: проколъ и промываніе сустава, артротоміи, резекціи, ампутаціи Три собственныхъ наблюденія съ клиническимъ разборомъ ихъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ въ одномъ изъ нихъ . . . . . 133—148

## ЛЕКЦІЯ XI.

Смѣшанныя формы сифилитическихъ артритовъ съ другими заболѣваніями суставовъ.—Гибридные формы сифилиса и туберкулеза. Два собственныхъ наблюденія . . . . . 149—162

## ЛЕКЦІЯ XII.

Клинической разборъ случая гибрида сифилиса и туберкулеза съ микроскопическими изслѣдованіями . . . . . 163—173

## ЛЕКЦІЯ XIII.

Вліяніе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней на сифилитическіе артриты, гонорройныя заболѣванія суставовъ и сифились. Два собственныхъ наблюденія. — Комбинація сифилиса суставовъ съ подагрой и артритизмомъ. Собственное наблюденіе . . . . . 174—189

## ЛЕКЦІЯ XIV.

Комбинація сифилиса и тиреотоксическаго прогрессивнаго полиартрита. Три собственныхъ наблюденія . . . . . 190—209

## ЛЕКЦІЯ XV.

Сочетанія сифилиса суставовъ съ табетическими артропатіями.—Два собственныхъ наблюденія . . . . . 210—226

## ЛЕКЦІЯ XVI.

Arthritis deformans syphilitica.—Собственное наблюденіе съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ . . . . . 227—247

## ЛЕКЦІЯ XVII.

Тоже. — Два собственныхъ случая . . . . . 248—261

## ЛЕКЦІЯ XVIII.

Случай сочетанія сифилиса сустава и табетической артропатіи—Два случая гуммознаго пораженія patellae . . . . . 262—274

## Предисловіе.

Хирургическая клиника и спеціально клиника болѣзней суставовъ за послѣдніе годы безспорно вступили въ новую эру.

До послѣдней четверти прошлаго столѣтія все ученіе о заболѣваніяхъ суставовъ было основано почти исключительно на клиническомъ наблюденіи и отчасти на анатомическихъ изслѣдованіяхъ музейныхъ препаратовъ, но вотъ народилась антисептика Lister'a и, наряду съ обезкровливающимъ жгутомъ Esmarch'a, ввела эту область хирургической патологіи въ новую эпоху: почти безнаказанно и безкровно вскрывая суставы при операціяхъ, можетъ быть—подчасъ и слишкомъ часто, мы получили возможность ближе и чаще изучать патолого-анатомическую картину разныхъ болѣзней сочлененій и шире производить наши анатомическія и гистологическія изслѣдованія на свѣжихъ препаратахъ, взятыхъ не съ труповъ, а отъ живого человѣка. Этому періоду и, главнымъ образомъ, школамъ König'a и Volkman'n'a мы обязаны въ этомъ отношеніи очень многимъ, и почти всѣмъ нашимъ современнымъ ученіемъ о туберкулезѣ суставовъ.

Явилась бактеріологія и въ значительной степени освѣтила намъ этиологію многихъ болѣзней вообще и нѣкоторыхъ болѣзней суставовъ въ частности.

Теперь мы обогатились рентгеноскопіей и серологіей, что, конечно, въ концѣ-концовъ въ корень измѣнило наши требованія къ клиническимъ методамъ изслѣдованія больного—клиника заболѣваній суставовъ вступила опять въ новую эпоху съ совершенно новыми требованіями и новымъ направленіемъ.

Для современной хирургической клиники мало больничныхъ палатъ, операціонной и микроскопа—ей нуженъ еще рентгеновскій кабинетъ и лабораторіи; для клинициста теперь недостаточно только наблюдать—онъ долженъ умѣть пользоваться и всѣми болѣе сложными, но зато и болѣе точными методами изслѣдованія больного; для строго научнаго діагноза при заболѣваніи, напр., сустава недостаточны хорошо изложенный status praesens и умѣло собранный анамнезъ—нужна еще рентгенограмма и результаты лабораторныхъ изысканій. Медицина все болѣе и болѣе отдалается отъ «искусства» врачевать и все болѣе и болѣе приближается къ точнымъ наукамъ. Отъ врача-клинициста все меньше и меньше требуется опытности, таланта, «клиническаго чутья», а все болѣе и болѣе—

точныхъ знаній. Это безспорно новая эра, новое направленіе, богатое большимъ будущимъ. Спрашивается, однако, слѣдуетъ-ли изъ этого, что теперь уже пора отвернуться отъ сѣдого прошлаго и совершенно забросить «клинику» въ строгомъ смыслѣ этого стараго понятія, «чистую клинику» съ ея главнымъ пособникомъ — наблюденіемъ у постели больного?

Не думаю, и вотъ почему.

Во 1-хъ, не слѣдуетъ забывать, что главная задача медицинскихъ школъ—воспитывать практическихъ врачей, изъ коихъ лишь немногіе счастливы, оставивъ университетскія клиники и богатыя больницы въ большихъ центрахъ, будутъ въ состояніи работать дальше въ строго научномъ направленіи, тысячи-же изъ нихъ, несомнѣнно, попадутъ въ такія условія, при которыхъ отъ нихъ будутъ только требовать помощи больному, но еще долго не будутъ давать имъ очень и очень многое изъ того, что имъ для этого, съ научной точки зрѣнія, нужно. Слѣдовательно, для громаднаго большинства многіе методы останутся только *primum desideratum* и тысячамъ нашихъ учениковъ, *volens-nolens*, еще долго придется пользоваться лишь тѣмъ, чѣмъ пользовались вѣками наши учителя.

Во 2-хъ, какъ правило—въ жизни вообще не слѣдуетъ слишкомъ увлекаться новшествами, даже въ наукѣ. Современные методы клиническаго изслѣдованія безспорно обѣщаютъ многое въ будущемъ, уже много дали и даютъ, но далеко не такъ много, какъ это можетъ показаться на первый взглядъ оптимисту.

Такъ, напр., рентгеноскопія—она открыла намъ новые пути, новый методъ изученія заболѣваній скелета, но, къ сожалѣнію, въ полной мѣрѣ она доступна не всякому и не вездѣ, ибо она требуетъ, помимо сложной и дорогой обстановки, не только специальныхъ знаній, но и специальной опытности; мало получить хорошую рентгенограмму, надо еще научиться «читать» ее, а это достигается только опытомъ и специальными занятіями. Долго и много скорѣлъ я, что, несмотря на всѣ мои старанія и два прскрасныхъ рентгеновскихъ кабинета, имѣющихся въ моемъ распоряженіи, не умѣю пользоваться при изученіи болѣзней суставовъ рентгеноскопіей такъ, какъ это, по словамъ другихъ, возможно. На-дняхъ моя совѣсть нѣсколько успокоилась, когда я прочиталъ въ одномъ изъ послѣднихъ нѣмецкихъ журналовъ фразу одного выдающагося ортопеда Германіи: «für uns Spezialisten in der Rentgenoscopie...»; этими немногими словами, по моему, сказано очень много... Не сомнѣваюсь, что еще долго не всякій хирургъ или ортопедъ, а тѣмъ болѣе не всякій земскій или фабричный врачъ будетъ имѣть право называть себя специалистомъ въ рентгеноскопіи, а, слѣдовательно, будетъ дѣйствительно способенъ извлекать изъ отличной даже рентгенограммы то, что могутъ «прочитать» въ ней специалисты; между тѣмъ земскому или фабричному врачу придется, пожалуй, лечить не меньше, напр., старыхъ спфилитиковъ, чѣмъ

специалисту-ортопеду...; да наврядъ-ли въ обычной дѣятельности практическаго врача можно, дѣйствительно, нужно и полезно пользоваться х-лучами въ каждомъ типичномъ случаѣ, напр., туберкулеза или сифилиса сустава...

Какое громадное приобрѣтеніе для клиники прививка туберкулина съ діагностическою цѣлью! Не знаешь, какое, напр., пораженіе сустава у больного, туберкулезное или сифилитическое? Сдѣлалъ прививку по Pirquet и Calmette'у и получилъ отвѣтъ. Да, это такъ, согласно мнѣнію многихъ, но... только при тщательномъ обсужденіи цѣлаго ряда другихъ данныхъ. Вы получили, напр., кожную и глазную реакцію у больного съ пораженіемъ колѣна; значить-ли это, что колѣнный суставъ пораженъ туберкулезомъ?—ничуть; кожная реакція, какъ говорятъ знающіе это дѣло, показываетъ, что организмъ больного вообще приходилъ въ соприкосновеніе съ туберкулезнымъ ядомъ, но вопросъ, когда это соприкосновеніе имѣло мѣсто—остается открытымъ; вы получили—офтальморакцію—говорятъ, это значить, что вашъ больной и сейчасъ боленъ туберкулезомъ, но гдѣ этотъ туберкулезный очагъ—въ легкихъ, забрюшинныхъ железахъ или въ суставѣ—неизвѣстно; больной этотъ «почти» навѣрное туберкулезный, но больной суставъ у него можетъ быть пораженъ и гуммознымъ процессомъ... Вы желаете далѣе знать, нѣтъ-ли у вашего паціента сифилиса, и прибѣгаете къ сложной реакціи Wassermann'a (если у васъ для этого уже имѣется все нужное, что тоже не такъ просто). Вы получаете отрицательный результатъ—это, какъ извѣстно, ничего не доказываетъ; вы получаете положительный отвѣтъ—это говоритъ вамъ только, согласно современнымъ взглядамъ, что больной сифилитикъ, но это не доказываетъ, конечно, что сомнительное заболѣваніе сустава у него сифилитическаго происхожденія, а не какое-либо другое, напр., туберкулезное... Вы, наконецъ, вскрываете суставъ, вырѣзаете синовиальную, изслѣдуете ее микроскопически и бактериоскопически, не находите спирохетъ или Koch'овскихъ бациллъ—это часто еще не доказываетъ, однако, что процессъ въ данномъ случаѣ не сифилитическій или не туберкулезный...

Я нисколько не желаю, конечно, умалять значенія этихъ новыхъ великихъ приобрѣтеній науки, я не хочу сказать, что всѣ эти перечисленные методы клиническаго изслѣдованія излишни или безцѣльны, напротивъ—въ совокупности они очень часто открываютъ намъ глаза, и я лично ими теперь очень увлекаюсь, но я хочу сказать, что, пользуясь ими и забывая общій клиническій разборъ случая, мы большею частью діагноза поставить не можемъ, наоборотъ—пользуясь исключительно общей картиной болѣзни и тщательнымъ анализомъ всѣхъ симптомовъ и анамнеза, мы, не имѣя почему-либо возможности примѣнить сказанные методы изслѣдованія, тѣмъ не менѣе нерѣдко можемъ съ увѣренностью установить наше распознаваніе.

Изъ вышесказаннаго только слѣдуетъ, что увлекаться преим-

щественно сложными методами изслѣдованія, подчасъ доступными только «für uns Spezialisten», практическому врачу не слѣдуетъ и отворачиваться отъ «грубой эмпирики» старыхъ «маэстро» пока небезопасно.

Вотъ тѣ соображенія, по которымъ я «на зарѣ» новой клиники, уходящей наполовину изъ больничной палаты въ лабораторію, считалъ возможнымъ и небезполезнымъ подѣлиться съ моими слушателями и товарищами тѣмъ «старымъ» клиническимъ матеріаломъ, который накопился у меня за болѣе чѣмъ 30-лѣтнюю врачебную дѣятельность, по вопросу, еще недостаточно разработанному. Надѣюсь, что эти мои чисто клиническія наблюденія могутъ еще пригодиться практическому врачу, а можетъ быть, и вызвать новыя изслѣдованія въ томъ-же направленіи; думаю, что теперь какъ-разъ моментъ покончить со старыми счетами и «открыть» новые, можетъ быть старые итоги эти еще понадобятся, пока не будутъ подведены новые.

Вотъ тѣ мысли, съ которыми я приступилъ къ печатанію перваго выпуска моей «клиники заболѣваній суставовъ». Если я не ошибаюсь въ своей точкѣ зрѣнія и встрѣчу сочувствіе моимъ взглядамъ, то за первымъ выпускомъ, надѣюсь, послѣдуютъ и другіе.

Н. Вельяминовъ.

Гарболово.  
31/xii 1909 г.



## Лекція I.

Мм. Гг.

Заболѣванія суставовъ *sui generis* встрѣчаются при сифилисѣ, какъ въ періодѣ кондиломатозномъ, такъ и въ періодѣ гуммозномъ, какъ при сифилисѣ приобретенномъ, такъ и наследственномъ.

Какое-то пораженіе суставовъ, выражающееся клинически только болями, наблюдается иногда, по словамъ специалистовъ, очень рано, даже въ періодѣ инкубаціи сифилиса, но эти раннія артралгіи мало интересуютъ хирурговъ, да и мало имъ знакомы, такъ какъ наблюдаются, по понятнымъ причинамъ, почти исключительно сифилидологами.

Немногимъ больше должны интересовать насъ — хирурговъ — и тѣ острые и подострые полиартриты вторичнаго періода, которые чаще проявляются одновременно съ первыми сифилитическими высыпями, а иногда и позже, вообще въ теченіе кондиломатознаго періода; артриты эти, въ формѣ серозныхъ синовитовъ съ повышенной и даже высокой  $t^0$ , протекаютъ подъ клинической картиной остраго суставнаго ревматизма и поэтому нѣкоторыми авторами даже называются «сифилитическимъ псевдо-ревматизмомъ».

Понятно, что и эти сифилитическія заболѣванія суставовъ, такъ-же какъ и хроническіе артриты кондиломатознаго періода, тоже не подлежатъ компетенціи хирурговъ, такъ какъ и эти случаи обычно находятся подъ наблюденіемъ сифилидологовъ, а въ наши руки попадаютъ только случайно. Конечно, во избѣжаніе крупныхъ ошибокъ, каждый образованный врачъ долженъ быть знакомъ и съ этимъ проявленіемъ сифилиса, но изучать и описывать его — дѣло специалистовъ; мы не можемъ и не должны даже братья за это, уже просто потому, что съ этой формой заболѣванія суставовъ не можемъ даже быть хорошо знакомы, такъ какъ въ нашей хирургической практикѣ подобные случаи — большая рѣдкость. Такъ, за болѣе чѣмъ 30-лѣтнюю мою хирургическую дѣятельность я видѣлъ сифилитическій полиартритъ вторичнаго періода всего одинъ только разъ.

(1) Много лѣтъ тому назадъ въ мою амбулаторію явилась какъ-то молодая женщина съ жалобами на сильныя боли въ суставахъ и лихорадку. По словамъ больной, будучи до этого вполне здоровой, она почувствовала за день до посѣщенія нашей амбулаторіи жаръ, недомоганіе и сильныя боли почти во всѣхъ суставахъ; боли эти постепенно усиливались и больная, хромяя и страдая, едва дотащилась до лечебницы. При осмотрѣ я нашелъ большинство суставовъ опухшими, болѣзненными и съ небольшимъ въ нихъ серознымъ выпотомъ;

то около 40°. Хорошо помню, что поражены были все большіе суставы на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, но особенно болѣзненъ былъ одинъ изъ тазобедренныхъ суставовъ; были-ли захвачены и мелкіе суставы, я не помню. Диагнозъ остраго суставнаго ревматизма былъ уже занесенъ въ книгу, а салициловый натръ—этотъ другъ неопытныхъ діагностовъ—былъ уже мною прописанъ; смущало меня одно, а именно, что больная съ острымъ ревматизмомъ, при такомъ большомъ числѣ пораженныхъ суставовъ и такой т°, могла, хотя и съ трудомъ, добраться до лечебницы; такого ревматизма я еще не видѣлъ и, поэтому, продолжалъ тщательно осматривать больную; неожиданно я замѣтилъ рѣзкое припуханіе лимфатическихъ железъ, а затѣмъ, осмотрѣвъ грудь, увидѣлъ типичную сифилитическую розеолу. Источникъ инфекціи тоже былъ ясенъ, такъ какъ въ больной не трудно было узнать *puellam publicam*. Тогда, вмѣсто *natr. salicylicі*, мы сдѣлали больной инъекцію какого-то употреблявшагося нами тогда ртутнаго препарата и посоветовали ей немедленно поступить въ больницу. Однако, дня черезъ три, больная снова явилась ко мнѣ на пріемъ, почти не хромя, и заявила, что вскорѣ послѣ впрыскиванія ей стало гораздо лучше и боли въ суставахъ настолько утихли, что она рѣшила въ больницу не поступать; конечно, мы отказались продолжать леченіе и настоятельно потребовали отъ больной поступленія въ больницу.

Другое дѣло — заболѣванія суставовъ въ гуммозномъ періодѣ сифилиса и при позднихъ наследственныхъ формахъ; эти артриты, встрѣчающіеся, какъ мы увидимъ ниже, далеко не рѣдко и даже гораздо чаще, чѣмъ это многіе думаютъ, уже всецѣло принадлежать области хирургіи и, несомнѣнно, чаще наблюдаются хирургами, чѣмъ сифилидологами. Стоитъ-ли пояснять почему? Само собою понятно, что больные, одержимые хроническимъ страданіемъ сустава, обычно обращаются къ хирургамъ; къ сифилидологу обратится больной, страдающій хрон. артритомъ, развѣ только въ томъ случаѣ, если онъ почему-либо знаетъ или можетъ предположить, что причиной его болѣзни служитъ сифилисъ. А много-ли такихъ больныхъ? Конечно, нѣтъ. Публика, даже изъ интеллигентныхъ слоевъ общества, вообще мало знакома съ проявленіями третичнаго сифилиса, а тѣмъ болѣе съ сифилитическими пораженіями суставовъ, да это и немудрено, когда съ этими артритами до сихъ поръ мало знакомы даже врачи. О малоинтеллигентныхъ больныхъ и говорить нечего, они у насъ на Русѣ, хотя и очень часто страдаютъ *lues* омъ, но, конечно, не только не подозрѣваютъ о возможной связи заболѣванія сустава съ бывшимъ сифилисомъ, но очень часто, даже болѣею частью, какъ я это докажу ниже цифрами, даже не знаютъ, что болѣли когда-либо этой болѣзвью. Поэтому-то намъ, хирургамъ, гораздо чаще приходится имѣть дѣло съ болѣзнями суставовъ при гуммозномъ и наследственномъ сифилисѣ, чѣмъ сифилидологамъ, изъ коихъ многіе еще очень недавно не знали этого проявленія сифилиса или даже сомнѣвались въ возможности существованія такихъ артритовъ. Вотъ почему особенно намъ, русскимъ хирургамъ, работающимъ среди малокультурнаго населенія, пораженнаго сифилисомъ въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ почти поголовно, основательное

знакомство съ третичными и наследственными формами сифилиса костей и суставовъ прямо-таки обязательно, если мы не желаемъ оставлять безъ помощи цѣлые десятки и даже сотни больныхъ, когда нѣсколько банокъ раствора іодистаго калия могутъ быстро вернуть имъ здоровье и работоспособность.

Считаю излишнимъ, Мм. Гг., касаться здѣсь общихъ вопросовъ по отношенію третичнаго сифилиса, не сомнѣваясь, что вы уже достаточно слышали о немъ въ другой аудиторіи, но позволю себѣ нѣсколько остановиться на вопросѣ о наследственномъ сифилисѣ, чтобы выяснитъ вамъ мою точку зрѣнія въ этомъ отношеніи и рѣче ограничить ту область въ ученіи о сифилисѣ суставовъ, которую я имѣю въ виду въ этихъ моихъ лекціяхъ. Условиться намъ съ вами въ нѣкоторыхъ общихъ вопросахъ по отношенію къ наследственному сифилису уже необходимо потому, что именно въ этой крайне интересной и важной въ практическомъ отношеніи области сифилидологии между врачами до сихъ поръ не существуетъ полного согласія или, вѣрнѣе, не выработалось вполне установившагося взгляда.

Въ наследственномъ сифилисѣ мы различаемъ, какъ извѣстно, двѣ категоріи формъ его проявленія: раннія формы (*syphilis héréditaire précoce*) и позднія (*syphilis héréditaire tardive—syphilis hereditaria tarda*).

Ранними формами мы называемъ тѣ проявленія сифилиса, которыя наблюдаются у новорожденныхъ и у ребятъ приблизительно до 2—3-лѣтняго возраста, поздними—тѣ, которыя сказываются главнымъ образомъ послѣ 10 лѣтъ, въ періодѣ развитія половой зрѣлости, у отроковъ, и позже—даже у взрослыхъ, хотя иногда встрѣчаются и до 10 лѣтъ, у 4—10-лѣтнихъ дѣтей. Такое опредѣленіе даетъ Fournier.

Спеціально кости и суставы поражаются какъ при раннемъ, такъ и при позднемъ наследственномъ сифилисѣ.

Ранній наследственный сифилисъ суставовъ обычно выражается въ формѣ такъ назыв. *osteochondritis syphilitica epiphysaria* и хорошо изученъ благодаря, главнымъ образомъ, исчерпывающимъ вопросамъ работамъ Wegener'a.

Объ этихъ сифилитическихъ заболѣваніяхъ у новорожденныхъ и дѣтей въ первые 2—3 года ихъ жизни я говорю здѣсь не намѣренъ, потому что я самъ съ этими формами сифилиса сравнительно меньше знакомъ практически, по той простой причинѣ, что относящійся сюда клиническій матеріалъ намъ, хирургамъ, мало доступенъ, такъ какъ этого рода больные рѣдко къ намъ обращаются за помощью и чаще остаются на рукахъ сифилидологовъ или педиатровъ. Такимъ образомъ, въ нашихъ дальнѣйшихъ бесѣдахъ я ограничусь описаніемъ и изученіемъ только сифилитическихъ артритовъ третичнаго періода и позднихъ наследственныхъ, которые я причисляю къ заболѣваніямъ чисто хирургическимъ.

Считаю не бесполезнымъ указать вамъ, что именно этотъ поздній наслѣдственный сифилисъ, всего болѣе насъ здѣсь интересующій, получилъ полныя права гражданства въ наукѣ еще очень недавно и до самаго послѣдняго времени служилъ и служить, пожалуй, предметомъ разногласія между врачами.

Если Hutchinson, Diday, Lannelongue, Augagneur, Zeissl и друг. своими изслѣдованіями поздняго наслѣдственнаго сифилиса и внесли не малую лепту въ эту важную и интересную главу ученія о сифилисѣ, то наибольшая заслуга выясненія и популяризаціи этого вопроса безспорно принадлежитъ Fournier. Насколько возможность проявленія впервые наслѣдственнаго сифилиса у отроковъ и даже взрослыхъ мало сознавалась врачами еще въ концѣ прошлаго XIX столѣтія, можно заключить изъ словъ того-же Fournier, который въ своихъ лекціяхъ еще въ 1886 г. прямо утверждаетъ, что врачи не вѣрятъ въ существованіе этихъ формъ наслѣдственнаго сифилиса и поэтому нерѣдко впадаютъ въ грубыя діагностическія ошибки. Долженъ сказать, что если послѣ изданія этихъ своихъ лекцій знаменитому сифилидологу и удалось до извѣстной степени переубѣдить врачебный міръ, то все-же и до сихъ поръ его ученіе, какъ я это могу утверждать на основаніи личнаго опыта, еще недостаточно извѣстно врачамъ-практикамъ, не специалистамъ. Между тѣмъ признаніе позднихъ формъ наслѣдственнаго сифилиса и основательное знакомство съ ними имѣютъ громадное практическое значеніе для врача вообще, а для хирурга въ особенности, — такъ какъ цѣлая группа заболеванийъ костей и суставовъ у дѣтей, юношей и молодыхъ людей дѣлается доступной рациональному и, слѣдовательно, успѣшному леченію только въ томъ случаѣ, если мы согласимся признать ихъ проявленіями сифилиса при безусловномъ отсутствіи указаній на бывшую первичную инфекцію у самого больного.

Конечно, я не имѣю возможности изложить вамъ все сюда относящееся, но считаю, однако, не бесполезнымъ дать отвѣты на нѣкоторые важные въ практическомъ отношеніи, общіе вопросы.

1) Отличаются-ли патолого-анатомически и клинически позднія формы наслѣдственнаго сифилиса отъ третичныхъ формъ пріобрѣтеннаго сифилиса вообще и таковыхъ-же при сифилисѣ, пріобрѣтенномъ въ раннемъ дѣтствѣ?

2) Какова связь между раннимъ и позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ?

3) До какого возраста можетъ проявляться наслѣдственный сифилисъ?

4) Какіе признаки, находимые у больного, позволяютъ намъ заподозрить, предположить или даже увѣренно діагностицировать поздній наслѣдственный сифилисъ?

Постараюсь отвѣтить на эти вопросы возможно короче, главнымъ

образом—на основаніи изслѣдованій Fournier и, отчасти, пользуясь своими собственными наблюденіями.

1) Прежде всего долженъ сказать, что гуммозные пораженія при приобрѣтенномъ сифилисѣ ни клинически, ни анатомически отъ такихъ-же пораженій при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ въ сущности ничѣмъ не отличаются, во всякомъ случаѣ—по отношенію къ костямъ и суставамъ. Несомнѣнно, что сифилисъ можетъ быть приобрѣтенъ и въ самомъ раннемъ дѣтствѣ, съ момента рожденія ребенка, въ первые дни, недѣли, мѣсяцы и годы его жизни. Несомнѣнно также, говоритъ Fournier, что и этотъ сифилисъ даетъ тѣ-же третичныя формы, какъ и сифилисъ, позже приобрѣтенный, причѣмъ гуммозныя формы могутъ проявиться впервые и болѣе или менѣе поздно, т. е. въ 10, 15, 20 и 25-лѣтнемъ возрастѣ. Такъ какъ поздній наслѣдственный сифилисъ проявляется тоже въ третичныхъ формахъ, то пораженія костей и суставовъ могутъ выражаться клинически и анатомически совершенно одинаково какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ. Главнымъ критеріемъ для отличія одного отъ другого могутъ служить, конечно, данныя анамнеза, но эти послѣднія именно въ подобныхъ случаяхъ, въ громадномъ большинствѣ ихъ, отсутствуютъ. Тогда приходится основываться на нѣкоторыхъ признакахъ, характерныхъ только для наслѣдственнаго сифилиса. Однако Fournier прямо указываетъ, что есть и такіе случаи, гдѣ, при отсутствіи этихъ признаковъ наслѣдственнаго lues'a, оказывается совершенно невозможнымъ сказать съ увѣренностью, имѣемъ-ли мы предъ собою третичную форму сифилиса, приобрѣтеннаго въ раннемъ дѣтствѣ, или позднюю форму сифилиса наслѣдственнаго. Этимъ-то обстоятельствомъ и объясняется отчасти тотъ скептицизмъ, съ которымъ нѣкоторые врачи, даже до сихъ поръ, относятся къ позднему наслѣдственному сифилису. У насъ, въ Россіи, съ положительностью исключать сифилисъ, приобрѣтенный въ дѣтствѣ, приходится особенно осторожно, такъ какъ при распространенности сифилиса кондилломатознаго періода въ нашихъ деревняхъ, при некультурности и образѣ жизни нашего простонародья, зараженіе ребятъ, вѣроятно, явленіе не такое уже рѣдкое. Что касается моихъ личныхъ наблюденій въ этомъ отношеніи, то мнѣ приходилось видѣть довольно много случаевъ, гдѣ наслѣдственность можно было только подозрѣвать, но съ положительностью исключить первичную инфекцію въ раннемъ дѣтствѣ было невозможно, поэтому въ моемъ матеріалѣ я отмѣчалъ случаи наслѣдственнаго сифилиса, по возможности опираясь на присутствіе у больныхъ извѣстныхъ характерныхъ признаковъ наслѣдственнаго сифилиса, но очень можетъ быть, что между этими моими случаями, признанными за наслѣдственные, случайно оказались и случаи сифилиса, приобрѣтеннаго въ дѣтствѣ.

2) Поздній наслѣдственный сифилисъ наблюдается иногда, какъ первое вообще проявленіе этой болѣзни у субъектовъ, до того никогда ничѣмъ подобнымъ не страдавшихъ. Далѣе, поздній сифилисъ можетъ по-

разить больного, у котораго въ дѣтствѣ уже проявлялся ранній наследственный сифилисъ, исчезнувшій самостоятельно или излеченный. Наконецъ, раннія формы могутъ затянуться и перейти въ такія формы, кои принадлежатъ уже къ группѣ поздняго наследственного сифилиса; такъ, напр., у подростка со слѣдами ранняго эпифизарнаго остеохондрита можетъ развиваться въ томъ-же суставѣ сифилитическая водянка или «ложная бѣлая опухоль» и т. п.

(2) На-дняхъ я имѣлъ случай демонстрировать вамъ такую больную. Вы помните, что эта здоровая на видъ дѣвушка, 25 лѣтъ, поступила къ намъ въ клинику съ жалобами на опухоль въ правомъ колѣнѣ и на ночныя боли какъ въ этомъ колѣнѣ, такъ и въ другихъ суставахъ. Въ правомъ колѣнѣ мы нашли хроническій серозно-ворсинчатый синовитъ (*synovitis seroso-villosa chron.*), въ лѣвомъ — лишь мало выраженный серозный синовитъ; кромѣ того у больной имѣются втянутые рубцы (какъ-бы отъ вскрывшихся когда-то глубокихъ, около-костныхъ гнойниковъ) въ области эпифизовъ: нижняго — на правомъ бедрѣ, нижнихъ-же — обѣихъ плечевыхъ костей и верхняго — правой плечевой кости; имѣются еще и сросшіеся съ костью рубцы въ затылочной области. Б. говоритъ, что, по словамъ ея родителей, рубцы эти остались у нея послѣ какой-то болѣзни, которую она перенесла въ возрастѣ 9 мѣсяцевъ. Мы предположили, что эта дѣвушка въ дѣтствѣ болѣла раннимъ наследственнымъ сифилисомъ въ формѣ *osteochondritis epiphysaria syphilit. multiplex* и гуммозныхъ періоститовъ черепа; новое пораженіе колѣнныхъ суставовъ, появившееся нѣсколько недѣль тому назадъ, мы тоже признали за проявленіе поздняго наследственного сифилиса, причемъ эта артропатія праваго колѣна могла представлять собой совершенно самостоятельное проявленіе поздняго наследственного сифилиса, или-же могла быть въ связи съ перенесеннымъ въ дѣтствѣ эпифизитомъ. Диагнозъ нашъ подтвердился, такъ какъ іодистый калий быстро уменьшилъ ночныя боли, постепенно совершенно исчезнувшія, а послѣ пункции и промыванія праваго колѣннаго сустава всосался и экссудатъ; дальнѣйшее затѣмъ леченіе іодистымъ калиемъ въ большихъ дозахъ привело къ полному выздоровленію.

3) По словамъ Jullien, Augagneur, собравшій 83 случая поздняго наследственного сифилиса, приводитъ между прочимъ 9 случаевъ, гдѣ относящимися сюда формами страдали люди, имѣвшіе уже болѣе 40 лѣтъ, а одинъ изъ этихъ больныхъ былъ въ возрастѣ 65 лѣтъ. Однако Fournier, упоминая о подобныхъ случаяхъ и не отрицая возможности существованія столь позднихъ формъ, считаетъ имѣющіяся такого рода наблюденія (какъ чужія, такъ и свои) недостаточно повѣренными и доказательными; онъ самъ имѣлъ возможность съ полной достовѣрностью доказать наличность наследственного сифилиса у субъектовъ не старше 30 лѣтъ, и поэтому не считаетъ себя вправе утверждать, что наследственный сифилисъ проявляется и послѣ 30 лѣтъ. Долженъ съ своей стороны добавить, что я самъ вѣрю въ возможность очень поздняго проявленія наследственного сифилиса, но такъ-же, какъ и Fournier, не могу это доказать наблюденіями, тѣмъ болѣе, что чѣмъ старше

субъектъ, тѣмъ труднѣе и труднѣе съ положительностью исключить сифилисъ приобрѣтенный, а, слѣдовательно, признать данное поражение за наследственную форму.

4) Что касается, наконецъ, признаковъ позднего наследственного сифилиса, то обычно ни одинъ изъ нихъ самъ по себѣ не можетъ считаться достаточнымъ, чтобы, основываясь только на немъ одномъ, признать больного наследственнымъ сифилитикомъ; однако совокупность нѣкоторыхъ признаковъ даетъ намъ нерѣдко возможность не только предположить у больного наследственный сифилисъ, но даже съ увѣренностью констатировать его.

Fournier перечисляетъ слѣдующіе признаки наследственного сифилиса:

1. Habitus и facies больного.
2. Инфантилизмъ и нѣкоторое физическое недоразвитіе организма.
3. Деформаціи черепа и носа.
4. Деформаціи скелета.
5. Типичныя рубцы на кожѣ и слизистыхъ.
6. Пораженіе органа зрѣнія.
7. Пораженіе органа слуха.
8. Неправильности въ развитіи и строеніи зубовъ.
9. Пораженія testiculorum.

Конечно, я далекъ отъ мысли подробно излагать вамъ суть и значеніе всѣхъ этихъ аномалій въ организмѣ наследственного сифилитика, что завело-бы насъ слишкомъ далеко,—интересующихся я отсылаю къ учебникамъ сифилидологіи и къ классическому сочиненію Fournier; укажу только тѣ изъ всѣхъ этихъ признаковъ, коимъ я, на основаніи очень большого собственнаго матеріала, придаю наибольшее значеніе. Таковыми я считаю: habitus больного in toto, включая и инфантилизмъ, «сифилитическіе» зубы, пораженіе органа зрѣнія, деформаціи скелета—пользуясь этими стигматами наследственного сифилиса и основательно изучивъ ихъ въ клиникѣ и амбулаторіи, вы, я надѣюсь, вскорѣ будете въ состояніи быстро и вѣрно ориентироваться и разбираться даже въ запутанномъ случаѣ хроническаго заболѣванія сустава.

Въ чемъ-же, однако, эта характерность перечисленныхъ признаковъ? Объ этомъ можно говорить очень много, но это излишне, такъ какъ въ сущности все сводится къ слѣдующему:

Habitus больного: наследственный сифилитикъ отличается прежде всего типичнымъ цвѣтомъ кожи; она блѣдна, но сѣровато-землистаго оттѣнка. Самъ больной на видъ значительно моложе своихъ лѣтъ; онъ дѣлаетъ впечатлѣніе физически недоразвитаго субъекта, онъ долго «остается ребенкомъ»; такъ, напр., юноша лѣтъ 17—18 имѣетъ видъ 12—14-лѣтняго мальчика. Обычно у этихъ больныхъ общее питаніе рѣзко понижено, но рядомъ съ этимъ мнѣ приходилось наблюдать въ сифилитическихъ семьяхъ и болѣзненно ожирѣвшихъ дѣтей (obesitas) или юношъ. Объ этомъ проявленіи наследственного lues'a я въ литературѣ нигдѣ не

читаль, но думаю, что не ошибаюсь. Когда вы замѣтите въ семьѣ такого до безобразія ожирѣвшаго ребенка, посмотрите другихъ дѣтей и въ большинствѣ случаевъ вы найдете между ними и несомнѣнныхъ сифилитиковъ. Нерѣдко голова сифилитика бываетъ больше, чѣмъ-бы это слѣдовало при его ростѣ; лобные и теменные бугры часто значительно развиты (*crâne patifforme*), иногда встрѣчается и очень типичный выпуклый и высокій лобъ (*front olympien*). Носъ у наследственнаго сифилитика часто сѣдлообразный (*habitus scrophulosus* старыхъ авторовъ), но этому признаку, если форма носа только зависитъ отъ индивидуальной аномаліи развитія, а не отъ послѣдствій гуммознаго процесса, я не совѣтую придавать большого значенія.

Особенно характернымъ признакомъ я считаю «сифилитическіе» зубы, въ томъ числѣ и такъ назыв. Hutchinson'овскіе зубы. Fournier приводитъ цѣлый рядъ разновидностей неправильнаго развитія, расположенія и величины зубовъ у наследственныхъ сифилитиковъ. По моимъ наблюденіямъ чаще всего у нихъ встрѣчаются зубы (особенно рѣзцы) наполовину покрытые гладкой эмалью, причѣмъ свободный край, гладкой эмалью не покрытый, продольно исчерченъ, а край зазубренъ на-подобіе пилы. Кромѣ того я нерѣдко видѣлъ и зубы Hutchinson'a съ серповидно вогнутымъ нижнимъ краемъ рѣзцовъ, принимающимъ иногда и типичную форму буравчика.

Что касается измѣненій въ глазахъ, то типичными слѣдуетъ признать здѣсь кератиты со всѣми ихъ послѣдствіями.

Позвольте здѣсь сдѣлать маленькое отступленіе, чтобы сообщить вамъ крайне интересную историческую справку. Въ 1906 г. въ *Beiträge zur klin. Chirurgie* Bruns'a появилась крайне интересная во многихъ отношеніяхъ статья Bosse (изъ клиники проф. Hildebrand'a), трактующая о пораженіи суставовъ при позднемъ наследственномъ сифилисѣ. Изъ этой статьи мы узнаемъ, что если мы, хирурги, въ случаяхъ хроническихъ артритовъ пользуемся кератитами, какъ признакомъ наследственнаго сифилиса, то офтальмологи поступаютъ обратно и считаютъ пораженіе суставовъ при кератитѣ за признакъ, доказывающій между прочимъ, что кератитъ сифилитическій. Оказывается, что Förster въ 1876 г. первый указалъ на частое совпаденіе интерстиціальнаго кератита съ наследственно-сифилитическими пораженіями суставовъ. Такъ какъ кератитъ, говоритъ Bosse, по мнѣнію Greeffa, самое частое проявленіе прирожденнаго сифилиса <sup>1)</sup>, то понятно, почему на частое заболѣваніе суставовъ при наследственномъ сифилисѣ было указано именно офтальмологами. Интересно, что тотъ-же Bosse въ 1895 г. въ клиникѣ Schweigger'a, подъ руководствомъ тогдашняго ассистента клиники Greeffa, написалъ диссертацию о сифилитическихъ артритахъ при на-

<sup>1)</sup> Кератиты наблюдаются у наследственныхъ сифилитиковъ по Michel'ю въ 55%, по Silex'у въ 83% всѣхъ случаевъ (Bosse l. c.).



слѣдственномъ сифилисѣ. Повидимому эта диссертация Bosse, какъ и другія наблюденія офтальмологовъ въ этой области, мало извѣстна хирургамъ; признаюсь, я о ней узналъ случайно, да и не встрѣчалъ упоминанія о ней въ хирургической литературѣ. Въ 1906 г. Bosse, уже въ качествѣ ассистента Hildebrand'a, въ вышеназванной статьѣ разработалъ матеріалъ изъ клиники послѣдняго, пользуясь одновременно и матеріаломъ сосѣдней глазной клиники Greeff'a, нынѣ проф. въ берлинской Charité.

Fournier наблюдалъ поражение глазъ въ 101 случ., а собственно кератитъ въ 88 случ. (41<sup>0</sup>/о) изъ 212 случ. поздняго наслѣдственнаго сифилиса.

Изъ вышесказаннаго ясно, что, слѣдовательно, кератитъ или его послѣдствіе—одинъ изъ наиболѣе цѣнныхъ признаковъ наслѣдственнаго сифилиса. Понятно тоже, почему сифилитическія офтальміи причисляются къ такъ называемой триадѣ Hutchinson'a, т. е. къ тѣмъ тремъ признакамъ, которые наиболѣе характерны для прирожденнаго lues'a; эту триаду составляютъ: сифилитическіе зубы, пораженія органовъ зрѣнія и слуха; что касается зубовъ и глазъ, то и я считаю ихъ наичае встрѣчающимися и наиболѣе характерными признаками наслѣдственнаго сифилиса, поражение-же органа слуха, наблюдавшееся Fournier въ 19<sup>0</sup>/о, въ моихъ наблюденіяхъ такъ часто не встрѣчалось, и, по моему, не такъ характерно для этихъ сифилитиковъ, какъ многія другія проявленія lues'a; я лично замѣнилъ-бы въ триадѣ Hutchinson'a пораженія органа слуха пораженіями скелета, которыя, какъ по моимъ наблюденіямъ, такъ и по статистикѣ Fournier, встрѣчаются такъ-же часто, какъ и кератитъ (40<sup>0</sup>/о). Оставляя пока въ сторонѣ заболѣванія суставовъ, такъ какъ вѣдь они служатъ предметомъ этихъ лекцій, и я ниже, слѣдовательно, о нихъ только и буду говорить, я обращаю здѣсь ваше вниманіе на пораженія собственно костей, особенно трубчатыхъ.

Характерна для сифилитическихъ остеоперіоститовъ наклонность къ новообразованію костнаго вещества, въ видѣ гиперостозовъ и остеофитовъ, все равно, будутъ-ли поражены эпи- или діафизы. Поэтому при пораженіи эпифизовъ легко получаютъ обезображиванія суставовъ; кромѣ того нерѣдко наблюдаются и нарушенія правильнаго роста костей. При разрушеніи гуммоznымъ процессомъ эпифизарнаго хряща могутъ наблюдаться задержки въ ростѣ кости, но при позднихъ формахъ наслѣдственнаго сифилиса такую задержку роста мы наблюдали рѣдко, обычно это бываетъ послѣдствіемъ ранняго наслѣдственнаго lues'a. При syphilis hereditaria tarda я часто наблюдалъ обратное — раздраженіе эпифизарнаго хряща гуммой или гуммоznымъ оститомъ и, какъ послѣдствіе, усиленный ростъ кости и удлиненіе одной этой кости или всей конечности. Такъ, напр., мнѣ приходилось видѣть нѣсколько разъ при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ непропорціонально длинныя голени, бедренныя и плечевыя кости, чего, напр., при туберкулезѣ я никогда не видѣлъ. Долженъ сказать, что,

на мой взгляд, ненормально длинныя конечности такъ-же характерны для наследственнаго сифилиса, какъ безмѣрно короткія конечности характерны для пораженія щитовидной железы (болѣзнь Бека).

Особенно типичныя обезображиванія конечностей получаютъ на голеняхъ, а иногда и на предплечьяхъ, когда усиленно растутъ одна изъ двухъ костей, напр., *tibia*, причеиъ *fibula* растетъ нормально. При такихъ обстоятельствахъ *tibia* стягивается по своимъ концамъ болѣе ко-



Рис. 1. Osteoperiostitis tibiарum heredo-syphilitica. удлинение и искривленіе *tibiae* dextr. (Собственное наблюденіе).

роткой малоберцовой костью, дугообразно выгибается впередъ и внутрь, а стопа становится въ положеніе *pedis valgi*. Такой типичный случай я могу показать вамъ на этихъ рисункахъ (см. рис. 1 и 2). Интересно, что точь-въ-точь такой-же случай, какъ вы можете убѣдиться изъ рисунка (рис. 3), изображенъ у Fournier. Въ обоихъ случаяхъ, кромѣ искривленія *tibiae*, имѣется и разлитой гуммозный остеоперіоститъ кости

съ значительнымъ ея утолщеніемъ. То-же, но въ начальной стадіи, видно и на другой фотографіи моей коллекціи (см. рис. 4).

Очень схожія деформаціи предплечія можно видѣть въ тѣхъ случаяхъ, когда усиленно растетъ ulna или radius. Удлиненіе плечевой кости замѣтно и у больного на рис. 9.

О вышеописанныхъ деформацияхъ и удлиненіяхъ костей (femur, tibia, radius) при наследственномъ сифилисѣ, въ возрастѣ развитія половой зрѣлости и позже, упоминаетъ и Lang въ своихъ лекціяхъ (изданіе 1896 г.,



Рис. 2. Тотъ-же случай, что и на рис. 1.

стр. 684), напоминая вмѣстѣ съ тѣмъ подобные случаи, описанные Смирновымъ, Werther'омъ и Joachimsthal'емъ. У больного Werther'a удлиненіе и искривленіе правой голени было, какъ объ этомъ можно судить по рисунку, очень схожее съ тѣмъ, которое изображено въ моемъ случаѣ (рис. 1 и 2) и въ случаяхъ Fournier и Schede. Схематическій рисунокъ случая Joachimsthal'я здѣсь прилагаю (рис. 5).

Очень интересное нарушение роста костей нижней конечности представлялъ одинъ нашъ амбулаторный больной, какъ объ этомъ можно судить по снятой съ него фотографіи (рис. 6): какъ хорошо видно на рисункѣ, лѣв. нижняя конечность сильно изогнута выпуклостью кнаружи (*genu valgum*); произошло это вслѣдствіе рѣзкаго удлиненія костей голени (повидимому, больше удлинена *fibula*), какъ объ этомъ можно судить по положенію *patellae*, стоящей на лѣвой конечности гораздо выше, чѣмъ



Рис. 3. Syphil. hereditaria tarda. (Случай Fournier).

на правой; искривленіе конечности въ положеніи *genu valgum* зависитъ отчасти отъ излишней длины голени, отчасти отъ деформациі внутренняго мышелка бедра и вообще эпифиза *o. femoris*, вѣроятно, вслѣдствіе разрушенія эпифиза каріознымъ процессомъ (рубцы). Къ сожалѣнію, въ то время, когда мы наблюдали этого больного, мы еще не располагали рентгеноскопией.

Помимо описанныхъ нарушеній роста костей крайне характерны для

наслѣдственнаго сифилиса всѣмъ хорошо извѣстные періоститы и глубокіе оститы діафизовъ съ веретенообразными и цилиндрическими утолщеніями этихъ частей кости, какъ это, напр., видно на рис. 1, 2, 3, 4<sup>1)</sup>.

Не особенно рѣдки и глубокія гуммы діафизовъ, ведущія иногда къ атрофіи и остеопорозу соприрастае и къ самопроизвольнымъ переломамъ, для которыхъ характерно то, что они склонны давать самостоятельное сращиваніе и сращеніе отломковъ, даже при отсутствіи врачебной помощи,

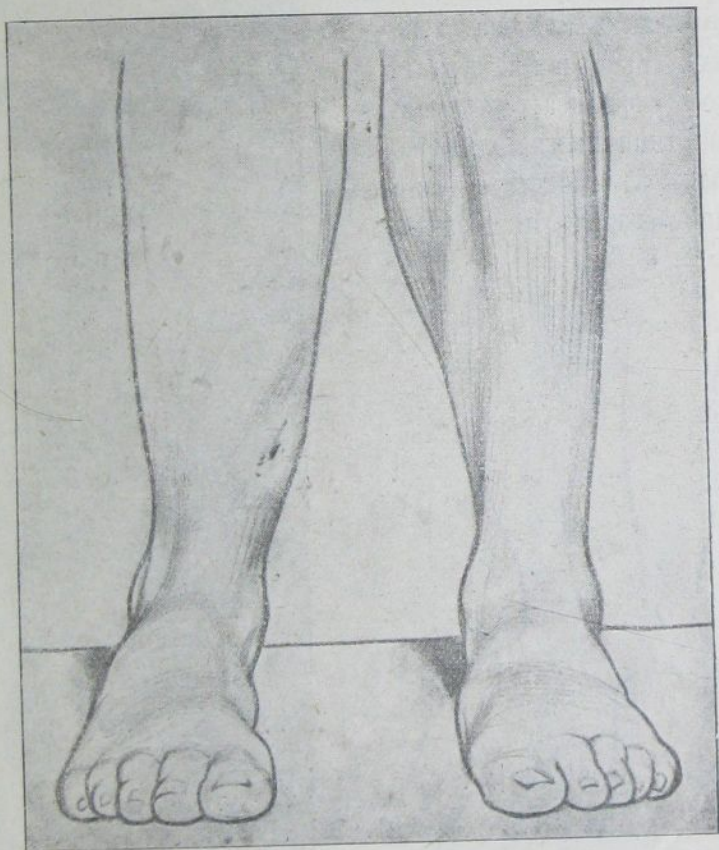


Рис. 4. Osteoperiostitis syphil. и удлиненіе tibiae dextr. Начидающееся искривленіе стопы. (Собственное наблюденіе).

и въ такомъ случаѣ, конечно—въ неправильномъ положеніи. Такие случаи я могу вамъ показать на двухъ этихъ фотографіяхъ (рис. 7 и 8). На рис. 7 видно утолщеніе верхняго конца tibiae, значительное удлиненіе голени, особенно tibiae, и сросшія подъ угломъ переломъ съ изъ-

<sup>1)</sup> Говоря здѣсь о типичныхъ пораженіяхъ костей при syphilis hereditaria tarda, я умышленно умалчиваю о тѣхъ измѣненіяхъ въ костяхъ, которыя извѣстны подъ именемъ *ostitis deformans* или просто — „болѣзни Paget'a“, такъ какъ вопросъ объ этиологии этого заболѣванія скелета пока нельзя еще считать рѣшеннымъ. Если нѣкоторые, какъ, напр., Lannelongue, и склонны видѣть въ болѣзни Paget'a одно изъ отдаленныхъ проявленій наслѣдственнаго сифилиса у взрослыхъ и даже стариковъ, то во всякомъ случаѣ это пораженіе костей слѣдовало-бы причислить къ группѣ заболѣваній „парасифилитическихъ“ и ни въ какомъ случаѣ нельзя признать за нимъ значеніе „стигмата“ наслѣдственнаго lues'a.

язвившимся рубцомъ на вершинѣ угла; на рис. 8 виденъ такой-же сросшейся подъ угломъ переломъ голени, гдѣ мною ради выпрямленія конечности была сдѣлана клиновидная остеотомія.

Довольно типичны и гуммозные періоститы на черепѣ, на другихъ-же плоскихъ и губчатыхъ костяхъ эти гуммозные процессы менѣе характерны.

Долженъ еще отмѣтить, что для всѣхъ гуммозныхъ поражений костей, особенно трубчатыхъ, слѣдовательно— и для этихъ проявленій наследственнаго сифилиса, я считаю очень и очень типичнымъ явленіемъ— ночныя боли въ костяхъ—*dolores osteocopi, dolores nocturni*. Подчерки-

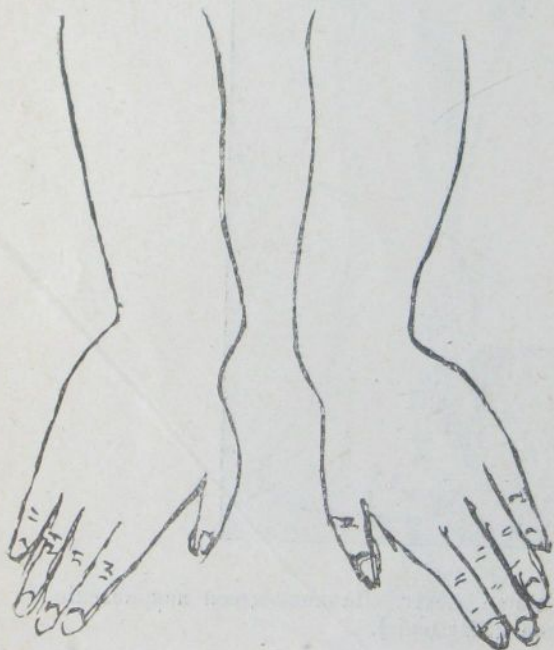


Рис. 5. Osteoperiostitis syphil. костей предплечій. Удлиненіе лучевыхъ костей. Искривленіе рукъ.  
(Случай Joachimsthal'я).

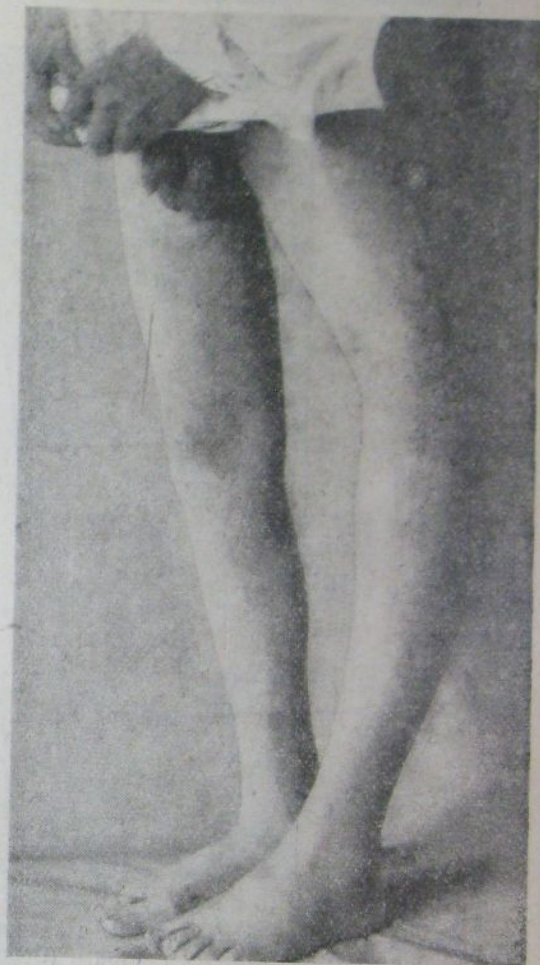


Рис. 6. Osteoperiostitis heredo-syphilit. os. crur. sin. Неравно-мѣрное удлиненіе голени. *Geni varium*. (Собственное наблюденіе).

ваю это потому, что, по моему, большинство авторовъ недостаточно на это указываетъ, а врачи-практики слишкомъ мало обращаютъ вниманія на этотъ цѣнный признакъ<sup>1)</sup>). Какъ часто вы слышали или видѣли въ семьяхъ, что у такого-то ребенка по ночамъ болятъ голени и что по-

<sup>1)</sup> Не безынтересно отмѣтить, что уже Fallopiа и его современники придавали этому клиническому симптому при сифилитическихъ оститахъ патогномическое значеніе. „Peculiare et maximum est symptoma in morbo gallico dolor articulorum...“, пишетъ Fallopiа въ 1555 г. „...hic dolor dies quiescit, noctu, vel ante coenam, vel post coenam solet excruciare et insomnes reddere homines...“

этому онъ не спитъ, мучается и иногда часами, особенно съ вечера, плачетъ. «Опытныя» матери и няни, а, къ сожалѣнію, иногда и врачи, утѣшаются тѣмъ, что «кости болятъ отъ роста». Я не смѣю, конечно, утверждать, что кромѣ наследственнаго сифилиса нѣтъ никакихъ причинъ, могущихъ вызывать такія ночныя боли въ костяхъ, но, по моимъ наблю-

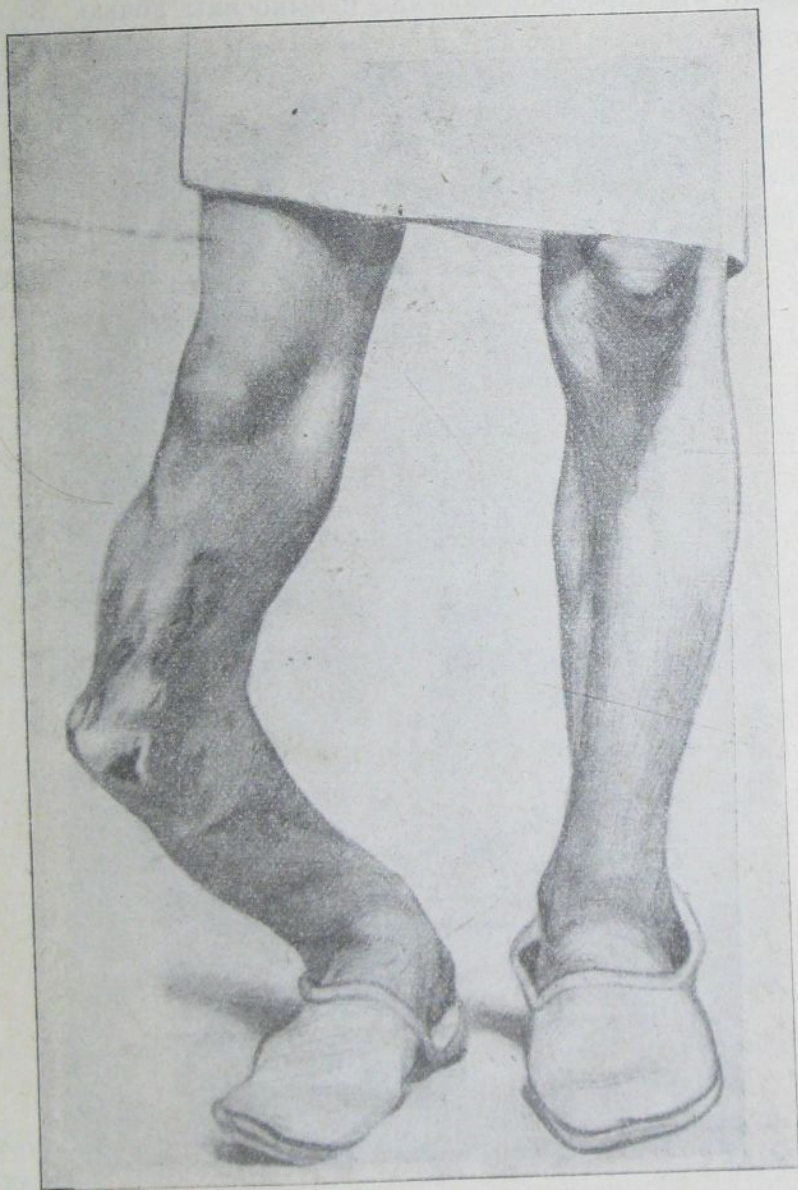


Рис. 7. Osteoperiostitis heredo-syphilit. os. crucis dextr. Gummata prof. tibiae dextr. Fractura spontanea tibiae. Срошение подъ угломъ. (Собственное наблюденіе).

деніямъ, эти боли у дѣтей почти безъ исключенія доказываютъ, что въ семьѣ есть сифилисъ—въ этомъ я убѣждался безконечное число разъ. Понаблюдайте, и вы убѣдитесь, что я правъ. Не стоитъ и говорить, что при объективныхъ признакахъ измѣненій въ костяхъ эти ночныя боли получаютъ еще больше значенія для выясненія характера пораженія

костей. Конечно, при определении позднего наследственного сифилиса и этот признак не следует переоценивать.

(3) Отлично помню одну девочку, лет 15, у которой сначала все жалобы сводились на невыносимые боли в диафизе большеберцовой кости, которая современем стала и припухать на месте болей. Боли эти были постоянны и потому не характерны, но девочка и родители утверждали, что страдания особенно невыносимы ночью. В семье не

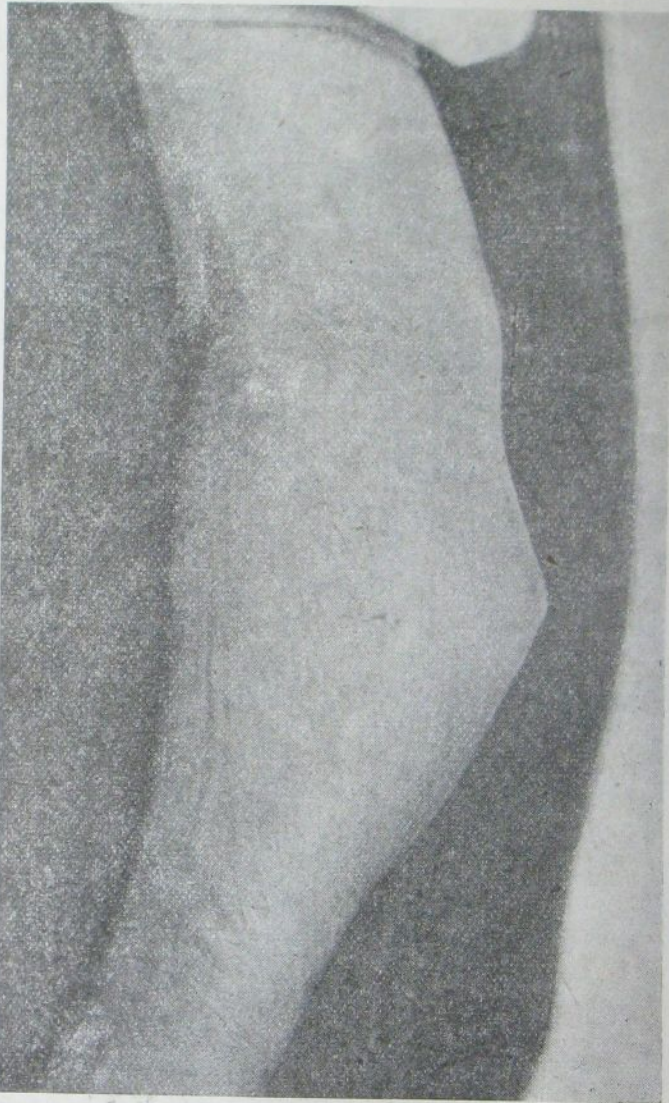


Рис. 8. Syphilis hered. tarda. Gumma prof. tibiae. Fractura spontan. tibiae. Сращение под угломъ. (Собственное наблюдение).

было никаких указаний на lues, у девочки тоже никаких других признаков наследственного заболевания не имело. Тем не менее несколько врачей, лечивших эту больную, подвергали ее специфическому лечению иодомъ и ртутью, то-же сдѣлалъ и я. Однако, когда мы убѣдились, что специфическое лечение остается безъ результата, а опухоль tibiae продолжаетъ увеличиваться, я заподозрилъ центральную саркому и предложилъ пробную трепанацію кости, съ тѣмъ условіемъ,



что если я и еще одинъ приглашенный хирургъ найдемъ саркому, то произведемъ бѣдной дѣвчкѣ ампутацію бедра. Ухудшеніе болей по ночамъ, такъ смущавшее врачей и меня въ томъ числѣ, при болѣе тщательномъ наблюдѣніи за больной объявилось: въ сущности боли были одинаковы и днемъ, и ночью, но больная, измученная этими болями днемъ, къ ночи дѣлалась настолько нервна и чувствительна, что, имѣя въ перспективѣ безсонную ночь, прямо боялась постели и этимъ своимъ страхомъ передъ длинной, мучительной ночью вводила насъ въ заблужденіе. При операціи мы нашли саркому, ампутировали въ бедрѣ и потеряли больную черезъ нѣсколько мѣсяцевъ отъ метастазовъ.

Итакъ, мы разобрали съ вами четыре главныхъ, по моему, признака поздняго наследственнаго lues'a — habitus больного, «сифилитическіе» зубы, кератиты и пораженія скелета. Конечно, и всѣ остальные признаки наследственнаго сифилиса, перечисляемые Fournier и выше мною при-



Рис. 9. Syphilis hereditaria tarda. (Собственное наблюдение).

веденные, какъ, напр., гуммы, рубцы, язвы, кожные сифилиды и т. п., тоже имѣютъ свою большую цѣну при опредѣленіи наследственнаго сифилиса, но распространяться о нихъ здѣсь не стоитъ, и вотъ почему: признаки эти либо уже очень характерны и бросаются въ глаза самому малоопытному врачу, либо они менѣе характерны, чѣмъ перечисленные мною 4 признака, и могутъ казаться спорными, недостаточно доказательными, а, слѣдовательно, и малоцѣнными.

Какъ на типъ больного, страдающаго наследственнымъ сифилисомъ, такого, на котораго стоитъ только взглянуть, чтобы понять, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, позвольте указать вамъ на эту фотографію (рис. 9).

До сихъ поръ я говорилъ вамъ о тѣхъ признакахъ наследственнаго сифилиса, которые мы находили у самого больного субъекта, но кромѣ того мы часто можемъ почерпнуть очень цѣнные данныя для опредѣленія болѣзни изъ исторіи семьи больного. Въ этомъ отношеніи всего больше вниманія заслуживаетъ большая смертность дѣтей въ семьѣ, выкидыши и преждевременные роды у матери больного. Эта *polymortalité infantile*, какъ выражается Fournier, по мнѣнію почти всѣхъ авторовъ, такъ-же, какъ и безпричинные, повидимому, абортъ у матери, всегда очень подозрительны и часто первые указываютъ намъ, гдѣ слѣдуетъ искать объясненія въ томъ или другомъ темномъ заболѣваніи у юноши или дѣвушки изъ такой семьи.

Въ заключеніе этого вступленія къ нашимъ послѣдующимъ бесѣдамъ считаю не бесполезнымъ еще разъ подчеркнуть, что хотя поздній наследственный сифилисъ, какъ вы видите, теперь уже въ значительной степени изученъ, онъ все-же остается какой-то *terra incognita* между врачами, почему-то въ этомъ отношеніи все еще поддающимися рутинѣ старыхъ учебниковъ и предубѣжденіямъ публики, склонной видѣть въ признаніи наследственнаго сифилиса у подростка что-то позорное. Это предубѣжденіе такъ вкоренилось, что я посоветую вамъ хорошо изучить эти позднія формы наследственнаго сифилиса, но, распознавъ ихъ у больного, безъ нужды не называть ихъ своимъ именемъ въ разговорѣ съ родителями, а тѣмъ болѣе—съ воспитателями, если вы не желаете напрасно называть себя недруговъ. Говорю это потому, что много лѣтъ былъ консультантомъ въ закрытыхъ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ, видѣлъ тамъ очень не мало случаевъ поздняго наследственнаго lues'a и на опытѣ научился по возможности не называть этой болѣзни своимъ именемъ. Приѣзжаешь въ такое закрытое учебное заведеніе на консультацію и находишь у барышни 10—16 лѣтъ гуммозный остеоперіоститъ tibiae, ulnae и т. п., или типичную водянку колѣна; мѣстному врачу я говорю очень осторожно; если я замѣчаю, что онъ незнакомъ съ современными взглядами на поздній наследственный lues, то я по возможности избѣгаю называть болѣзнь своимъ именемъ, такъ какъ хорошо знаю, что діагнозъ *syphilis hereditaria* неминуемо вызоветъ сомнѣнія, а можетъ быть и новую консультацію безъ пользы для больной; при такихъ обстоятельствахъ я просто рекомендую іодъ, поясняя, что при такихъ формахъ пораженія костей и суставовъ іодъ дѣйствуетъ особенно хорошо. Никогда я не называю болѣзни своимъ именемъ обычно очень любопытному педагогическому персоналу, окружающему больную; на вопросы отвѣчаю, что у больной «золотуха», такъ какъ знаю, что даже намекъ на «наследственность» дѣйствуетъ здѣсь обыкновенно удручающимъ образомъ—тотчасъ слѣдуютъ вопросы, не заразительна-ли больная для другихъ, а затѣмъ идутъ суды и пересуды, на больную начинаютъ смотрѣть либо черезчуръ жалостно, либо какъ на прокаженную, и дѣло можетъ кончиться тѣмъ, что «по секрету» все узнаютъ, чѣмъ больна та-

каж-то, а въ концѣ-концовъ діагнозъ можетъ дойти и до больной, и до ея родителей, ну а за это консультанта послѣдніе не поблагодарятъ. Такъ-же осторожно слѣдуетъ обращаться съ нашей терминологіей при подобныхъ заболѣваніяхъ и въ семьяхъ, гдѣ вы можете заслужить себѣ своимъ леченіемъ лавры, а сообщеніемъ діагноза рискуете лишиться довѣрія родителей; въ лучшемъ случаѣ такого врача за откровенность назовутъ безтактнымъ человѣкомъ.

Помните, господа, золотое правило: наслѣдственный сифилисъ слѣдуетъ основательно изучать, его надо хорошо знать, но знать для пользы больного и для себя, если нужно—для домашняго врача, иногда—для родителей, никогда—для постороннихъ лицъ, окружающихъ больного.

## Лекція II.

„Tu m'apprends que tu es affecté d'une maladie particulière, appelée... (morbo) gallico par les Italiens.. tu décris... la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs des articulations...“

(Письмо Pierre'a Martyr'a къ своему другу Arias Barbosa.. Апрель. 1488 г.—Цит. по Jullien).

Мм. Гг.

Заболѣванія суставовъ при сифилисѣ извѣстны очень давно, «едва-ли не съ тѣхъ поръ, говоритъ Ястребовъ, какъ родъ человѣческой сталъ болѣть сифилисомъ». По словамъ Jullien и друг., еще въ 1488 г. о пораженіи суставовъ при сифилисѣ упоминаетъ испанскій писатель Pierre Martyr въ письмѣ къ своему другу Arias Barbosa, который жалуется ему на свои нестерпимыя страданія отъ «французской болѣзни». Далѣе въ XVI столѣтіи многіе сифилидологи тогдашняго времени тоже говорятъ уже о сифилитическихъ артропатіяхъ. Въ 1594 г. Levinus Lemnius поясняетъ даже, что боли въ суставахъ не всегда зависятъ отъ сифилиса: «omnes ficosi articulari morbo laborant at non omnes podagrici morbi gallici labe affecti sunt», говоритъ онъ. Della Croce посвящаетъ, напр., въ своей хирургіи 1583 г. сифилитическимъ болямъ въ суставахъ даже отдѣльный трактатъ, озаглавленный. «Delli dolori articolari nati del male francese».

Однако въ слѣдующемъ XVII столѣтіи сифилитическія артропатіи оказываются почему-то почти забытыми, и только въ XVIII вѣкѣ Astruc, Fabre, Plenck снова касаются этого вопроса и говорятъ объ анкилозахъ, какъ о послѣдствіяхъ сифилиса и сифилитическихъ артритовъ. Въ 1817 г. James Russel признаетъ сифилисъ одною изъ причинъ водянки суставовъ. Знаменитый John Hunter не знаетъ сифилитическихъ артритовъ, но его комментаторъ Babington описываетъ уже, по словамъ Gies'a, двѣ формы сифилиса суставовъ—при вторичномъ періодѣ и при позднихъ формахъ этой болѣзни.

Такимъ образомъ мы видимъ, что интересующее насъ здѣсь страданіе сочлененій дѣйствительно съ давнихъ поръ не ускользало уже отъ вниманія врачей, но все-же всѣ эти приведенныя указанія разныхъ авторовъ были въ сущности только намеки на возможность существованія сифилитическихъ пораженій суставовъ, и поэтому всѣми теперь принято считать началомъ исторіи даннаго вопроса статью Richet 1853 г. «о бѣ-

лыхъ опухоляхъ суставовъ»—первое болѣе подробное, научное, клиническое изслѣдованіе въ этомъ направленіи.

Затѣмъ слѣдуютъ нѣкоторыя краткія замѣтки и казуистическія сообщенія (Brochin, Virchow, Huet, Volkmann, Lücke и друг.), относящіяся къ 50-мъ и 60-мъ годамъ. Въ 1866 г. Lanceraux, а за нимъ Oedmanson въ 1869 г. описали первыя патолого-анатомическія изслѣдованія сифилитическихъ суставовъ. Въ 70-хъ годахъ особенно заинтересовались вопросомъ о сифилитическихъ артропатіяхъ французы, какъ объ этомъ можно судить по цѣлому ряду статей и диссертаций, вышедшихъ въ печати за это десятилѣтіе во Франціи (Voisin, Dauzat, Ingold, Vaffier, Bouilly, Plateau, Fournier), но въ сущности строго научное направленіе получило ученіе о сифилитическихъ пораженіяхъ сочлененій лишь въ 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія, начиная съ Gies'a, который былъ первымъ, подвергшимъ полученный имъ изъ сифилитическихъ суставовъ матеріалъ микроскопическому изслѣдованію. Съ того времени литература вопроса постепенно разрастается и рядъ извѣстныхъ именъ ученыхъ и ихъ учениковъ (Fournier, Gangolphe, Méricamp, Fouquet, Gaucher, Virchow, Rasch, Schüller, Landerer, Güterbock, Hippel, Pielicke, Finger, Bach, Bosse, Hutchinson, Clutton, Mackensie, Ware, Монастырскій, Ге, Ястребовъ, Тринклеръ и мног. друг.), встрѣчаемыхъ нами здѣсь, ясно показываютъ насколько ученіе о сифилисѣ суставовъ заинтересовало врачесбный міръ за послѣднія 25—30 лѣтъ.

Не стану утомлять ваше вниманіе изложеніемъ содержанія этихъ работъ, такъ какъ это завело бы насъ за границы клинической лекціи, я ограничусь лишь еще однимъ указаніемъ на русскихъ авторовъ, писавшихъ по данному вопросу. Первыя у насъ казуистическія сообщенія принадлежатъ Китаевскому (1882), Монастырскому (1883) и миѣ (1884—1886); затѣмъ слѣдуетъ прекрасная работа Орлова (1887) изъ клиники Монастырскаго, талантливая лекція Монастырскаго (1887), статьи и сообщенія Тринклера (1890) изъ клиники Грубе, Австидійскаго (1890), Приклонскаго (1892), Фалькенберга (1892), Ге (1892), Зеренина (1893), Ястребова (1894), Дерюжинскаго (1895), Прянишникова (1895), Н. Н. Михайлова (1901), Дитерихса (1901) изъ моей клиники, моя (1903), Фролова (1905) и друг.

Наибольшаго вниманія заслуживаетъ изъ числа этихъ работъ прекрасная лекція, къ сожалѣнію, такъ рано погибшаго Н. Д. Монастырскаго; конечно, теперь она представляется уже нѣсколько отсталой, но въ свое время она должна была быть признана выдающимся трудомъ, однимъ изъ краеугольныхъ камней, положеннымъ покойнымъ нашимъ соотечественникомъ въ основу всего ученія о сифилитическихъ артропатіяхъ.

Итакъ, мы видимъ, что теперь ученіе о сифилисѣ суставовъ можетъ считаться завоевавшимъ себѣ полныя права гражданства во врачебной наукѣ; по своему практическому значенію эта глава хирургіи немногимъ уступаетъ главѣ о туберкулезѣ суставовъ и поэтому странно, что въ учебникахъ ей до сихъ поръ все еще не отводятъ подобающее ей мѣсто и нерѣдко посвящаютъ ей нѣсколько строкъ, откуда и сравнительно малое знакомство врачей съ этими проявленіями сифилиса—болѣзни, такъ часто встрѣчаемой врачами всѣхъ специальностей. Для примѣра могу указать монографію о болѣзняхъ суставовъ Schuchardt'a въ Deutsche Chirurgie, вышедшую въ 1899 г.; авторъ этотъ посвящаетъ артритамъ при позднемъ наследственномъ сифилисѣ всего 10 строкъ и въ нихъ не даетъ читателю въ сущности никакого представленія о заболѣваніи, представляющемъ безспорно большой практической и клинической интересъ, какъ въ смыслѣ діагноза, такъ и въ смыслѣ терапіи.

О патологической анатоміи сифилитическихъ артропатій третичнаго періода мы знаемъ сравнительно меньше, чѣмъ объ анатомическихъ картинахъ при другихъ хроническихъ заболѣваніяхъ суставовъ, т. е., правильнѣе сказать, наши познанія въ этомъ отношеніи основаны на меньшемъ матеріалѣ, и это вполне понятно — стоитъ только вспомнить, съ одной стороны, что изучать подробнѣе сифилитическіе артриты мы начали не такъ давно и, съ другой стороны, что вскрытія труновъ съ такими пораженіями рѣдки, оперативныя же вмѣшательства—эти *sectiones in vivo*—здѣсь не часто показаны. Если въ большихъ больницахъ и умираетъ не мало старыхъ сифилитиковъ, то вы вѣдь знаете, какъ мало и рѣдко при вскрытіяхъ обращаютъ вниманія именно на суставы—изслѣдованіе ихъ производится, вѣдь, только въ томъ случаѣ, когда кто-нибудь спеціально заинтересованъ даннымъ вопросомъ. Откуда же и быть большому матеріалу?! Насколько мы пока бѣдны анатомическими наблюденіями, относящимися къ этого рода болѣзнямъ суставовъ, я могъ убѣдиться еще весной текущаго (1909) года въ Лондонѣ, при посѣщеніи музея Королевской Коллегіи хирурговъ Англіи: на мою просьбу показать мнѣ препараты сифилитическихъ артритовъ провожавшій меня консерваторъ музея любезно принесъ мнѣ одну банку съ препаратомъ мало-характернаго сифилитическаго артрита колѣна; оказалось, что въ этой богатѣйшей патолого-анатомической коллекціи имѣется одинъ такой препаратъ, да и тотъ не типичный.

Однако, какъ бы то ни было, все же анатомическія изслѣдованія сифилитическихъ артропатій имѣются, и потому мнѣ непонятно, почему еще очень многіе, даже очень серьезные хирурги и врачи все еще могутъ утверждать, что существованіе специфическихъ, сифилитическихъ артритовъ до сихъ поръ недостаточно доказано, какъ я, напр., это слышалъ года три тому назадъ отъ одного молодого, но очень извѣстнаго профессора хирургіи въ Австріи, ученика одной изъ самыхъ выдающихся

хирургическихъ школъ Германіи, и какъ я въ этомъ не разъ убѣждался при посѣщеніи германскихъ клиникъ.

Имѣя въ виду, что главная моя задача—клиника заболѣваній суставовъ, я ограничусь здѣсь изложеніемъ лишь самаго существеннаго изъ того, что намъ извѣстно о сифилитическихъ артритѣхъ съ точки зрѣнія патологической анатоміи.

Если при туберкулезѣ суставовъ различаютъ формы первично-синовіальныя и первично-остальныя, то при сифилисѣ слѣдовало-бы говорить о четырехъ формахъ: о первичныхъ синовитахъ, о первичныхъ остальныхъ формахъ, о первичныхъ пери- и параартикулярныхъ формахъ и о первичныхъ хондритахъ.

Еще недавно вызывавшій сомнѣнія вопросъ—существуетъ-ли вообще специфическое, сифилитическое поврежденіе синовіальной?—слѣдуетъ теперь считать окончательно рѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ. Микроскопическія изслѣдованія многихъ авторовъ (Орловъ, Монастырскій, Schuchardt, Дитерихсъ, Bosse и др.) доказали фактически, что сифилитическій, гуммозный синовитъ, иногда съ милиарными и субмилиарными гуммами въ синовіальной, дѣйствительно существуетъ.

Другой вопросъ можетъ-ли такой сифилитическій синовитъ развиться первично или онъ всегда представляетъ собой явленіе вторичное, послѣдовательное, при гуммозныхъ процессахъ въ костяхъ, хрящахъ или периартикулярныхъ тканяхъ?—Съ теоретической точки зрѣнія отрицать возможность первичнаго гуммознаго синовита—на-подобіе первичной высыпи туберкулъ на синовіальной—нѣтъ основаній (какъ на то уже указывалъ Монастырскій), но фактически доказать это скептикамъ довольно трудно.

Дѣло въ томъ, что при анатомическихъ, рентгеноскопическихъ и клиническихъ изслѣдованіяхъ сифилитическихъ артропатій третичнаго періода и поздняго наслѣдственнаго сифилиса мы въ громадномъ большинствѣ случаевъ находимъ одновременно съ заболѣваніемъ синовіальной и гуммозные процессы въ эпифизахъ, часто—специфическое поврежденіе хрящей и периартикулярныя гуммы. Рѣшить, который изъ этихъ процессовъ первичный, дѣйствительно трудно, да, пожалуй, и невозможно. Что первично часто поражаются эпифизы, а иногда и периартикулярныя ткани—мы знаемъ отлично, потому что находимъ эти процессы и безъ поврежденія синовіальной, но встрѣчается-ли только одно поврежденіе синовіальной—съ полной увѣренностью сказать нельзя, такъ какъ, констатировавъ наличность гуммознаго синовита, мы не можемъ доказать, что въ эпифизахъ нѣтъ или не было гуммознаго процесса; для этого нужно было бы произвести самое подробное микроскопическое изслѣдованіе эпифизовъ во всѣхъ ихъ частяхъ, а такихъ исчерпывающихъ изслѣдованій я не знаю. Убѣжденно утверждать, что кости здоровы только на основаніи макроскопическаго, рентгеноскопическаго и частичнаго мик-

роскопическаго изслѣдованія было бы неправильно. Мнѣ думается, что хотя Pieliecke и различаетъ первичные и вторичные гуммозные сѣновиты, а Gies, напр., и описываетъ случай пораженія сустава, гдѣ положительно (absolut) не было измѣненій въ суставныхъ концахъ костей, мы все же пока можемъ утверждать только одно: въ громадномъ большинствѣ случаевъ сифилитическій, гуммозный сѣновитъ бываетъ вторичнымъ, чаще—какъ послѣдствіе пораженія эпифизовъ, иногда—въ связи съ гуммознымъ периартикулярнымъ процессомъ; очень вѣроятно, что бываетъ и первичный гуммозный сѣновитъ, но, во всякомъ случаѣ, если таковой и бываетъ, то встрѣчается не часто.

Впрочемъ съ практически-клинической точки зрѣнія рѣшеніе этого вопроса имѣетъ мало значенія, такъ какъ въ смыслѣ терапіи и ея успѣха намъ безразлично—первичный-ли сѣновитъ, или вторичный; въ сущности это—«eine academische Frage».

Далѣе, согласно предложенію Virchow'a, большинство авторовъ различаетъ при сифилисѣ артриты, вѣрнѣе—сѣновиты простые или ирритативные и специфическіе.

Извѣстно, что разные болѣзненные процессы въ суставныхъ концахъ костей и вообще въ сосѣдствѣ суставовъ, раздражая синовиальную, способны вызывать въ ней реактивное воспаленіе, какъ это, напр., наблюдается при инфекціонномъ эпифизарномъ остеомиелитѣ (Volkman). То же наблюдается иногда, повидимому, и при сифилисѣ, если эпифизы поражены гуммозными процессами; наблюдаются такіе ирритативные сѣновиты и при гуммахъ въ пери- и параартикулярныхъ тканяхъ. Эти простые артриты при третичномъ и позднемъ наследственномъ сифилисѣ, протекая рѣже въ формѣ острыхъ, чаще подострыхъ и хроническихъ, серозныхъ и серозно-фибринозныхъ сѣновитовъ, анатомически ничѣмъ не отличаются отъ простыхъ воспаленій синовиальной. Какъ часто наблюдаются подобные ирритативные сѣновиты—установить трудно, такъ какъ отличить ихъ отъ нѣкоторыхъ специфически-сифилитическихъ артропатій только на основаніи клинической картины—невозможно, а установить ихъ на основаніи анатомическихъ изслѣдованій не приходится за отсутствіемъ показаній къ оперативному вмѣшательству. Въ случаяхъ сифилитическихъ артритовъ, кои подвергались анатомическому изслѣдованію при вскрытіяхъ и операціяхъ, мы встрѣчаемъ описанія лишь специфическихъ процессовъ въ синовиальной.

Что касается сифилитическаго сѣновита третичнаго періода, то существуютъ двѣ разновидности его: сифилитическій сѣновитъ съ разлитой гуммозной инфильтраціей синовиальной и подсиновіальныхъ слоевъ и таковой-же съ ограниченными гуммозными узлами—гуммами. Анатомическая картина при гуммозныхъ сѣновитахъ слѣдующая: синовиальная мутна, полнокровна, утолщена; иногда на поверхности ея—неровности, въ формѣ узелковъ и бляшекъ (гуммы); утолщеніе всей капсулы часто неравнобѣрно, но иногда очень значительно (до дюйма и больше); на



разрѣзѣ капсула плотна, фиброзна, въ толщѣ ея, подѣ синовіальной, узлы разной величины, иногда распавшіеся въ безцвѣтную, густую, прозрачную или мутную, тягучую, слизеподобную массу. Въ полости сустава иногда встрѣчается только увеличенное количество синовіальной жидкости, болѣе густой консистенціи и болѣе окрашенной, чѣмъ нормальная; чаще имѣется серозный или серозно-фибринозный экссудатъ.

Подѣ микроскопомѣ сифилитическій синовитъ характеризуется тѣмъ, что толща синовіальной—*stratum internum* и *stratum intermedium*—пронизана грануляціонной тканью, болѣею частью богатой сосудами, причемъ въ этихъ послѣднихъ имѣются очень характерныя измѣненія. Эта грануляціонная ткань отличается тѣмъ, что она не склонна къ фунгознымъ разрощеніямъ, какъ при туберкулезѣ, а, напротивъ, обычно превращается въ плотную, фиброзную ткань, ведущую къ постепенному утолщенію капсулы, иногда, какъ я сказалъ—очень значительному (*synovitis hyperplastica*), а иногда и къ рубцевому сморщиванію (эту послѣднюю форму можно было бы назвать *synovitis cicatricans*). Мѣстами наблюдается и распадъ этой грануляціонной ткани, частичные некрозы *strati interni* (Bosse), а также образованіе въ стѣнкахъ капсулы полостей, выполненныхъ гомогенной, полужидкой массой. Въ сосудахъ наблюдается обычно типичное разрошеніе *intimae*, до полной облитераціи просвѣта, а также значительное утолщеніе *adventitiae*, причемъ сосуды, чаще вены и капилляры, окружены мелко-кѣлочковой инфильтраціей. Такія скопленія кѣлокъ вблизи и въ окружности сосудовъ и образуютъ узелки, въ которыхъ иногда замѣтны эпителіоидные элементы и гигантскія кѣтки, не имѣющія, однако, типа туберкулезныхъ гигантскихъ кѣтокъ Langhans'a.

Иногда такія-же гигантскія кѣтки попадаютъ и въ разросшейся стѣнкѣ сосудовъ (см. ниже). Эти гранулемы—гуммозныя узелки, милярныя гуммы—настолько напоминаютъ иногда бугорки, что несомнѣнно могутъ ввести не очень опытнаго микроскописта въ заблужденіе. Нѣкоторые изслѣдователи (Орловъ, Дитерихсъ—по совѣту покойнаго проф. К. Н. Виноградова) находили даже нужнымъ для болѣе доказательности своихъ изслѣдованій искать въ подобныхъ препаратахъ туберкулезныя бациллы, причемъ отрицательные въ этомъ отношеніи результаты своихъ поисковъ считали однимъ изъ главныхъ доказательствъ, чуть-ли не главнымъ, сифилитической природы этихъ гранулемъ. Другіе, какъ, напр., Schuchardt и Bosse, находятъ микроскопическую картину, свойственную гуммозному синовиту, настолько характерной, что отличить ее отъ той, которая наблюдается при туберкулезѣ, не представляеть, по ихъ мнѣнію, большихъ затрудненій, съ чѣмъ и я склоненъ согласиться. Что дадутъ въ этомъ отношеніи поиски за спирохетами, пока сказать еще нельзя; въ единственномъ случаѣ несомнѣннаго сифилитическаго артрита, въ которомъ такая попытка окрасить препараты на спирохеты была сдѣлана въ моей клиникѣ д-ромъ

Бушь, получился отрицательный результат. Какъ я уже сказалъ, гумозные узлы въ синовиальной бывають различной величины и, — въ формѣ милиарныхъ, субмилиарныхъ узелковъ, а также въ видѣ довольно большихъ узловъ и бляшекъ, — развиваются либо на поверхности, либо въ толщѣ синовиальной. Тѣ формы сифилитическаго синовита, гдѣ имѣется лишь инфильтрація безъ ограниченныхъ узловъ, Bosse (производившій свои изслѣдованія при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ) называетъ *synovitis heredo-syphilitica non gummosa*, а въ другомъ мѣстѣ своей статьи тому же процессу даетъ названіе простого воспалительнаго, что не вяжется ни между собой, ни съ его-же описаніемъ гистологической картины другой разновидности пораженія синовиальной — гумознаго синовита. Судя по изслѣдованіямъ Bosse и другихъ, сифилитическій синовитъ при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ ничѣмъ не отличается отъ такого-же синовита при гумозномъ приобрѣтенномъ *lues'ѣ*, и потому, я полагаю, нѣтъ достаточнаго основанія запутывать терминологию и 1) различать гумозные процессы при наслѣдственномъ (*synovitis heredo-syphilitica*) и приобрѣтенномъ сифилисѣ, 2) отличать гумозный синовитъ съ гуммами отъ такового-же безъ гуммъ, но лишь съ гумозной инфильтраціей, а тѣмъ болѣе называть этотъ послѣдній «простымъ, но типически-сифилитическимъ воспаленіемъ». Мнѣ кажется, что практичѣе называть обѣ разновидности просто «гумознымъ синовитомъ», тѣмъ болѣе, что если упомянутыя разновидности и представляютъ интересъ для патолого-анатома, то это подраздѣленіе гумозныхъ синовитовъ на двѣ категоріи мало говоритъ клиницисту, въ рукахъ котораго нѣтъ способа различать ихъ другъ отъ друга на больномъ; вотъ почему ниже я буду говорить только обѣ одномъ гумозномъ синовитѣ. Выше я указалъ, что капсула при гумозномъ ея пораженіи либо сильно утолщается, либо рубцево сморщивается; клинически случаи первой категоріи часто симулируютъ *tumor albus*, случаи же второй категоріи ведутъ къ образованію тугоподвижности въ суставѣ, къ контрактурамъ и псевдоанкилозамъ.

Особенно характерно для сифилитическихъ синовитовъ, по моему мнѣнію, согласному и со взглядами другихъ авторовъ, это — склонность къ разрастанію, гиперплазіи ворсинъ, которыя въ нѣкоторыхъ случаяхъ покрываютъ синовиальную, какъ бахромой, только въ мѣстахъ ея прикрѣпленія, въ другихъ-же разрастаются по всей ея поверхности, придавая ей видъ длинношерстаго плюша или овечьей шкуры. Иногда ворсинны эти имѣютъ видъ очень тонкихъ, длинныхъ нитей, плавающихъ своими свободными концами въ экссудатѣ или синовиальной жидкости, иногда онѣ увеличиваются въ поперечномъ размѣрѣ и древовидно развѣтвляются, представляясь въ такомъ случаѣ въ видѣ бородавчатыхъ и древовидныхъ новообразованій (см. рис. 24). Иногда, оторвавшись, перерождаясь и постепенно покрываясь фибриномъ, онѣ образуютъ свободныя, постороннія тѣла, получающія форму рисовыхъ тѣлецъ, сѣмени

огурцовъ, дыни и т. п. По описанію Bosse сильно увеличенныя ворсинны спаиваются частично между собой, образуя такимъ образомъ полости, наполненныя серозно-фибринознымъ экссудатомъ (вѣроятно, это тѣ случаи, гдѣ, несмотря на *patella natans* и флюктуацію, мы при проколѣ троакаромъ сустава не получаемъ жидкости, какъ мнѣ это не разъ случалось наблюдать, или получаемъ таковую небольшими порціями, каждый разъ послѣ продвиганія канюли по разнымъ направленьямъ).

Подъ микроскопомъ мы находимъ въ этихъ ворсинкахъ, кромѣ нормальныхъ ихъ элементовъ, большое богатство сосудами, мелкоклеточковую инфильтрацію, иногда хрящевыя клѣтки и, нерѣдко, гуммозныя узелки, такіе-же, какъ въ самой синовиальной. Всѣ эти разрощенія и постороннія тѣла клинически проявляются тѣмъ, что при движеніяхъ въ суставѣ и при ощупываніи его даютъ особаго характера, очень мягкую крепитацию, рѣзко отличающуюся отъ крепитации костной; иногда, вслѣдствіе присутствія такихъ болѣе твердыхъ ворсинъ и плавающихъ тѣлецъ, при движеніяхъ въ суставѣ получается ощущеніе, какъ будто въ суставѣ что-то «соскакиваетъ».

Такого рода синовитъ, называемый ворсинчатымъ—*synovitis villosa*, представляетъ собой анатомически и клинически особую форму сифилитическихъ артропатій. Если при гуммозномъ синовитѣ капсула не слишкомъ утолщена, а въ суставѣ имѣется большое количество серознаго или серозно-фибринознаго экссудата, то получаютъ тѣ формы, кои всѣмъ извѣстны подъ именемъ «водянки сустава»—«*hyarthrosis s. hydrops articuli*»<sup>1)</sup>.

Въ зависимости отъ превалированія въ каждомъ данномъ случаѣ 1) экссудата, 2) разрощенія ворсинъ, 3) утолщенія или 4) сморщиванія капсулы мы получаемъ 4 основныя клиническія формы хроническаго, сифилитическаго, гуммознаго синовита, которымъ соотвѣтствуютъ и свои анатомическія картины:

- 1) а. *Synovitis syphilit. resp. gummosa subacuta serosa et serosofibrinosa.*  
 б. *Synovitis syphil. resp. gummosa chronica serosa et serosofibrinosa—hyarthrosis s. hydrops fibrinosus articuli.*
- 2) *Synovitis syphilit. resp. gummosa chron. villosa.*
- 3) *Synovitis syph. resp. gummosa chron. hyperplastica.*
- 4) *Synovitis syphil. resp. gummosa chron. cicatricans.*

На практикѣ строго различать эти формы какъ анатомически, такъ и клинически довольно трудно, такъ какъ часто онѣ переходятъ одна въ другую и въ одномъ и томъ же суставѣ можно встрѣтить комбинацію 2—3 формъ. Такъ, очень часто *synovitis villosa*, какъ я уже сказала, наблюдается одновременно со скопленіемъ въ суставѣ серознаго

<sup>1)</sup> Всѣ указаные типы гуммознаго синовита протекають клинически въ формѣ синовитовъ хроническихъ, кромѣ серознаго, который имѣетъ иногда теченіе подострое.

и серозно-фибринознаго эксудата при значительномъ растяженіи полости сустава, и тогда такой хроническій синовитъ можно назвать *hydrops fibrinoso-villosus syphiliticus*; если же ворсинчатая разрошенія имѣются одновременно съ рѣзкимъ утолщеніемъ капсулы, то мы можемъ говорить о *synovitis gummosa hyperplastica villosa*; эти-то послѣднія формы синовитовъ чаще всего и симулируютъ клинически фунгозное воспаление сустава или «бѣлую опухоль» его. Выше я уже упомянулъ, что утолщеніе капсулы при гуммозномъ синовитѣ, особенно при разныхъ видахъ сифилитической водянки сустава, бываетъ неравнобѣрно, вслѣдствіе неравнобѣрной же гуммозной инфильтраціи и расплoженія отдѣльныхъ гуммозныхъ узловъ; этимъ объясняется и различная степень потери эластичности въ стѣнкѣ капсулы въ отдѣльныхъ ея участкахъ, а отсюда и неравнобѣрность выпячиванія ея эксудатомъ—явленіе крайне характерное для *hydrops syphiliticus*.

Кромѣ того, мы знаемъ, что особенно предрасположены къ развитію въ нихъ гуммозныхъ процессовъ синовиальная и стѣнки отдѣльныхъ заворотовъ капсулы (напр., *recessus suprapatellaris*) и слизистыхъ сумокъ, иногда сообщающихся съ полостью сустава, иногда разобщенныхъ отъ нея, какъ, напр., *bursae fossae popliteae* и *bursa subdeltoidea*; поэтому пораженіе и растяженіе этихъ заворотовъ и сумокъ при водянкѣ сустава должны считаться характерными именно для сифилитической суставной водянки. Такъ, напр., неравнобѣрное выпячиваніе растянутаго суставной сумки очень типично при *hydrops genu et cubiti syphilit.*; встрѣчается оно и при водянкѣ голено-стопнаго сустава; при *hydrops syphil. genu* очень типично особенно сильное растяженіе надколѣннаго заворота и подколѣнныхъ сумокъ, причѣмъ въ стѣнкѣ *recessus suprapatellaris* нерѣдко можно прощупать отдѣльныя утолщенія и узлы.

Всѣ названныя основныя и смѣшанныя формы сифилитическаго синовита мнѣ много разъ приходилось наблюдать лично (какъ это видно изъ приводимаго ниже клиническаго матеріала моего), а также изслѣдовать анатомическую картину ихъ либо на препаратахъ, либо при операціяхъ; первый же мой случай сифилитическаго ворсинчатаго синовита я наблюдалъ при одной резекціи локтя, которую и описалъ еще въ 1886 г., въ отчетѣ по Красносельскому военному госпиталю. Нѣкоторые представляемые здѣсь рисунки изъ моеи коллекціи объяснятъ вамъ анатомическія и гистологическія картины при интересующихъ насъ здѣсь синовитахъ скорѣе и лучше, чѣмъ самыя краснорѣчивыя описанія.

Перехожу теперь къ особой, крайне интересной и не такъ часто встрѣчающейся формѣ перерожденія синовиальной, уже со временъ Joh. Müller'a известной подъ именемъ «*lipoma s. fibroma arborescens articulo-gum*»—болѣзненнаго состоянія суставовъ, причиной котораго, по моимъ наблюденіямъ, можетъ служить, между прочимъ, и сифилисъ.

Изъ курса хирургической патологіи вы, конечно, знакомы съ картиной этого заболѣванія и поэтому я не буду описывать вамъ подробно эти, частью жировые, частью фиброзные полипы, выполняющіе капсулу больного сустава, обычно—колѣннаго, достигающіе иногда большой величины (до куриного яйца) и не только растягивающіе суставную капсулу, но и проростающіе ее—описание и изображеніе ихъ вы найдете въ большинствѣ учебниковъ хирургіи.

Анатомически и гистологически эти, разросшія насчетъ жировой и фиброзной ткани ворсины, образованія хорошо изучены; все теперь хорошо знаютъ, что *lipoma arborescens*—не новообразованіе, а продуктъ хроническаго воспалительнаго процесса. Не вполне выяснена до сихъ поръ этиологія этого страданія суставовъ. Одни считаютъ древовидный жировикъ послѣдствіемъ только туберкулезной инфекціи суставовъ, другіе полагаютъ, что эта гиперплазія и гипертрофія ворсинъ можетъ быть вызвана вообще долго продолжающимся хроническимъ воспалительнымъ процессомъ въ суставѣ и описывали липому при *arthritis deformans*, хроническомъ ревматизмѣ, при *arthropathia tabetica* и при сирингоміэліи; третьи, наконецъ, какъ, напр., Харьковскій профессоръ Н. А. Соколовъ, объясняютъ развитіе *lipomatis arborescentis* отчасти раздраженіемъ синовіальной воспалительными очагами, отчасти вліяніемъ отрицательнаго давленія въ суставахъ, согласно теоріи О. Э. Гагенъ-Торна. Что касается меня лично, то я сочувствую второй только что названной группѣ авторовъ, т. е. полагаю, даже не сомнѣваюсь, что разные раздражители синовіальной, вліяющіе на нее продолжительно и, главное, мало интенсивно, способны вызвать въ ней склонность къ разрошенію ворсинъ и образованію древовиднаго жировика. Во всякомъ случаѣ считать теперь древовидный жировикъ за специфическое проявленіе туберкулеза нѣтъ основанія, такъ какъ это прочиворѣчило бы имѣющимся наблюденіямъ.

Вы хорошо знаете изъ нашихъ бесѣдъ, что я уже много разъ и много лѣтъ тому назадъ стремился доказать, что известная патолого-анатомическая картина не даетъ намъ еще права считать болѣзнь, при этой именно анатомической картинѣ, за болѣзнь *sui generis*, за носологическую единицу, такъ какъ одна и та же анатомическая картина можетъ зависѣть отъ вліянія разныхъ причинъ, при разныхъ болѣзняхъ, а одинъ и тотъ же этиологическій моментъ, подъ вліяніемъ разныхъ, часто намъ неизвѣстныхъ условій, можетъ вызывать разнообразныя патологическія измѣненія въ тканяхъ. Поэтому, оставаясь послѣдовательнымъ, я уже *a priori* долженъ былъ принять, что если древовидный жировикъ можетъ быть туберкулезнымъ и невропатическимъ (*arthritis deformans*, *tabes*, *syringomyelia*), то онъ, очень вѣроятно, можетъ быть и сифилитическимъ,\* именно сифилитическимъ, такъ какъ при гуммозныхъ синовиитахъ склонность къ пролиферирующимъ процессамъ въ ворсинкахъ (*synovitis villosa*) явленіе очень нерѣдкое и даже характерное. и такъ какъ именно при сифилисѣ раздражитель синовіальной обычно дѣйствуетъ

очень мало интензивно, долго не нарушая даже функций сустава. Вот почему я уже въ 1895 г., какъ на это указываетъ въ своей диссертациі мой тогдашній слушатель М. М. Дитерихсъ, на своихъ лекціяхъ говорилъ о возможности существованія *lipomatis arborescentis syphilitici*.

Имѣющіяся въ литературѣ наблюденія подтверждаютъ отчасти правильность вышеприведенныхъ теоретическихъ соображеній моихъ; существованіе древовидной липомы туберкулезнаго и невrogenнаго происхожденія доказано многими, что же касается сифилитическаго древовиднаго жировика, то на основаніи описанія отдѣльныхъ случаевъ надо предположить, что нѣкоторые авторы (напр. Vazu, Boyer, Соколовъ) имѣли, повидимому, дѣло съ такими липомами, хотя, сколько я понялъ, не рѣшались назвать ихъ прямо сифилитическими; наконецъ, очень можетъ быть, что нѣкоторые случаи липомъ, принятыхъ за туберкулезныя <sup>1)</sup> на основаніи наличности гранулемъ, очень схожихъ съ бугорками, въ дѣйствительности были сифилитическія. Были-ли сознательно описаны случаи безспорно сифилитическихъ древовидныхъ липомъ, я не знаю (если не считать не вполне ясно описанные вышеприведенные случаи Vazu, Boyer и Соколова), по крайней мѣрѣ я не встрѣтилъ соответственныхъ указаній въ литературѣ, а въ ходячихъ учебникахъ объ этомъ ничего не говорится.

Не лишень поэтому интереса и очень поучителенъ впервые встрѣтившійся мнѣ въ 1898 г. случай древовиднаго жировика колѣна, гдѣ мнѣ удалось установить клинически сифилитическое его происхожденіе и гдѣ операція и микроскопическое изслѣдованіе, произведенное по моему порученію Дитерихсомъ (подъ руководствомъ покойнаго проф. К. Н. Виноградова), подтвердило этотъ мой клинической діагнозъ. Въ виду его интереса привожу этотъ случай *in extenso*.

(4) Прок. П—въ, чернорабочій, 22 лѣтъ, поступилъ въ клинику 11/ix 1898 г., жалуясь на затрудненность движеній въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ, боли при быстрой ходьбѣ и ночью, на обезображиваніе конечности.

П—въ родился въ Рязанской губ. въ здоровой и мало хворавшей, по его словамъ, крестьянской семьѣ. До настоящаго времени онъ отличался прекраснымъ здоровьемъ, работалъ на монетномъ дворѣ, большей частью сидя. Въ декабрь 1894 г., т. е. около 4 лѣтъ тому назадъ, почувствовалъ какую-то неловкость въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ и замѣтилъ опухоль его. Сначала болѣе не было, но затѣмъ таковыя появились и опухоль стала быстро расти, такъ что приблизительно въ полторы недѣли достигла теперешняго объема. Съ тѣхъ поръ колѣно остается все въ одномъ положеніи, то постоянно увеличиваясь, то уменьшаясь въ своемъ объемѣ, болитъ обыкновенно мало,

<sup>1)</sup> Такъ Schuchardt, признавшій въ извѣстномъ случаѣ Schmolka, при первомъ изслѣдованіи препарата, туберкулезъ, позднѣе въ своей монографіи о болѣзняхъ костей и суставовъ отказывается отъ своего первоначальнаго микроскопическаго діагноза въ этомъ случаѣ и говоритъ, что узелки, принятые имъ за бугорки, онъ при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ таковыми признать не могъ.

особенно давая себя чувствовать только при быстрой ходьбѣ и ночью. Продолжалъ работать до поступления въ клинику.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе достаточное, мышечная и костная система развиты хорошо, видимыя слизистыя оболочки не мало-кровны, лѣвыя паховыя железы увеличены и тверды. Носъ седлообразный, лобныя бугры сильно развиты. Доступныя ощупыванію артеріи (*radialis*, *temporalis* и друг.) рѣзко склерозированы.

Зубы нѣсколько Hutchinson'овскаго типа; органы пищеваренія нормальны.

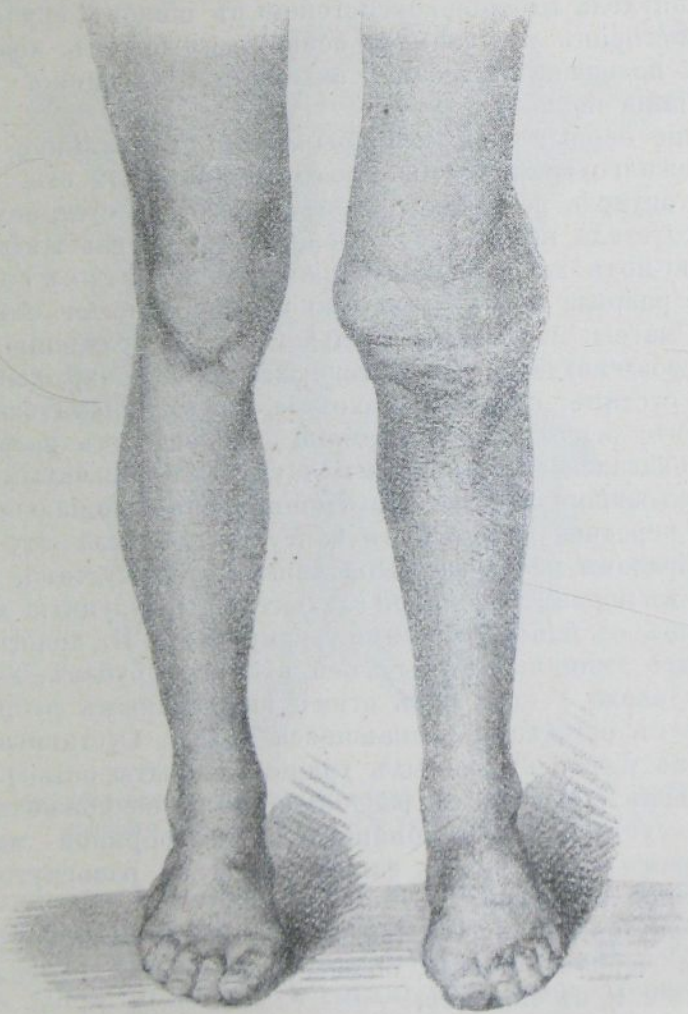


Рис. 10. *Lipoma arborescens syphiliticum gen. sin.* (Собственное наблюдение. Рисунок Дитерихса).

Въ области обѣихъ легочныхъ верхушекъ легкое притупленіе и выдохъ; дыханій 18.

Размѣры сердца и тоны отклоненій отъ нормы не представляютъ; пульсъ средней силы, правильнаго ритма, хорошаго наполненія, 88 въ минуту.

Моча нормальнаго цвѣта, кислая, удѣльный вѣсъ 1,018; въ сутки 1500 куб. см.; бѣлка и сахара нѣтъ, осадковъ тоже.

Органы чувствъ и нервная система нормальны.

Лѣвый колѣнный суставъ значительно увеличенъ въ объемъ, не-

правильно шаровидной формы, какъ-бы крупно-бугристой, благодаря выпячиванію съ наружной стороны. Кожа въ области колѣна нормальной окраски, расширенія сосудовъ въ ней не замѣтно.

На уровнѣ верхняго края *patellae* окружн. лѣв. 40 снт., прав. 31 снт.  
 » » середины » » » 43 » » 32<sup>1</sup>/<sub>2</sub> »  
 » » нижняго края » » » 38 » » 31 »

Длина нижнихъ конечностей одинакова. Мускулатура бедра и голени лѣвой конечности атрофирована.

При ощупываніи больного колѣна: мѣстная температура нѣсколько повышена, опухоль плотной консистенціи въ общемъ, крупно-бугристая, на наружной сторонѣ участокъ съ яснымъ зыбленіемъ; кожа надъ опухолью вездѣ подвижна. Сгибаніе, активно и пассивно, до прямого угла, разгибаніе полное.

Въ теченіе первыхъ 43 дней пребыванія въ клиникѣ окружность колѣна у нижняго края *patellae* увеличилась на 2 см. и на мѣстѣ флюктуации опухоль вскрылась, давъ свищъ въ суставную полость, изъ котораго стала выдѣляться серозно-фибринозная жидкость.

24/x мною подѣ chloroformомъ произведена артрэктомія. Послѣ продольнаго разрѣза кожи по наружной поверхности открылись липоматозныя массы; введеннымъ пальцемъ по направленію къ основанію этихъ гроздевидныхъ липоматозныхъ массъ обнаружено отверстіе, ведущее въ суставъ, откуда и выходила ножка липоматозной опухоли. Тогда суставъ вскрытъ *ad maximum* поперечнымъ разрѣзомъ подѣ *patella*; онъ оказался выполненнымъ такими же дольчатыми гроздевидными липоматозными массами, исходящими изъ синовіальной оболочки. Опухоль на передней поверхности капсулы проросла эту послѣднюю и такимъ образомъ часть ея, выпятившись изъ сустава, помѣщалась подѣ кожей въ периартикулярной клетчаткѣ. Полудунные хрящи и суставной хрящъ *os femoris* мѣстами узурированы. На хрящѣ наружнаго мышцелка бедра типичный, звѣздчатый, втянутый рубецъ, величиной въ поперечникѣ около 1 см.; подѣ этимъ вырѣзаннымъ рубцомъ небольшая полость съ остатками распавшейся гуммы. Суставные концы *femoris et tibiae* у края суставныхъ хрящей покрыты остеофитами.

Синовіальная оболочка съ разрощеніями по возможности вырѣзана ножницами, суставъ затампонированъ іодоформной марли, рана зашита шелкомъ и конечность фиксирована въ разогнутомъ положеніи крахмальной повязкой.

Послѣоперационное теченіе гладкое, при нормальной *t*<sup>0</sup>.

3/xп, т. е. черезъ 6 недѣль, больной начинаетъ ходить при помощи двухъ костылей и въ повязкѣ.

22/xп, т. е. черезъ 2 мѣсяца *post oper.*, все зарубцевалось; электризація, массажъ.

Почти все время пребыванія въ клиникѣ больной съ небольшими промежутками принималъ *kali jodati* 6,0, *hydrarg. bijodati* 0,06, *aq.* 180,0—3 ложки въ день, подѣ влияніемъ чего его общее состояніе улучшилось, а атероматозъ сосудовъ поразительно уменьшился.

20/p 1899 г., т. е. почти черезъ 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣс. послѣ поступленія въ клинику и черезъ 4 мѣс. *post. oper.*, П—въ выписанъ изъ клиники въ прекрасномъ состояніи, но съ очень незначительной подвижностью въ оперированномъ суставѣ.

Въ мартѣ 1900 г., т. е. черезъ годъ послѣ выписки, П—въ явился въ клинику, причемъ констатировано: общее состояніе такое-же, какъ



при выпискѣ, подвижности въ оперированномъ суставѣ очень мало, но это, по заявленію больного, его нисколько не беспокоитъ, такъ какъ ни болей, ни другихъ какихъ-бы то ни было неудобствъ не причиняетъ.

Собранная вырѣзанная масса, по своему объему, равнялась приблизительно кулаку взрослого человѣка; часть ея подверглась тщательному микроскопическому изслѣдованію.

Изъ описанія Дитерихсомъ результата его изслѣдованій для насъ важно, что при обычной картинѣ гистологическаго строенія дре-

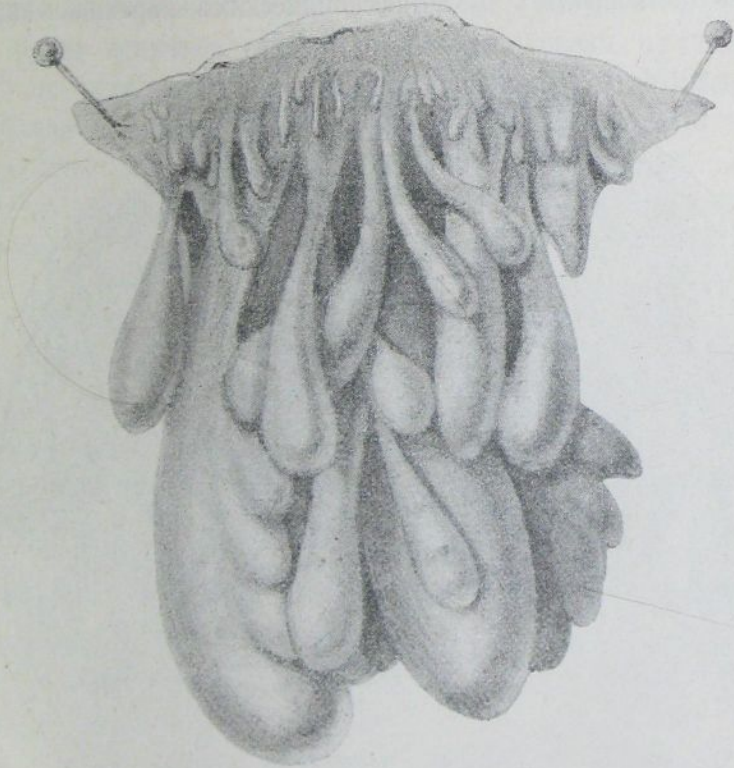


Рис. 11. Полусхематическое изображеніе куска синовиальной съ разрощеніями, полученнаго при операци. (Рисунокъ Дитерихса).

вовидной липомы онъ нашелъ въ нашемъ случаѣ характерное для сифилиса измѣненіе всѣхъ сосудовъ ворсинъ и въ этихъ послѣднихъ гранулемы очень схожія съ молодыми бугорками. Эти гранулемы состояли изъ одной, рѣдко двухъ гигантскихъ многоядерныхъ кѣтокъ, окруженныхъ со всѣхъ сторонъ поясомъ лимфоидныхъ и эпителиоидныхъ кѣтокъ различной величины. Никакіе способы окраски не привели къ открытію въ изслѣдуемой ткани Кош'овскихъ бациллъ. Не лишено значенія и то обстоятельство, что «въ нѣкоторыхъ мѣстахъ удавалось подмѣтить чрезвычайно интересный процессъ образованія гигантскихъ кѣтокъ внутри облитерированнаго сосуда».

Хотя послѣ описанія своихъ микроскопическихъ изслѣдованій Дитерихсъ и говорить, что въ данномъ случаѣ, основываясь на микроскопической картинѣ, мы имѣли одинаковое право говорить какъ о сифилисѣ, такъ и о туберкулезѣ, онъ все-же приходитъ въ концѣ-концовъ къ заключенію, что въ виду отрицательныхъ результатовъ при поискахъ за

туберкулезными бактериями, а также принимая во внимание наличие типичного звездчатого рубца в хряще, субхондральной гуммы и эпифизарных остеофитов можно «с большой долей вероятности предположить», что в этом случае основным страданием сустава был сифилис, и сифилис, даже не осложненный туберкулезом. (Заключение, с которым был согласен и проф. К. Н. Виноградовъ).

Тогда я согласился с этим осторожным заключением в диссертации Дитерихса, теперь, еще раз обдумав работу его и лично ближе ознакомившись с вопросом о микроскопических картинах при гум-



Рис. 12. Срезъ изъ увеличенной ворсины нашего случая. В центрѣ гумма съ гигантской клеткой. Рѣзкій васкулитъ съ облитераціей сосудовъ.  
(Рисунокъ и препаратъ Дитерихса).

мозныхъ синовитахъ, а также принявъ во внимание новѣйшія въ этомъ направленіи работы Bosse и друг. и свои дальнѣйшія изслѣдованія гуммозныхъ поражений суставовъ, я считаю дозволеннымъ сдѣлать гораздо болѣе положительный выводъ изъ даннаго изслѣдованія описаннаго случая: общая макроскопическая картина случая, типичный рубецъ хряща, подхрящевая гумма и остеофиты (да еще при наличии артериита у 22-лѣтняго человѣка) не оставляютъ уже сами по себѣ сомнѣнія въ томъ, что мы имѣли дѣло съ сифилисомъ; микроскопическая картина,

показавшая намъ типичное пораженіе сосудовъ и присутствіе гранулемъ, вполне отвѣчающая, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, строенію милярныхъ гуммъ, не только не опровергаетъ сказаннаго діагноза, основаннаго на макроскопической картинѣ, а вполне его подтверждаетъ. Поэтому я считаю себя вправѣ сказать, безъ боязни впасть въ грубую ошибку, что *lipoma arborescens syphiliticum* дѣйствительно существуетъ.

Крайне характерно описанное Gies'омъ, Virchow'ымъ, Rasch'емъ и друг. очень типичное сифилитическое заболѣваніе суставныхъ хрящей. И по моимъ наблюденіямъ эта *chondritis syphilitica* (Virchow) дѣйствительно встрѣчается при сифилитическихъ артритяхъ очень часто и несомнѣнно имѣетъ свою характерную физиономію. Анатомическая картина, съ которой мы здѣсь встрѣчаемся, слѣдующая: мѣстами хрящи представляются помутнѣвшими, съ желтоватымъ оттѣнкомъ (*rannus*), мѣстами въ нихъ имѣются дефекты, чаще съ рѣзко обрѣзанными краями, причемъ дефекты эти выполнены соединительной тканью, иногда дающей типичные звѣздчатые рубцы (схожіе съ такими же рубцами въ сифилитической печени); кромѣ дефектовъ и помутнѣній на хрящахъ имѣются мѣстами поверхностныя эрозіи. Нерѣдко эти дефекты, а иногда большіе участки хряща покрыты тонкими волосоподобными разроженіями; по объясненію Gies'a и друг. эти волосики-ворсинки представляютъ собой продуктъ разволакиванія хряща; подъ микроскопомъ оказывается, что онѣ состоятъ изъ гіалиноваго вещества съ заложенными въ немъ измѣненными хрящевыми клѣтками. Въ ткани больного хряща Rasch и друг. находили клѣточные скопленія съ гигантскими клѣтками не туберкулезнаго типа, а потому считали возможнымъ принять эти узелки за милярныя гуммы, а весь процессъ—за процессъ гуммозный. Нѣкоторые авторы склонны даже видѣть въ этомъ пораженіи хряща первичное проявленіе гуммознаго сифилиса въ суставахъ, но, по моему, такой выводъ нельзя считать доказаннымъ. На основаніи имѣющихся изслѣдованій мы можемъ только сказать, что при всѣхъ вообще разновидностяхъ гуммозныхъ артритовъ *chondritis gummosa* встрѣчается очень часто. Повидимому, заболѣваніе хряща бываетъ и безъ пораженія другихъ тканей сустава (Gangolphe, Schüller, Rasch, Михайловъ), но чаще—одновременно съ пораженіемъ синовиальной и костей, въ формѣ, слѣдовательно, хондро-артрита. Монастырскій описалъ еще при сифилитическихъ артритяхъ мѣстное выпячиваніе хряща, отелойку его въ видѣ пузыри, причемъ подъ приподнятымъ хрящемъ имѣлась полость съ жидкостью. Такую отелойку хряща я видѣлъ два раза при операціяхъ, причемъ подъ приподнятымъ хрящемъ находилъ субхондральныя гуммы, которыя, кстати сказать, я считаю очень нерѣдкимъ и характернымъ явленіемъ. Третій разъ я наблюдалъ такія-же пузырьвидныя отелойки хряща на препаратѣ сифилитическаго артрита колѣна, взятаго съ трупа

и хранящагося въ музеѣ моей клиники. На рисункѣ съ этого препарата (рис. 13) видно все вышесказанное мною объ измѣненіяхъ въ хрящахъ при сифилисѣ: перерожденіе хряща (pannus) на *condyl. intern. femoris*, отелойку хряща въ видѣ пузырей на хрящѣ *patellae* и типичный звѣдчатый рубецъ на *condyl. extern. femoris*, образовавшійся, повидимому, на мѣстѣ распавшагося хряща надъ субхондральной гуммой. (Типичныя измѣненія хряща видны и на рис. 14).

Что касается далѣе пораженій эпифизовъ, то надо признать, что таковыя, въ формѣ гуммозныхъ періоститовъ, остеоперіоститовъ, оститовъ и остеомиэлитовъ, встрѣчаются очень и очень часто, въ чемъ легко убѣдиться изъ просмотра приводимыхъ мною клиническихъ наблюденій моихъ.

Очень вѣроятно, что эти пораженія эпифизовъ, можетъ быть, вмѣстѣ съ заболѣваніями хряща, представляютъ собой обычно при гуммозныхъ артритяхъ первичное проявленіе заболѣванія суставовъ.

Извѣстно, что гуммозные процессы въ костяхъ имѣютъ особую наклонность къ новообразованію костной ткани, а потому при остеоперіоститахъ мы часто встрѣчаемся съ образованіемъ остеофитовъ, а при глубокихъ гуммахъ съ разрощеніемъ, утолщеніемъ всего эпифиза. Остеофиты при операціяхъ на сифилитическихъ суставахъ мнѣ приходилось видѣть не разъ; ихъ можно видѣть иногда и на рентгенограммахъ.

Что касается глубокихъ гуммозныхъ процессовъ въ эпифизахъ, то они рѣже выражаются въ формѣ гуммозныхъ инфильтрацій, чаще въ формѣ ограниченныхъ гуммъ, какъ это можно видѣть на рис. 15. Въ результатъ глубокія гуммы эпифизовъ иногда распадаются и могутъ вскрыться въ суставъ или кнаружи, у границы сустава; чаще онѣ окружаются поясомъ склеротической кости и, такимъ образомъ, какъ-бы осумковываются въ кости, постепенно затѣмъ рассасываясь. Въ такихъ случаяхъ окружающая гумму кость гипертрофируется, разрастается и даетъ твердый, какъ слоновая кость, утолщенный эпифизъ, въ толщѣ котораго мы часто находимъ большей или меньшей величины гуммозное гнѣздо.

Если костная гумма вскрывается въ суставъ, то въ послѣднемъ развивается сначала реактивное воспаленіе въ формѣ остраго или подостраго синовита, который потомъ можетъ превратиться въ специфическій гуммозный синовитъ со всѣми его послѣдствіями (*osteoarthritis gummosa*); такъ-же вскрываются въ суставъ и пери-, и параартикулярныя гуммы. Если костная или параартикулярная гумма вскрывается одновременно въ суставъ и кнаружи, то образуются свищи, проникающіе въ суставъ, и легко можетъ наступить гноеродная инфекция въ суставѣ, ведущая къ нагноенію въ немъ (*arthritis, resp. osteo-arthritis gummosa purulenta*).

Въ общемъ такіе случаи не часты, но все же встрѣчаются; обычно такой гнойный артритъ благополучно оканчивается анкилозомъ, иногда же, особенно у стариковъ, онъ протекаетъ очень бурно и можетъ при-

вести къ летальному исходу; иногда при такихъ обстоятельствахъ бываетъ показана и ампутація.

(5) Мнѣ припоминается одинъ случай, который я видѣлъ еще въ клиникѣ Рейера. Это былъ дряхлый старикъ, лѣтъ 65, поступившій подъ мое наблюденіе съ жалобой на быстро развивающееся пораженіе колѣна, клинически протекавшее подъ картиной бѣлой опухоли сустава. Наблюденіе показало намъ, что мы имѣли дѣло съ очень злымъ гуммознымъ остеоартритомъ. Костная гумма, несмотря на леченіе, быстро распалась, вскрылась въ суставъ и кнаружи, что повело къ нагноенію, а затѣмъ, несмотря на разрѣзы, къ піэмическимъ явленіямъ. Такъ какъ одновременно, при нарастающемъ маразмѣ, у больного съ поразительной быстротой развились гуммы твердаго неба, въ скелетѣ носа и въ печени, изъ коихъ первыя тотчасъ же распались, то мы не успѣли даже прибѣгнуть къ ампутаціи и потеряли больного. При вскрытіи мы нашли гуммно-перерожденный нижній эпифизъ бедра, пропитанный гноемъ, какъ при инфекціонномъ остеомиелитѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нагноеніе въ гуммозномъ суставѣ продолжается долго, въ суставныхъ концахъ костей могутъ развиваться каріозный процессъ и некрозъ отдѣльныхъ участковъ эпифизовъ; вокругъ такихъ каріозныхъ гнѣздъ и секвестровъ продолжается склерозирующій, гипертрофическій оститъ и видъ кости получаетъ очень характерную фізіономію; въ суставѣ при этомъ обычно получается спаиваніе суставныхъ концовъ и образуется анкилозъ. Примѣромъ такого процесса можетъ служить слѣдующій случай:

(6) Нѣсколько лѣтъ тому назадъ ко мнѣ обратился молодой человекъ, лѣтъ 25. Онъ былъ алкоголикъ (до *delirium tremens*) и страдалъ разными проявленіями наследственнаго сифилиса, между прочимъ и гуммознымъ пораженіемъ колѣна. Колѣно представлялось анкилозированнымъ подъ острымъ угломъ; эпифизы костей были сравнительно мало деформированы; въ окружности сустава имѣлась масса свищей, выдѣлявшихъ сильно вонючій, «костный» гной. Изъ словъ почти невмѣняемаго больного мы узнали только, что болѣзнь сустава и нагноеніе продолжаются съ отроческаго возраста. Въ виду того, что у больного въ мочѣ имѣлся бѣлокъ, заставившій заподозрить начинающійся амилоидъ, и принимая во вниманіе, что при такихъ обстоятельствахъ трудно было ожидать успѣха отъ резекціи, я предложилъ и произвелъ больному ампутацію бедра. Могу вамъ показать и препаратъ, полученный при этой ампутаціи, изображенный на рис. 15 и 16.

На рис. 15 видны въ толщѣ распиленнаго эпифиза бедра большія гуммы; на рис. 16 мы видимъ спайку костными массами суставныхъ концовъ *femoris et tibiae*; въ одномъ мѣстѣ этихъ спаекъ отверстіе, ведущее въ каверну, расположенную въ полости сустава, между суставными костями и на днѣ ея секвестръ, который тогда былъ окруженъ грануляціями и гноемъ.

Теперь мнѣ оставалось бы сказать еще объ одной формѣ сифилитическаго пораженія суставовъ, которое нѣкоторые французскіе авторы и Fournier въ томъ числѣ описываютъ при позднемъ наследственномъ

сифилисѣ подѣ названіемъ *arthritis déformante syphilitique*. Но здѣсь я долженъ оговориться и выяснить, какъ понимать выраженіе: «*deformans*». Вы знаете, что постепенное «обезображиваніе», «деформація» суставовъ наблюдается при самыхъ разнообразныхъ хроническихъ процессахъ въ нихъ—при туберкулезѣ, сифилисѣ, при такъ назыв. хроническомъ ревматизмѣ со всѣми его разновидностями, при тиреотоксическомъ полиартритѣ, при болѣзняхъ центральной нервной системы, поэтому при всѣхъ этихъ болѣзняхъ можно было бы говорить объ *arthritis deformans*, тѣмъ болѣе, что при нѣкоторыхъ изъ нихъ деформація бываетъ очень рѣзко выражена, какъ, напр., при *tabes*. Однако въ хирургіи принято называть *arthritide déformante* только особый видъ артрита, по мнѣнію большинства—заболѣваніе *sui generis*, которое особенно тщательно изучено и описано *Volkman* п'омъ и его школой. Характернымъ считаютъ для этого артрита комбинацію атрофическихъ и пролифераціонныхъ процессовъ въ суставѣ, приводящихъ къ значительнымъ измѣненіямъ въ формѣ суставныхъ концовъ костей и протекающихъ подѣ типичной клинической картиной. Этіологія этого страданія до сихъ поръ неизвѣстна; для меня очень вѣроятно, что эта патолого-анатомическая картина можетъ быть вызвана разными причинами; однако, повидимому, эти различныя причины вліяютъ здѣсь всегда полностью или частью чрезѣ посредство нервной системы, причемъ аномаліи въ иннерваціи суставовъ вызываютъ въ нихъ какія-то, по выраженію Монастырскаго, нутритивныя измѣненія. Неправильная иннервація тканей сустава можетъ зависѣть, какъ отъ пораженія периферическихъ нервовъ, такъ и центральной нервной системы. Результатомъ такихъ «трофическихъ» разстройствъ (иногда, можетъ быть, въ связи съ раздраженіемъ сустава мелкими воспалительными и инфекціонными очагами) и является цѣлый рядъ измѣненій въ костяхъ, хрящахъ и суставной капсулѣ, кои въ совокупности и даютъ намъ въ суставѣ то, что мы привыкли называть *arthritis deformans sensu strictu*.

При туберкулезѣ и сифилисѣ обычныя измѣненія формы суставныхъ концовъ, до сихъ поръ описанныя, зависятъ отъ другихъ причинъ, а именно эпифизы разрастаются здѣсь подѣ вліяніемъ хроническихъ оститовъ и остеоперіоститовъ, которые, въ свою очередь, вызываются инфекціонными очагами, продолжительное время раздражающими костную ткань; либо суставные концы костей деформируются отъ распада и рассасыванія костной ткани подѣ вліяніемъ специфическаго каріознаго процесса. Но такіе артриты было бы неправильно называть *arthritis deformans*, такъ какъ это только запутывало бы наше представленіе объ этомъ послѣднемъ. Изъ описанія французскихъ авторовъ мнѣ осталось неяснымъ, что собственно они называютъ сифилитическимъ деформирующимъ артритомъ, но, повидимому, они имѣютъ здѣсь въ виду именно тѣ деформаціи суставныхъ концовъ, которыя, какъ я только что сказалъ, развиваются подѣ вліяніемъ гуммозныхъ процессовъ въ костной ткани.

Описанія *arthritidis deformantis*, въ смыслѣ *Volkmann*'а, на почвѣ

сифилиса мнѣ въ литературѣ встрѣтить не удалось, но въ текущемъ учебномъ году (1909) я имѣлъ возможность сообщить такой случай въ Русскомъ Хирург. Обществѣ Пирогова, показавъ и микроскопическіе препараты, поэтому я пока позволю себѣ только сказать, что существуетъ настоящій *arthritis deformans syphilitica*, но подробнѣе объ этихъ моихъ наблюденіяхъ я буду говорить въ одной изъ слѣдующихъ лекцій.

Не надо еще забывать, что кромѣ чисто-сифилитическихъ пораженій суставовъ, на практикѣ должны встрѣчаться, и дѣйствительно встрѣчаются, самыя разнообразныя формы смѣшанныхъ артритовъ, т. е. комбинаціи сифилиса съ туберкулезомъ, съ гонорройной инфекціей, подагрой и т. д., но и къ этимъ мало еще изученнымъ формамъ заболѣванія сочлененій я вернусь въ другой разъ.

Итакъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія мы можемъ классифицировать сифилитическія пораженія суставовъ слѣдующимъ образомъ:

I. Простые синовиты вторичнаго происхожденія, какъ реакція на гуммозные процессы въ суставныхъ концахъ костей, въ пери- и параартикулярныхъ тканяхъ—*synovitis acuta, subacuta, chronica, serosa s. seroso-fibrinosa, irritativa s. simplex* у сифилитиковъ третичнаго періода и при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ.

II. Сифилитическіе гуммозные артриты.

1) Гуммозные синовиты, первичные (?) и вторичные.

a) *Synovitis syphilitica serosa s. seroso-fibrinosa subacuta.*

b) *Synovitis syphil. seroso-fibrinosa chron. s. hydrops fibrinosus articuli syphil.*

c) *Synovitis syph. seroso-fibrinosa villosa s. hydrops villosus artic. syphil.*

d) *Synovitis syphil. villosa.*

e) *Lipoma arborescens syphiliticum.*

f) *Synovitis syphilitica chron. hyperplastica.*

g) *Synovitis syphilitica chron. fibrosa s. cicatricans.*

2) Гуммозный хондритъ—*chondritis syphilitica (Virchow).*

3) Гуммозные остейты.

a) *Periostitis et osteitis superfic. et profunda syphilit. epiphysaria.*

b) *Gummata profunda epiphysaria.*

4) Гуммозные панартриты.

a) *Osteo-chondro-arthritis syphil. chron. со всѣми разновидностями пораженія синовиальной.*

b) *Osteo-chondro-arthritis syphil. cariosa et necrotica.*

c) *Osteo-chondro-arthritis purulenta.*

III. *Arthritis deformans syphilitica.*

IV. Смѣшанныя формы артритовъ сифилитическихъ съ другими заболеваниями суставовъ.

Конечно, различать всѣ эти формы клинически, даже при помощи рентгеноскопiи, мы не можемъ и поэтому такъ детально классифицировать сифилитическія пораженія суставовъ съ чисто практической точки зрѣнія, для клиническихъ цѣлей, нѣтъ основанія.

Такъ I-я группа нашему клиническому диагнозу совершенно недоступна; не можемъ мы всегда дифференцировать клинически и отдѣльныя разновидности II-й группы, кои могутъ быть вполнѣ выяснены лишь при вскрытіи, микроскопическомъ изслѣдованіи или, отчасти, при операціяхъ, показанныхъ въ случаяхъ сифилитическихъ артропатій сравнительно рѣдко; поэтому классификація сифилитическихъ артритовъ съ клинической точки зрѣнія значительно упрощается и сводится къ слѣдующему:

- I. 1) *Synovitis acuta, subacuta, chronica syphil. serosa et seroso-fibrinosa.*
- 2) *Hydrops fibrinosus artic. syphiliticus.*
- 3) *Synovitis syphil. villosa.*
- 4) *Hydrops villosus artic. syphiliticus.*
- 5) *Lipoma arborescens syphil.*
- II. 1) *Osteo-arthritis respect. osteo-chondro-arthritis syphil. hyperplastica.*
- 2) *Osteo-arthritis syphil. fibrosa s. cicatricans (contractura syphilitica ex arthritide).*
- 3) *Osteo-arthritis syphil. cariosa et necrotica.*
- 4) *Osteo-arthritis syphil. purulenta.*
- III. *Arthritis deformans syphilitica.*
- IV. Смѣшанныя формы.

Pseudotumor albus articulum syphiliticum.

На практикѣ еще приходится говорить иногда о сифилитическихъ артралгіяхъ (*arthralgia syphilitica*), понимая подъ этимъ такіе случаи, гдѣ у сифилитика, жалующагося на болѣе или менѣе интензивныя, большею частью ночныя боли въ суставахъ, мы не находимъ никакихъ объективныхъ измѣненій въ болящихъ сочлененіяхъ.

Отрицать возможность существованія сифилитической суставной невралгіи.—если вообще допускать суставныя невралгіи согласно съ Esmarch'омъ и друг.,—мы не имѣемъ права, но надо думать, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ эти сифилитическія артралгіи объясняются просто наличностью въ эпифизахъ гуммъ, которыя намъ не удается открыть способами клиническаго изслѣдованія, имѣющимися пока въ нашемъ распоряженіи.

О клиническомъ теченіи сифилитическихъ артропатій гуммознаго періода, дифференціальной диагностикѣ, предсказаніи и леченіи ихъ я отдѣльно говорить не буду, такъ какъ все это должно выясниться вамъ изъ дальнѣйшихъ моихъ клиническихъ разборовъ отдѣльныхъ наблюдавшихся нами случаевъ.



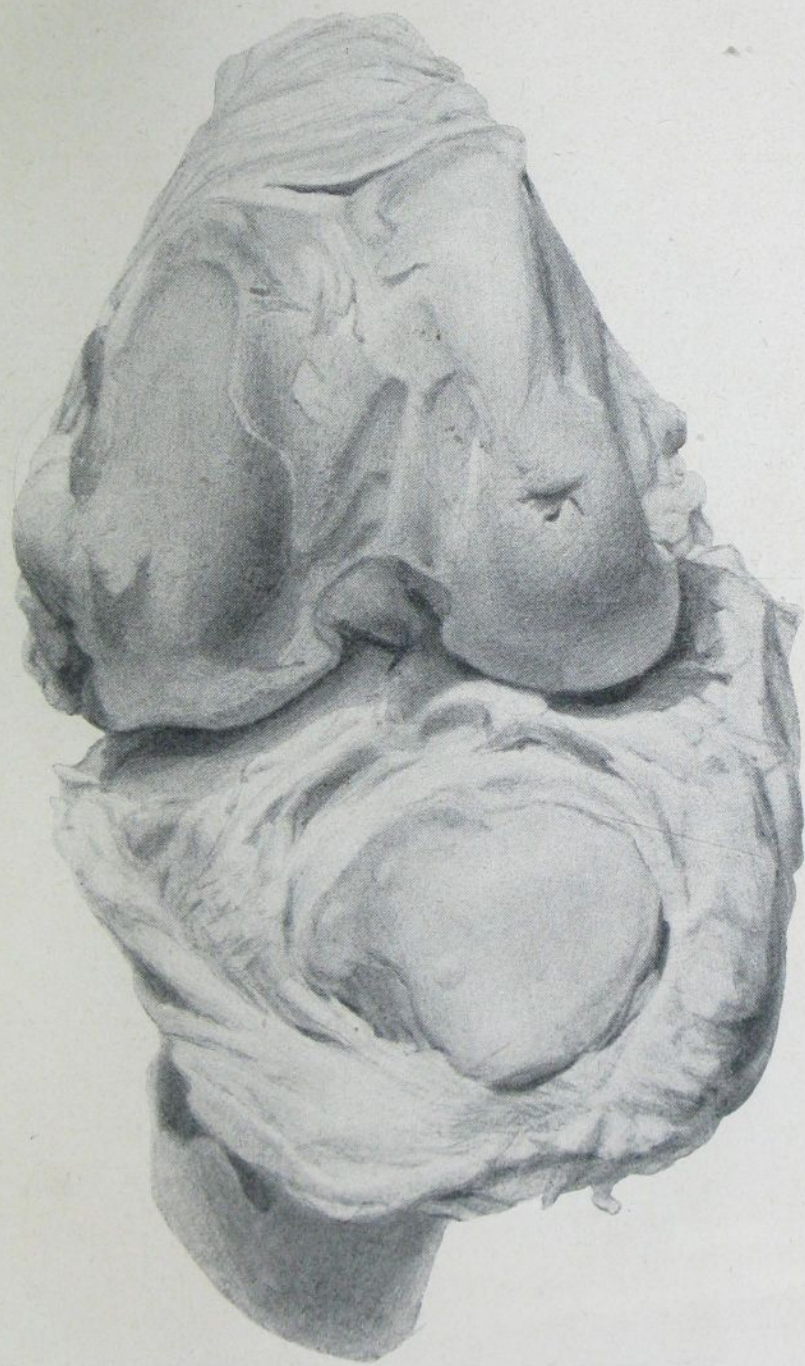


Рис. 13. Osteo-chondro-arthritis syphilitica genus; synovitis gummosa hyperplastica.  
(Препаратъ взятъ съ трупа; изъ моей коллекци въ клиникѣ).

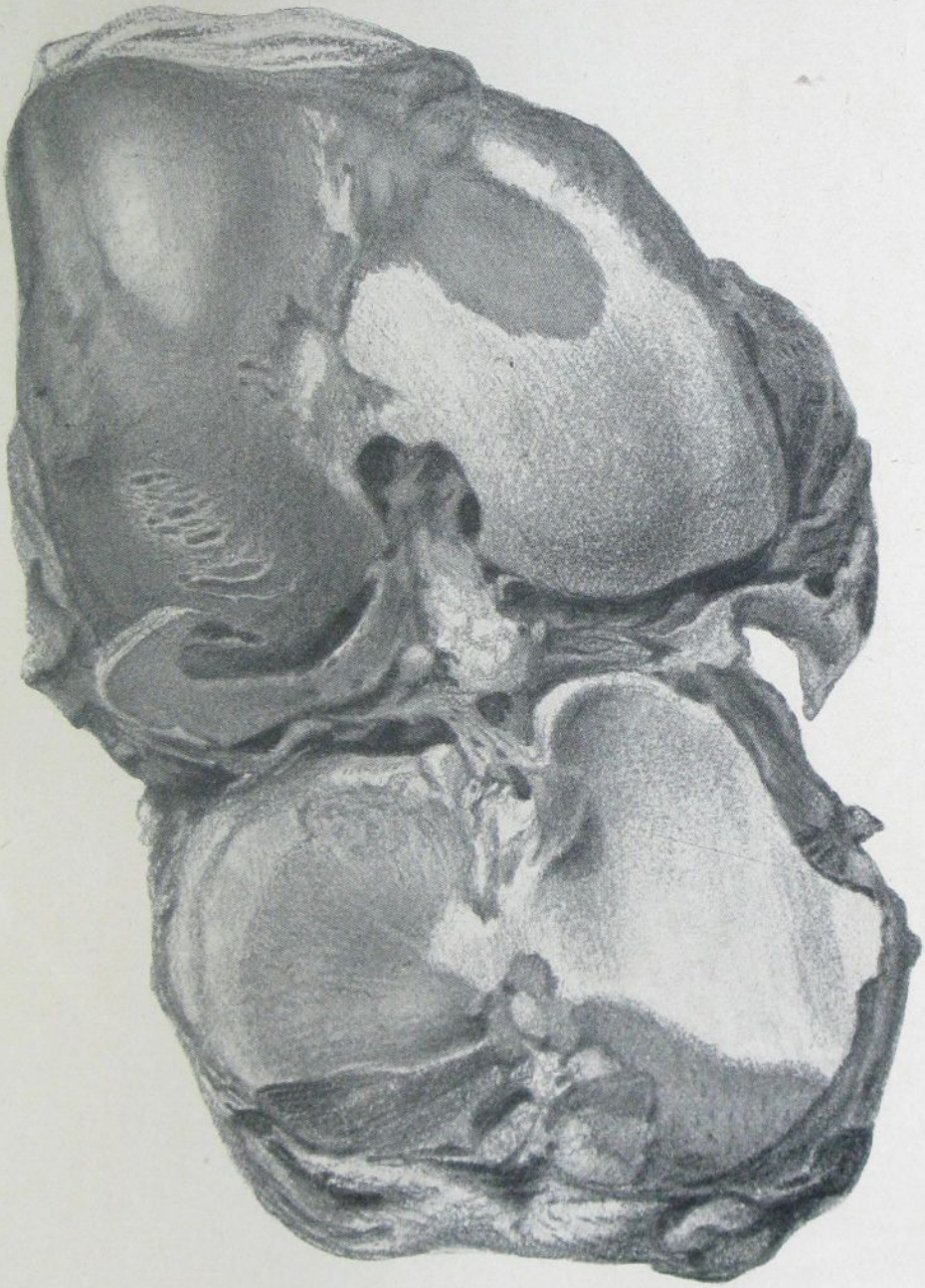


Рис. 14. Chondritis syphilitica et synovitis chron. villosa genu. (Препаратъ взятъ съ трупа; подаренъ музею клиники Н. Н. Михайловымъ).



Рис. 15. Глубокія гуммы эпифиза бедра (тотъ-же случай, что на рис. 16).



Рис. 16. Osteoarthritis heredo-syphilitica cariosa et necrotica purulenta genus; ankylosis. (Препарат полученъ при ампутаціи; собственное наблюдение).

### Лекція Ш.

Мм. Гг.

Выше я уже имѣлъ случай намекнуть, что на вопросъ—какъ часто встрѣчаются сифилитическіе артриты гуммознаго періода и при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ?—врачи, какъ хирурги, такъ и сифилидологи, отвѣчаютъ очень различно; одни считаютъ эти заболѣванія большою рѣдкостью и описываютъ даже отдѣльные случаи, другіе рѣдкостью ихъ не считаютъ. Точныхъ статистическихъ данныхъ, основанныхъ на большихъ цифрахъ, по этому вопросу въ литературѣ, повидимому, не имѣется или почти не имѣется, по крайней мѣрѣ найти таковыхъ мнѣ не удалось.

Fournier видѣлъ на 5700 случаевъ сифилиса 22 случая артропатій третичнаго періода. Изъ русскихъ авторовъ проф. Ге встрѣтилъ на 1417 случаевъ гуммознаго сифилиса у мужчинъ поражение суставовъ 71 разъ (5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), на 845 случ. у женщинъ—26 разъ (3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), Ястребовъ дѣлаетъ свои подсчеты на основаніи 85 случ., собранныхъ имъ въ литературѣ, Н. Н. Михайловъ говоритъ, что наблюдалъ свыше 70 случаевъ, но точной цифры не даетъ. Во всякомъ случаѣ, основываясь на этихъ цифрахъ Fournier и Ге, а также на случайномъ литературномъ матеріалѣ Ястребова, получить болѣе или менѣе точное представленіе о частотѣ пораженія суставовъ сифилисомъ довольно трудно, пожалуй, невозможно. Поэтому я считаю не безъинтереснымъ сообщить вамъ здѣсь мои собственныя цифровыя данныя и вообще ознакомить васъ съ тѣмъ клиническимъ матеріаломъ, на которомъ я основываю нѣкоторые свои выводы и которымъ я располагалъ для изложенія моихъ взглядовъ на интересующее насъ здѣсь заболѣваніе сочлененій.

Какъ я уже сказалъ, первыя мои наблюденія въ этомъ отношеніи относятся къ началу 80-хъ годовъ, ко времени, когда я, въ качествѣ ассистента, работалъ въ клиникѣ моего покойнаго учителя К. К. Рейера. Изъ моего сообщенія «о резекціяхъ локтя», сдѣланнаго мною въ 1884 г. въ С. Петербургскомъ Медицинскомъ Обществѣ, видно, что мы тогда уже интересовались въ клиникѣ Рейера сифилитическими артритами, такъ какъ въ этомъ моемъ сообщеніи тогда уже описаны два случая резекцій локтя при сифилисѣ суставовъ, произведенныя Рейеромъ уже въ 1881 и 1882 гг., и приложено изображеніе нижняго конца плечевой кости, пораженнаго сифилитическимъ оститомъ и добытаго нами при одной изъ этихъ резекцій. Если я не ошибаюсь, это

были, наряду со случаями Кятаевского и Монастырскаго, первые случаи сифилитических артритовъ, описанные въ русской литературѣ. Съ тѣхъ поръ я болѣе 25 лѣтъ продолжалъ особенно интересоваться сифилитическими поражениями суставовъ, но, къ сожалѣнію, изъ тѣхъ временъ—начала моей клинической дѣятельности—у меня никакихъ записей по данному вопросу не сохранилось.

Съ 1885 г. я началъ свою самостоятельную клиническую работу и до 1895 г., т. е. въ теченіе 10 лѣтъ, завѣдывалъ хирургической амбулаторіей при Крестовоздвиженской Общинѣ, одной изъ самыхъ большихъ тогда амбулаторій столицы, подававшей совѣты болѣе чѣмъ 15 тысячамъ хирургическихъ больныхъ въ годъ, причемъ кліенты этой амбулаторіи принадлежали почти исключительно къ бѣднѣйшимъ слоямъ жителей Петербурга. Тамъ я за 10 лѣтъ имѣлъ возможность видѣть массу всевозможныхъ проявленій гуммознаго и наслѣдственнаго сифилиса, а въ томъ числѣ и немало сифилиса суставовъ. Однако, для того, чтобы дать на выше поставленный вопросъ по возможности болѣе точный отвѣтъ, я выбралъ случаи сифилитическихъ артритовъ, встрѣтившіеся мнѣ среди хирургическихъ больныхъ названной амбулаторіи въ 1885, 1886 и 1887 гг., когда я принималъ хирургическихъ больныхъ одинъ, и если пользовался помощью товарищей, то во всякомъ случаѣ лично осматривалъ всѣхъ больныхъ съ заболѣваніями суставовъ и самъ велъ записи или диктовалъ ихъ.

Такимъ образомъ взятый мною для статистическихъ подсчетовъ клинической матеріалъ представляется однороднымъ, собраннымъ однимъ лицомъ, что очень важно, такъ какъ при этомъ исключается возможность случайностей, въ зависимости отъ взглядовъ, степени опытности и практической подготовки разныхъ врачей. Въ послѣдующіе годы, когда моя дѣятельность расширилась, мнѣ при приѣмахъ помогали ассистенты, они же вели и записи, иногда и замѣняя меня, поэтому я не считалъ себя вправѣ пользоваться казуистикой, въ которой я не могъ отвѣчать за правильность диагнозовъ и однородную клиническую оцѣнку отдѣльныхъ случаевъ.

За вышеприведенные три года въ нашей амбулаторіи было всякаго рода больныхъ 139.830, а изъ нихъ хирургическихъ 49.445. Между этими послѣдними отмѣчено 185 случаевъ разныхъ сифилитическихъ поражений сочлененій гуммознаго періода и поздняго наслѣдственнаго hues'a <sup>1)</sup>, изъ чего слѣдуетъ, что въ петербургской амбулаторіи, посѣщаемой бѣднѣйшими классами городского населенія, на 10.000 всякаго рода больныхъ приходится 13 случаевъ, а на 10.000 хирургическихъ больныхъ—37 случаевъ сифилитическихъ артритовъ или  $1,3\%_{00}$  resp.  $3,7\%_{00}$ .

Въ академической хирургической клиникѣ, гдѣ контингентъ больныхъ

<sup>1)</sup> Этими данными я отчасти воспользовался въ своей статьѣ „Сифилисъ въ хирургіи“, напечатанной въ „Русск. Хир. Архивъ“ въ 1903 г.

другой, принадлежащей къ разнымъ слоямъ населенія, а часто и прїѣз-  
жій изъ провинціи, ищущій болѣе специальной помощи, сифилитическіе  
артриты встрѣчаются нѣсколько чаще: за 18<sup>95/96</sup> по 19<sup>04/05</sup> гг., т. е.  
за 10 учебныхъ лѣтъ <sup>1)</sup>, было всего 13.837 амбулаторныхъ хирургиче-  
скихъ больныхъ, изъ нихъ 69 съ сифилитическими артритами, что  
составить около 50 случаевъ на 10.000 хирургическихъ больныхъ,  
т. е. 5<sup>0/00</sup>.

За тотъ же періодъ времени всякаго рода заболѣваній суставовъ  
отмѣчено 943, что на общее число больныхъ въ 13.837 = 6,8 %.

Если изъ означеннаго числа 943 вычесть 126 случаевъ заболѣва-  
ній суставовъ, въ которыхъ болѣе точный діагнозъ у амбулаторнаго боль-  
ного былъ затруднителенъ и поэтому не отмѣченъ, то останется запи-  
санныхъ за 10 лѣтъ разныхъ артритовъ 817, на каковое число приходится:

артритовъ туберкулезныхъ . . .	527	или	64,5 %
» гонорройныхъ . . .	72	»	8,8 %
» сифилитическихъ . . .	69	»	8,4 %
» ревматическихъ (?) . . .	40	»	4,8 %

Всякаго рода другіе артриты встрѣчались еще рѣже.

Изъ приведеннаго вытекаетъ, что среди хирургическихъ больныхъ,  
обращающихся въ специальную хирургическую клинику, сифилитическихъ  
пораженій суставовъ встрѣчается приблизительно около 5 на 1000 больныхъ  
и что эти заболѣванія среди этого контингента больныхъ встрѣчаются въ  
8 разъ рѣже, чѣмъ туберкулезныя пораженія суставовъ, но почти такъ  
же часто, какъ и гонорройные артриты; слѣдовательно, большою рѣд-  
костью сифилитическіе артриты гуммознаго періода считаются не могутъ.

Переходя теперь къ разсмотрѣнію того матеріала, на которомъ я  
основываю изложеніе ученія о сифилитическихъ пораженіяхъ сочлененій,  
я прежде всего долженъ къ ранѣе приведеннымъ 185 + 69 случаямъ  
добавить еще 30, наблюдавшихся мною за послѣдніе 2 учебныхъ года  
(18<sup>95/96</sup> и 18<sup>96/97</sup>) въ моей клиникѣ. Изъ этихъ 284 случаевъ я от-  
брасываю 7 случаевъ непригодныхъ за недостаточностью записей и по-  
лучаю такимъ образомъ 277 случаевъ сифилитическихъ артритовъ, год-  
ныхъ для тѣхъ или другихъ заключеній, выводовъ и соображеній по  
вопросу, послужившему мнѣ темой настоящихъ лекцій.

Если, однако, припомнить, что 185 случаевъ сифилитическихъ артри-  
товъ записаны мною точнѣе за 3 года дѣятельности въ амбулаторіи  
Крестовоздвиженской Общины и что въ остальные 7 лѣтъ моихъ заня-  
тій въ той же амбулаторіи подобныхъ случаевъ, конечно, было не меньше,  
то окажется, что въ означенныя 10 лѣтъ въ одной амбулаторіи черезъ мои  
руки прошло, считая случаевъ 60 въ годъ, около 600 случаевъ сифи-  
литическихъ заболѣваній сочлененій; если къ этому добавить около 100  
случаевъ, записанныхъ въ клиникѣ, всѣ случаи, видѣнные мною на

<sup>1)</sup> Считая нашъ учебный годъ съ 1/IX по 1/IV.

<sup>2)</sup> Здѣсь включены и больные, поступившіе въ клинику.

пріемахъ въ Максимилиановской лечебницѣ (за 14 лѣтъ), въ другихъ амбулаторіяхъ, на консультаціяхъ и въ частной практикѣ, то общая сумма видѣнныхъ и наблюдавшихся мною сифилитическихъ артритовъ возрастетъ несомнѣнно до 700 — 800 случаевъ, поэтому, опираясь въ своихъ сужденіяхъ главнымъ образомъ на 277 точнѣе зарегистрированныхъ случаевъ, я, кромѣ того, считаю себя вправѣ, не ссылаясь на цифры, говорить иногда и о своихъ «впечатлѣніяхъ», не голословныхъ, какъ вы видите, а основанныхъ дѣйствительно на многихъ сотняхъ личныхъ наблюденій.

Переходя теперь къ разсмотрѣнію моего разработаннаго цифрового матеріала, считаю нужнымъ отвѣтить прежде всего на вопросъ, — какой полъ чаще страдаетъ сифилическими артритами?

Мои цифры показываютъ слѣдующее:

За 3 года въ амбулаторіи Кре- стовоздвиженской Общины было .	М.	Ж.	Вс.
	72 (39 <sup>0</sup> /o)	113 (61 <sup>0</sup> /o)	185
За 10 лѣтъ въ клиникѣ было . . . . .	50 (55 <sup>0</sup> /o)	42 (45 <sup>0</sup> /o)	92
	122 (44 <sup>0</sup> /o)	155 (56 <sup>0</sup> /o)	277

Изъ этого подсчета видно, что въ амбулаторіи общины между больными, пораженными сифилитическими артритами, было больше женщинъ, чѣмъ мужчинъ, тогда какъ въ амбулаторіи клиники было такихъ же больныхъ мужчинъ больше, чѣмъ женщинъ. Къ сожалѣнію, мы не знаемъ, каково было въ амбулаторіи общины вообще отношеніе числа больныхъ мужчинъ къ числу больныхъ женщинъ, поэтому приведенныя изъ этой амбулаторіи данныя по отношенію къ частотѣ заболѣванія сифилитическимъ артритомъ мужчинъ и женщинъ не могутъ дать представленія, вполне отвѣчающаго истинѣ. Что касается клиники, то тамъ, вычтя изъ общаго числа больныхъ число дѣтей, мы получаемъ 6099 мужчинъ съ 36 сифилитическими артритами, что = 6 на 1000, и 3018 женщинъ съ 25 сифилитическими пораженіями суставовъ, что = 8 на 1000. Поэтому оказывается, что въ дѣйствительности и въ клиникѣ было больше сифилитическихъ артритовъ у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Такимъ образомъ мы на основаніи нашихъ наблюденій все же можемъ сказать, что сифилитическіе артриты въ нашихъ хирургическихъ амбулаторіяхъ встрѣчаются чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ <sup>1)</sup>.

Отъ чего это зависитъ, сказать трудно. Можетъ быть, превалированіе женскаго пола зависитъ отъ того, что женщины рѣже лечатся отъ сифилиса въ начальномъ періодѣ, чѣмъ мужчины, потому-ли, что, заразив-

<sup>1)</sup> У Ге это отношеніе обратное; у насъ отношеніе сифилитическихъ артропатій гуммознаго періода у мужчинъ и женщинъ = 44 : 56, а у Ге = 50 : 30. Смѣю думать, что наши данныя ближе къ дѣйствительности, такъ какъ несомнѣнно, что по причинамъ, о которыхъ я сказалъ въ первой моей лекціи, больные, страдающіе суставами, наблюдаются сифилидологами только случайно.



шись отъ мужей и сожителей, не знаютъ своей болѣзни, потому-ли, что стѣсняются обращаться къ врачамъ, а потому чаще страдаютъ поздними гуммоными формами; можетъ быть, что мы больше видимъ такихъ женщинъ, чѣмъ мужчинъ, потому что женщины чаще обращаются къ намъ вслѣдствіе безпокоящихъ ихъ болей, не подозрѣвая характера болѣзни, тогда какъ мужчинъ, особенно рабочему челоуѣку, недосугъ идти къ врачу ради «ломоты въ сгибахъ и костяхъ», а сифилитическія заболѣванія сочлененій сравнительно мало нарушаютъ функціи конечности и потому нерѣдко не лишаютъ выносливыхъ людей работоспособности.

Что касается затѣмъ возраста, въ которомъ чаще встрѣчаются сифилитическія артропатіи, то въ этомъ отношеніи мы находимъ отвѣтъ въ слѣдующихъ трехъ таблицахъ:

I. Случаи сифилитическихъ артропатій, наблюдавшіеся въ амбулаторіи Крестовоздвиженской Общины въ 1885—1887 гг.

Возрасть.	Мужчинъ.	Женщинъ.	В С Е Г О.	
До 10 лѣтъ	—	—	—	—
Отъ 11—15 лѣтъ	11=15,2% } =28%	5=4,4% } =14%	16= 8,6% } =19%	
„ 16—20 „	9=12,5% }	11=9,7% }	20=10,8% }	
„ 21—30 „	18=25% } =62%	39=24% } =72%	57=31% } =68%	
„ 31—40 „	18=25% }	21=19% }	39=21% }	
„ 41—50 „	9=12% }	21=19% }	30=16% }	
„ 51—60 „	5= 7% } =10%	9= 8% } =14%	14= 8% } =13%	
„ 61—70 „	2= 3% }	7= 6% }	9= 5% }	
	72	113	185	110%

II. Случаи сифилитическихъ артропатій, наблюдавшіеся въ амбулаторіи академической хирургической клиники 18<sup>95/96</sup>—19<sup>06/07</sup> гг.

Возрасть.	Мужчинъ.	Женщинъ.	В С Е Г О.	
До 10 лѣтъ	5= 10% } =32%	2= 4,7% } =21%	7= 7,6% } =27%	
Отъ 11—15 лѣтъ	5=10% } =22%	1= 2,4% } =16,7%	6=6,5% } =19,5%	
„ 16—20 „	6=12% }	6=14,3% }	12= 13% }	
„ 21—30 „	12= 24% } =60%	9= 21,4% } =69%	21= 22,8% } =64%	
„ 31—40 „	14= 28% }	9= 21,4% }	23= 25% }	
„ 41—50 „	4= 8% }	11= 26,2% }	15= 16,3% }	
„ 51—60 „	4= 8% } =8%	4= 9,5% } =10%	8= 8,8% } =9%	
„ 61—70 „	— — } =0%	— — } =0%	— — } =0%	
	50	42	92	100%

III. Все случаи сифилитических артропатий, наблюдавшиеся мною.

Возрасть.	Мужчинъ.	Женщинъ.	В С Е Г О.
До 10 лѣтъ	5= 4,1%	2= 1,2%	7 2,5%
Отъ 11—15 лѣтъ	16=13,1	6= 3,8	22= 8%
„ 16—20 „	15=12,2	17=10,9	32= 11,5
„ 21—30 „	30= 24,5%	48= 31,9%	78= 27,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 31—40 „	32= 26,2%	30= 19,3%	62= 22,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 41—50 „	13= 10,6%	32= 20,6%	45= 16 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 51—60 „	9= 7,3%	13= 8,3%	22= 7,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 61—70 „	2= 1,6%	7= 4,5%	9= 3,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
	122	155	277

Сопоставленіе цифръ первыхъ двухъ табличекъ очень интересно и не лишено значенія, такъ какъ изъ этого сопоставленія мы видимъ, что въ матеріалѣ, взятомъ въ разное время и изъ разныхъ амбулаторій, получается въ общемъ почти одинаковое отношеніе между отдѣльными возрастами. Это доказываетъ, что цифры и подсчеты наши не случайные.

Въ I таблицѣ нѣтъ совершенно дѣтей до 10 лѣтъ; объясняется это тѣмъ, что амбулаторія Общины не посѣщается дѣтьми, потому что рядомъ функционируетъ амбулаторія дѣтской Елизаветинской больницы.

Далѣе мы видимъ, что въ Общинѣ было больше стариковъ и старухъ—въ возрастѣ отъ 51 до 70 л.,—чѣмъ въ клиникѣ (13% resp. 9%), и что въ послѣдней совсѣмъ не было больныхъ сифилитическими артритами старше 60 лѣтъ, тогда какъ въ амбулаторіи Общины ихъ было 9, т. е. 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (2 мужч. и 7 женщ.). Это обстоятельство объясняется тѣмъ, что въ амбулаторіи Общины, какъ благотворительномъ учрежденіи, вообще лечится много дряхлыхъ стариковъ и особенно старухъ изъ бѣднѣйшихъ слоевъ населенія, для которыхъ посѣщеніе бесплатныхъ амбулаторій и леченіе представляетъ своего рода занятіе, тогда какъ въ клиники этого рода больные обращаться не любятъ, да и лекарства тамъ бесплатно не даютъ.

Приступая къ разсмотрѣнію III таблицы, дающей намъ итоги нашихъ наблюденій, мы должны прежде всего отмѣтить, что, къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности выдѣлить случаи позднего наследственнаго сифилиса изъ общаго числа сифилитическихъ артритовъ и это—по понятнымъ причинамъ. Очень вѣроятно, что въ I-й группѣ, относящейся къ возрасту до 20 лѣтъ, громадное большинство случаевъ представляло собой наследственные формы, хотя тоже очень вѣроятно, что между ними было и нѣсколько случаевъ сифилиса, приобретеннаго въ раннемъ возрастѣ; часть наследственныхъ сифилитиковъ несомнѣнно попала и въ слѣдующую группу, относящуюся къ возрасту 21—30 лѣтъ, такъ какъ мы,

вѣдь, знаемъ, что наслѣдственный сифилисъ проявляется, по мнѣнію Fournier и друг., до 30 лѣтъ, а можетъ быть и позже. Принимая во вниманіе вышесказанное, можно предположить съ большимъ вѣроятіемъ, не рискуя впасть въ большую ошибку, что между нашими больными было около 25—30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, страдавшихъ наслѣдственнымъ сифилисомъ, и около 70—75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—приобрѣтеннымъ.

Далѣе на основаніи нашихъ наблюденій мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Поздній наслѣдственный сифилисъ суставовъ до 10-лѣтняго возраста наблюдается рѣдко, у насъ только въ 2,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ сифилитическихъ артритовъ, что соотвѣтствуетъ и наблюденіямъ такого знатока дѣла, какъ Fournier. Чаше syphilis hereditaria tarda съ пораженіемъ суставовъ проявляется въ періодъ развитія половой зрѣлости, т. е. между 11—20 годами; къ этому возрасту относятся приблизительно  $\frac{2}{3}$  (20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> изъ 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) всѣхъ наслѣдственныхъ сифилитическихъ артропатій и  $\frac{1}{5}$  (около 19—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) всѣхъ вообще гуммозныхъ артритовъ.

Фактъ этотъ важенъ потому, что показываетъ, какое большое значеніе слѣдуетъ придавать сифилису, какъ этиологическому моменту при клинической оцѣнкѣ случаевъ хроническихъ пораженій суставовъ у отроковъ и молодыхъ людей отъ 11 до 20 лѣтъ.

Можно смѣло сказать, что туберкулезъ суставовъ поражаетъ гораздо чаще дѣтей до 10—12 лѣтъ, сифилисъ-же наслѣдственный — послѣ 10—12 лѣтъ, поэтому, имѣя предъ собою ребенка съ хроническимъ артритомъ моложе 12 лѣтъ, надо прежде всего думать о туберкулезѣ и затѣмъ лишь, исключивъ послѣдній, искать сифилисъ; напротивъ, когда пораженіе сустава появилось у отрока послѣ 12 лѣтъ, слѣдуетъ всегда одинаково имѣть въ виду какъ туберкулезъ, такъ и сифилисъ.

2) У мальчиковъ наслѣдственный сифилисъ суставовъ наблюдается какъ будто чаще и раньше, чѣмъ у дѣвочекъ: до 20 лѣтъ — 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub> resp. 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ возрастѣ до 15 лѣтъ у мальчиковъ 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, у дѣвочекъ — только 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Можетъ быть, эта разница между 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub> въ дѣйствительности нѣсколько меньше: если допустить, что наслѣдственный сифилисъ проявляется у женскаго пола позже, чѣмъ у мужскаго, то часть наслѣдственныхъ формъ у женщинъ отмѣчена, вѣроятно, въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, но во всякомъ случаѣ наслѣдственныя формы наблюдаются у мальчиковъ чаще и безусловно раньше, чѣмъ у дѣвочекъ. Зависитъ это, можетъ быть, отъ того, что травма располагаетъ у сифилитиковъ къ проявленію гуммозныхъ процессовъ, а мальчики и подростки чаще подвергаются травмѣ, чѣмъ дѣвочки, какъ при играхъ, такъ и въ работѣ.

3) Громадное большинство сифилитическихъ артритовъ — около 66 % — встрѣчается въ возрастѣ отъ 20 до 50 лѣтъ; если допустить, что въ этомъ числѣ имѣется и нѣкоторое количество артритовъ наслѣдственнаго происхожденія, то все же на этотъ возрастъ, въ которомъ, благодаря по-

ловой жизни, чаще наблюдается инфекция lues'омъ, приходится около 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или  $\frac{3}{5}$  гуммозныхъ артритовъ при приобрѣтенномъ сифилисѣ.

4) Maximum luet'ическихъ заболѣваній суставовъ падаетъ вообще на 3 десятилѣтіе жизни; у мужчинъ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ артритовъ (26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) наблюдается между 31 и 40 годами, у женщинъ почти  $\frac{1}{3}$  (32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>)— между 21 и 30 годами. Я думаю, что этому явленію можно дать слѣдующее объясненіе: мужчины имѣютъ одинаковые шансы заболѣть сифилисомъ какъ въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, такъ и отъ 30—40, поэтому и пораженіе суставовъ встрѣчается у нихъ въ обоихъ этихъ десятилѣтіяхъ почти одинаково часто 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, женщины же чаще инфицируются выходя замужъ, что чаще бываетъ около 20 лѣтъ, и поэтому большинство заболѣваній суставовъ сифилисомъ наблюдается у нихъ до 30 лѣтъ, тогда какъ на 4 десятилѣтіи число артритовъ падаетъ у нихъ съ 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub> до 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

5) Въ 5 десятилѣтіи сифилитическіе артриты встрѣчаются у женщинъ почти вдвое чаще, чѣмъ у мужчинъ, 21 и 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,— что, по всѣмъ вѣроятіямъ, зависитъ отъ менѣе тщательнаго леченія или отсутствія леченія начальныхъ формъ lues'a у женщинъ; женщины, какъ я говорилъ, часто не знаютъ о своей болѣзни и поэтому не лечатся, или стѣсняются обращаться за врачебной помощью.

6) Въ старческомъ возрастѣ сифилитическіе артриты встрѣчаются значительно рѣже, приблизительно въ 11—12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ, можетъ быть нѣсколько чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, отчасти по тѣмъ же причинамъ, о которыхъ я только что говорилъ, отчасти потому, что старухи болѣе склонны лечиться и посѣщать амбулаторіи, чѣмъ мужчины. Важно только помнить, что, какъ показываютъ мои наблюденія, гуммозные пораженія суставовъ встрѣчаются и въ очень преклонномъ возрастѣ, представляя собой крайне позднія проявленія третичнаго періода.

По отдѣльнымъ суставамъ мои 277 случаевъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	Мужчинъ.	Женщинъ.	ВСЕГО.
Arthritis articul. sterno-clavicularis .	1= 0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2= 1,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3= 1,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Omarthritis . . . . .	8= 6,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	24=15,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	32=11,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Arthritis cubiti . . . . .	25=20,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	19=12,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	44=16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ art carpi . . . . .	3= 2,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3= 1,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	6= 2,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ metacarpo-phalang. et inter-phalang . . . . .	1= 0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	5= 3,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	6= 2,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Coxitis . . . . .	1= 0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3= 1,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	4= 1,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Gonitis . . . . .	73=59,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	72=47 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	145=52,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Arthritis talo-crur. . . . .	10= 8,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	24=15,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	34=12,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Мелкіе суставы стопы . . . . .	—	2= 1,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2= 0,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Polyarthritis . . . . .	—	1= 0,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	1= 0,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
	122	155	277

Если сопоставить эти цифры съ цифровыми данными, опубликованными мною въ 1903 г. (185 случ., вошедшихъ и въ вышеприведенную таблицу), то можно убѣдиться, что и здѣсь приводимыя данныя не случайное явленіе, такъ какъ они почти одинаковы въ обѣихъ таблицахъ 1903 и 1908 гг.

У мужчинъ:

	Въ таблицѣ 1903 г. на 72 случ.	Въ таблицѣ 1908 г. на 122 случ.
1) Gonitis . . . . .	48 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	59,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
2) Arthrit. cubiti . . . . .	28 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	20,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
3) Arthr. talo-crural. . . . .	10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	8,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
4) Omarthritis . . . . .	7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	6,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
5) Arthr art. carpi . . . . .	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
6) Coxitis . . . . .	—	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
7) Arthrit. sterno-clav. . . . .	1,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
8) Arthr. interphal. . . . .	1,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

У женщинъ:

	Въ таблицѣ 1903 г. на 113 случ.	Въ таблицѣ 1908 г. на 155 случ.
1) Gonitis . . . . .	44 %	47 %
2) Arthritis talo-crural. . . . .	19 %	15,5%
3) Omarthritis . . . . .	13 %	15,5%
4) Arthritis cubiti . . . . .	11 %	12,3%
5) Arthr. interphal. . . . .	3,5%	3,2%
6) Coxitis . . . . .	2,6%	1,9%
7) Arthr. art. carpi . . . . .	1,7%	1,9%
8) Мелкіе суставы стопы . . . . .	1,7%	1,3%
9) Art. sterno-clavic. . . . .	1,3%	1,3%
10) Polyarthritis . . . . .	1,3%	0,6%

У всѣхъ больныхъ вмѣстѣ:

	Въ таблицѣ 1903 г. на 185 случ.	Въ таблицѣ 1908 г. на 277 случ.
1) Gonitis . . . . .	46 %	52,4%
2) Arthrit. cubiti . . . . .	18 %	16 %
3) . . . talo-cruralis . . . . .	16 %	12,4%
4) Omarthritis . . . . .	11 %	11,5%
5) Arthritis carpi . . . . .	2,7%	2,1%
6) Arthr. interphal. . . . .	2,7%	2,1%
7) Coxitis . . . . .	1,6%	1,4%
8) Arthr. sterno-clavicul. . . . .	1,0%	1,0%
9) Мелкіе суставы стопы . . . . .	1,0%	0,7%
10) Polyarthritis . . . . .	0,9%	0,3%

Мы видимъ, что нѣкоторыя колебанія для отдѣльныхъ суставовъ имѣются; зависитъ это, вѣроятно, отъ разнаго состава больныхъ въ амбулаторіи Общины и въ клиникѣ, въ смыслѣ разнаго соціального положенія тѣхъ и другихъ; въ Общинѣ мы имѣли дѣло почти исключительно съ рабочимъ людомъ, въ клиникѣ—съ людьми разныхъ профессій, этимъ я объясняю, напр., значительную разницу въ частотѣ пораженія локтев. сустава—28<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; надо думать, что тяжелая работа предрасполагаетъ къ заболѣванію локтевыхъ суставовъ; превалированіе пораженія колѣнъ у мужчинъ въ общей суммѣ сравнительно со случаями Общины—59<sup>0</sup>/<sub>0</sub> resp. 48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—зависитъ, вѣроятно, отъ того, что рабочіе меньше обращаютъ вниманіе на водянку колѣна, мало нарушающую функцію конечности, чѣмъ лица болѣе обеспеченныхъ слоевъ общества. Нѣсколько большее число заболѣваній *art. talo-cruralis* у женщинъ въ Общинѣ, чѣмъ въ общей таблицѣ, несомнѣнно зависитъ отъ того, что контингентъ больныхъ женщинъ въ Общинѣ опять-таки набирается изъ числа женщинъ, болѣе утомляющихъ свои нижнія конечности и больше подвергающихся простудѣ и травмамъ (хождение и работа босикомъ), что безспорно предрасполагаетъ къ проявленію гуммозныхъ артритовъ. Объ остальныхъ подробностяхъ я скажу ниже, при разсмотрѣннн заболѣванія отдѣльныхъ суставовъ.

## Лекція IV.

Мм. Гг.

Сегодня я перехожу къ разсмотрѣнію моего матеріала по отдѣльнымъ суставамъ.

### Грудино-ключичный суставъ.

Поражается этотъ суставъ гуммоznымъ процессомъ далеко не рѣдко.

He приводитъ 12 случаевъ на 97 (12%): 7 у мужчинъ (10%) и 5 у женщинъ (19%). Ястребовъ говоритъ о 5 случ. на 85 (6%), Fournier—о 2 случ. на 51 (4%).

У меня поражение этого сустава отмѣчено всего 3 раза на 277 случ. (1%)—1 разъ у мужчинъ (6,8%) и 2 раза у женщинъ (1,3%), но это, конечно, не соотвѣтствуетъ дѣйствительности и объясняется тѣмъ, что суставъ этотъ, поражаясь чаще наряду съ другими частями скелета, или представляя собой лишь одно изъ проявленій третичнаго сифилиса у даннаго больного, мало интересовалъ насъ съ хирургической точки зрѣнія и потому заболѣваніе его въ амбулаторіяхъ отдѣльно не регистрировалось.

По моимъ впечатлѣніямъ гуммозное поражение грудино-ключичнаго сустава принадлежитъ къ группѣ болѣе раннихъ третичныхъ формъ сифилиса, рѣдко бываетъ одиночно, а чаще—съ одновременнымъ поражениемъ ключицы, реберъ и др. костей. Чаще процессъ начинается съ гуммознаго остеоперіостита грудиннаго конца ключицы и отсюда переходитъ въ формѣ гуммозной инфильтраціи на мягкія части сустава. Нерѣдко здѣсь замѣчается разрушеніе хрящей, распадъ гуммъ съ образованіемъ язвъ и свищей.

Распознаваніе бываетъ не особенно трудно и иногда лишь приходится дифференцировать этотъ обычно типичный гуммозный остеоартритъ отъ бугорковаго заболѣванія, которое здѣсь тоже встрѣчается не такъ уже рѣдко. Однако при наслѣдственныхъ формахъ, когда пораженъ только этотъ суставъ, для постановки увѣреннаго діагноза можетъ потребоваться пробное специфическое леченіе.

Мнѣ припоминается одинъ поучительный въ этомъ отношеніи случай:

(7) Молодой человекъ, лѣтъ 18, совершенно здоровый на видъ, вслѣдствіе сильной отдачи ружья получилъ ушибъ въ области ключицы и грудино-ключичнаго сустава; вскорѣ послѣ этого у него развивается довольно быстро, безъ особыхъ болей, грануляціонный артритъ грудино-ключичнаго сустава; на видъ артритъ этотъ представлялся типичнымъ лuetическимъ, но нельзя было отрицать и туберкулезный его характеръ. Больнаго и всѣхъ его братьевъ и сестеръ (4-хъ) я зналъ давно и близко; былъ увѣренъ, что пріобрѣтеннаго lues'a у этого юнца изъ интеллигентной семьи не было; онъ самъ всегда отличался здоровьемъ и никакихъ признаковъ наслѣдственнаго lues'a не



представлялъ, кромѣ нѣсколько подозрительныхъ зубовъ; у сестеръ и братьевъ тоже никакихъ проявленій этого рода не было, только у одного изъ нихъ имѣлись не вполне типичные Hutchinson'овскіе зубы, что и заставило меня, исключивъ съ большимъ вѣроятіемъ туберкулезъ, назначить больному КJ и ртутный пластырь на суставъ, несмотря на сильную оппозицію со стороны домашняго врача. Эффектъ получился прекрасный—все явленія скоро исчезли и больной суставъ вернулся къ нормѣ. Послѣ этого я много разъ встрѣчалъ этого господина въ теченіе лѣтъ 20—онъ продолжалъ пользоваться прекраснымъ здоровьемъ и никогда больше подобнаго рода болѣзненными явленіями не страдалъ.

Интересно, что вскорѣ послѣ этого случая мнѣ пришлось лечить малолѣтняго племянника этого-же больного (сына его сестры), мальчика лѣтъ 3-хъ, заболѣвшаго кокситомъ какого-то страннаго характера. Ребенокъ этотъ родился отъ отца, несомнѣнно сифилисомъ не болѣвшаго, и отъ безусловно здоровой матери. Кокситъ отличался ночными болями и тѣмъ, что все обычныя явленія были не рѣзко выражены; *symp. ferri iodati* и лечение грязями при обычныхъ условіяхъ ортопедическаго леченія, проводившагося даже не очень строго, привели въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ къ полной *restitutio ad integrum*; ребенокъ этотъ теперь уже взрослый мужчина, лѣтъ 24-хъ, совершенно здоровый; отъ коксита не осталось никакихъ слѣдовъ, но только имѣются нѣсколько подозрительные зубы.

Приходилось принять, что у этого ребенка *lues* проявился во второмъ поколѣніи, обойдя мать, такъ какъ объяснить этотъ кокситъ туберкулезомъ или другимъ этиологическимъ моментомъ не было никакого основанія.

### Плечевой суставъ.

Пораженіе плечевого сустава въ моей таблицѣ занимаетъ 4-е мѣсто вообще, тоже—у мужчинъ, и 2-е мѣсто—у женщинъ, представляя въ общемъ около  $\frac{1}{10}$  всехъ сифилитическихъ артритовъ третичнаго періода (11%).

На 277 случаевъ я наблюдалъ артритъ въ этомъ суставѣ 32 раза (11,5%), на 123 артрита у мужчинъ—8 разъ (6,5%) и на 154 случ. у женщинъ—24 раза (15,5%).

У Ге и Михайлова пораженія плечевого сустава совершенно не упоминается. Ястребовъ приводитъ 9 случаевъ на 85, т. е. 10,5%, что согласуется и съ моей цифрой, а Fournier говоритъ о 3-хъ случ. на 51 (6%).

По возрасту и полу мои случаи распредѣляются такъ:

	М.	Ж.	Всего.	
До 10 лѣтъ	1	—	1	3=9%
отъ 11 до 15 лѣтъ	—	—	—	
" 16 " 20 "	1	1	2	10=31%
" 21 " 25 "	3	2	5	
" 26 " 30 "	—	5	5	2=6%
" 31 " 35 "	—	1	1	
" 36 " 40 "	—	1	1	7=22%
" 41 " 45 "	1	2	3	
" 46 " 50 "	1	3	4	10=31%
" 51 " 55 "	1	3	4	
" 56 " 60 "	—	3	3	9=37,5%
" 61 " 65 "	—	2	2	
" 66 " 70 "	—	1	1	
	8	24	32	

Изъ 8 мужчинъ у одного мальчика, 10 лѣтъ, сифилисъ былъ наслѣдственный, у другого—молодого человѣка 20 лѣтъ—онъ былъ прибрѣтенный, причемъ первичной язвой онъ болѣлъ за 4 года до заболѣванія сустава. Объ остальныхъ 6-ти мужчинахъ въ этомъ отношеніи свѣдѣній не имѣется, но надо думать, что во всякомъ случаѣ у 3-хъ болѣзнь была прибрѣтенной, такъ какъ пораженіе сустава проявилось на 5-мъ и 6-мъ десятилѣтіи жизни.

Изъ 24-хъ женщинъ у 3-хъ (19, 23 и 27 лѣтъ) сифилисъ былъ завѣдомо наслѣдственный: у одной изъ нихъ это было признано матерью, а у 2-хъ матери, лечившіяся у меня, были сифилитички. У остальныхъ 21 свѣдѣній нѣтъ—можно только предположить, что у 16-ти изъ нихъ, въ возрастѣ свыше 30 лѣтъ, имѣлся сифилисъ прибрѣтенный. Интересно отмѣтить, что у одной старухи 67 лѣтъ, за 20 лѣтъ до появленія артрита, были сифилитическіе періоститы на большеберцовыхъ костяхъ съ ночными болями, отъ которыхъ она вылечилась и 20 лѣтъ была здорова.

Изъ 8 мужчинъ у одного зараженіе признавалось, а у 3-хъ были другіе признаки болѣзни; изъ 24 женщинъ у 16-ти отмѣчены періоститы, гуммы, язвы и т. п., а еще у 2-хъ быстрое улучшение отъ специфическаго леченія. Такимъ образомъ на 32 случая въ 22-хъ не могло быть никакого сомнѣнія относительно характера болѣзни. Въ 21 случаѣ указаны ночныя боли—главная жалоба больныхъ.

Въ 3-хъ случ. были поражены плечевые суставы на обѣихъ сторонахъ; въ одномъ случаѣ кромѣ плечевого сустава имѣлся и артритъ *art. sterno-clavicularis*. Въ 4-хъ случ. (1 мужч. 26 л., 3 женщины—26, 27 и 45 л.) больные жаловались только на ночныя боли, но безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны суставовъ (*arthralgiae syphiliticae*).

Въ одномъ случаѣ, кромѣ ночныхъ болей, можно было констатировать только мягкую крепитацию (*synovitis villosa?*).

У одной молодой женщины 25 л. и у одной старушки 60 лѣтъ отмѣченъ подострый синовитъ съ болѣзненностью при вращательныхъ движеніяхъ и миозитъ *m. deltoidei*, при сильныхъ ночныхъ боляхъ (оба раза отличные результаты леченія).

Въ 4-хъ случаяхъ (у мужч. 20 л. и у 3-хъ женщинъ 27, 39 и 67 лѣтъ) мы наблюдали типичный *hydrops fibrinoso-villosus articuli* съ рѣзкимъ растяженіемъ капсулы, серозно-фибринознымъ экссудатомъ и съ утолщеніемъ сумки, ворсинчатыми разрощеніями и рисовыми тѣльцами. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ можно было ощупать и утолщеніе верхняго суставнаго конца плечевой кости. У всѣхъ 4-хъ больныхъ были сильныя ночныя боли. У мужчины этотъ *hydrops* развился черезъ 4 года послѣ инфекціи, у 67-лѣтней женщины—черезъ 20 лѣтъ послѣ излеченныхъ періоститовъ *tibiarum*; у больной 20 лѣтъ, съ поздней наслѣдственной формой сифилиса, водянкой были поражены оба плечевые сустава.

У 4-хъ старухъ 53, 60, 62 и 63 лѣтъ артритъ протекалъ подъ картиной начинающагося *arthrit. deformans*: тугоподвижность сустава съ болями и крепитацией при болѣе или менѣе значительномъ ограниченіи функцій конечности, но при сильныхъ ночныхъ боляхъ въ 3-хъ случаяхъ и при другихъ проявленіяхъ сифилиса во всѣхъ 4-хъ случаяхъ.

У 3-хъ женщинъ 19, 42 и 47 л., у мальчика 10 л. и у мужчины 47 лѣтъ можно было констатировать, при значительномъ ограниченіи

и болѣзненности движеній, припуханіе области сустава, утолщеніе суставной капсулы и крепитациі. У 4-хъ изъ этихъ больныхъ отмѣчены ночныя боли, у одной—эти боли являлись временами. Въ двухъ изъ этихъ случаевъ указано на утолщеніе кости (osteo-arthritis gummosa).

Наконецъ, въ одномъ случаѣ наследственнаго сифилиса у 23-лѣтней женщины жалобы сводились только на ночныя боли и тугоподвижность сустава, но въ области послѣдняго имѣлся рубецъ послѣ бывшей здѣсь фистулы, изъ которой выдѣлялись когда-то секвестры (caries necrotica s. osteo-arthritis gummosa cariosa, можетъ быть въ связи съ osteochondritis syphil. epiphysaria при syphilis hereditaria graecox).

Леченіе іодистымъ калиемъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ давало желаемый результатъ.

Изъ приведеннаго матеріала въ 32 случая вытекаетъ слѣдующее:

Omarthritis luetica, какъ и сифилитическій кокситъ, чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ (вдвое чаще, а именно 15,5% противъ 6,5%). Отъ чего это зависитъ, сказать трудно. Плечевой суставъ поражается сифилисомъ у дѣтей и отроковъ рѣдко (до 20 лѣтъ всего въ 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); еще рѣже онъ заболѣваетъ въ среднемъ возрастѣ (отъ 31 до 40 лѣтъ всего въ 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Чаще всего omarthritis luetica встрѣчается между 21 и 30 годами (31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) и послѣ 50 лѣтъ (31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), рѣже между 41 и 50 годами (22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Такимъ образомъ, почти  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ (31%) приходится на 3-е десятилѣтіе жизни, а  $\frac{1}{2}$ —на возрастъ зрѣлый и старческій (53<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), т. е. послѣ 40 лѣтъ. У женщинъ omarthritis встрѣчается въ старческомъ возрастѣ еще чаще (послѣ 50 лѣтъ—37,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), а послѣ 40 лѣтъ почти въ  $\frac{3}{5}$  всѣхъ случаевъ (58,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Отмѣчаю этотъ интересный фактъ, такъ какъ ни въ какомъ другомъ суставѣ сифилитическій артритъ такъ часто не наблюдается у стариковъ и особенно у старухъ. Одинъ мой случай у мальчика 10 лѣтъ показываетъ, что при наследственномъ сифилисѣ пораженіе плечевого сустава можетъ проявиться довольно рано, а другой случай—у мужчины 20 лѣтъ,—что это заболѣваніе при приобрѣтенномъ сифилисѣ можетъ развиваться сравнительно скоро послѣ первичной инфекціи (черезъ 4 года), но, повидимому, это исключенія; несомнѣнно, что, какъ общее правило, сифилитическое заболѣваніе плечевого сустава принадлежитъ, какъ при наследственномъ, такъ и приобрѣтенномъ сифилисѣ, къ самымъ позднимъ формамъ гуммозныхъ пораженій. Я склоненъ думать, что заболѣванія въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ представляютъ собой большую частью syphilis hereditaria tarda, заболѣванія-же въ старости—очень позднія проявленія сифилиса, приобрѣтеннаго въ молодости (это послѣднее особенно касается женщинъ). Такъ, напр., у двухъ моихъ больныхъ сифилитическій артритъ плечевого сустава появился въ возрастѣ 45 и 60 лѣтъ, тогда какъ онѣ должны были быть заражены сифилисомъ въ молодости при выходѣ замужъ, ибо у нихъ были уже взрослыя дочери 23, resp. 27 лѣтъ, лечившіяся у меня-же отъ на-

слѣдственнаго сифилиса; а у одной старухи 67 лѣтъ гуммозные периститы имѣлись уже за 20 лѣтъ до появленія пораженія плечевого сустава.

Что касается формы пораженія плечевого сустава и распознаванія, то, повидимому, первичнымъ очагомъ чаще всего является эпифизъ *humeri*, такъ какъ въ 21 случаѣ отмѣчены ночныя боли—*dolores nocturnae osteosori*, нерѣдко безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны сустава (*arthralgiae*), либо съ очень незначительными, указывающими лишь на нѣкоторое раздраженіе въ суставѣ (*synovitis irritativa*).

Правда, утолщеніе плечевой кости отмѣчено въ нашемъ матеріалѣ только въ 3-хъ случаяхъ, но объясняется это обстоятельство, вѣроятно, тѣмъ, что головка и шейка плечевой кости настолько прикрыты мышцами, что прощупать утолщеніе кости или ощупать болевья точки можно только тогда, когда это утолщеніе болѣе значительно.

Диагнозъ въ случаяхъ артралгій и ирритативныхъ серозныхъ синовитовъ, особенно при отсутствіи доступнаго изслѣдованію пораженія кости, приходится основывать исключительно на ночныхъ боляхъ и другихъ проявленіяхъ *lues'a*. Лечение большею частью даетъ намъ подтвержденіе правильности нашего діагноза.

Далѣе слѣдуетъ та форма хроническаго серозно-фибринознаго синовита съ ворсинчатыми разрошеніями и рисовыми тѣльцами, которую принято называть водянкой сустава—*hydrops fibrinosus s. villosus articuli*.

Эта водянка въ плечевомъ суставѣ, по моему, довольно характерна, такъ какъ встрѣчается здѣсь чаще всего именно при сифилисѣ, но, повидимому, она мало знакома врачамъ.

Распознаваніе здѣсь не трудно, если имѣются типичныя ночныя боли, анамнезъ или другія указанія на сифилисъ; при отсутствіи-же всего этого приходится дифференцировать отъ рѣдкихъ и мало извѣстныхъ формъ невропатическихъ пораженій суставовъ или отъ такъ назыв. «хроническаго ревматизма»; послѣднее особенно, если поражены оба сустава или имѣются заболѣванія другихъ суставовъ.

Изъ невропатическихъ артритовъ, очень похожихъ въ плечевомъ суставѣ на начальныя формы сифилитической водянки, я знаю только тѣ артриты, которые развиваются въ зависимости отъ невритовъ.

Еще въ текущемъ семестрѣ я имѣлъ случай демонстрировать вамъ одну молодую дѣвушку, у которой имѣлся такой хроническій серозно-фибринозный синовитъ только въ одномъ плечевомъ суставѣ, безъ всякихъ указаній на *lues* или какую-нибудь острую инфекцію въ анамнезѣ. Послѣ безрезультатнаго леченія іодистымъ калиемъ мы направили больную, вслѣдствіе подозрѣнія на нервное заболѣваніе, къ невропатологамъ, которые и опредѣлили у больной *neuritis plex. brachialis*. Лечение неврита привело и къ излеченію артрита. Въ такихъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ приходится ставить большею частью *ex juvantibus*.

Что касается «хроническаго ревматизма», то, какъ вы знаете, от-

носящіеся сюда артриты поражаютъ обычно многіе суставы, большую частью начиная съ мелкихъ суставовъ пальцевъ, лучезапястныхъ, локтевыхъ, геср. голено-стопныхъ и затѣмъ колѣнныхъ; плечевые суставы при прогрессирующемъ полиартритѣ поражаются очень поздно, и если мы у такихъ больныхъ встрѣчаемъ *hydrops fibrinosus* или *villosus* въ плечевомъ суставѣ, то мы всегда найдемъ у больного и пораженія многихъ другихъ суставовъ. Теперь моноартикулярнаго хроническаго суставнаго ревматизма мы, вѣдь, больше не признаемъ. Такое теченіе прогрессирующаго полиартрита отъ периферіи къ центру и при симметричности пораженія суставовъ обычно, но, повидимому, есть рѣдкіе случаи, гдѣ прогрессирующій полиартритъ идетъ обратно—отъ центра къ периферіи, т. е. сперва поражаются плечевые суставы и тазобедренные, а потомъ локтевые и колѣнные и т. д.; въ такихъ случаяхъ, если къ тому-же захвачены оба плечевые сустава, дифференціальное распознаваніе можетъ встрѣтить значительныя затрудненія; не надо упускать, однако, изъ виду, что токсическому прогрессирующему полиартриту обычно сопутствуютъ атрофіи мышцъ, чего при сифилитическихъ артритѣхъ въ плечевыхъ суставахъ обыкновенно не наблюдается; кромѣ того помогаютъ распознаванію и другія явленія въ организмѣ лицъ, пораженныхъ прогрессирующимъ полиартритомъ. Въ крайности вопросъ рѣшается пробнымъ леченіемъ, такъ какъ при сифилитической водянкѣ плечевыхъ суставовъ іодистое леченіе обычно даетъ быстро наступающее улучшеніе, тогда какъ при атипичномъ прогрессирующемъ полиартритѣ оно остается безъ всякаго вліянія.

(8) По этому поводу мнѣ живо вспоминается одна больная, которую я пользовалъ лѣтъ 18 тому назадъ. Это была старая дѣва, лѣтъ 40, очень истеричная; она страдала хроническимъ полиартритомъ, то затихающимъ, то обостряющимся, не оставившимъ въ большинствѣ суставовъ значительной деформации, а только извѣстную тугоподвижность и хрусть. Врачи лечили ее отъ ревматизма, но безуспѣшно. Въ одно изъ обостреній этого полиартрита сильно заболѣлъ лѣвый плечевой суставъ, въ которомъ послѣ остраго періода осталась рѣзко выраженная водянка сустава, ради которой она и обратилась ко мнѣ. Путемъ исключенія я остановился на сифилисѣ, хотя никакихъ другихъ указаній на такое заболѣваніе не было, и подвергъ больную продолжительному и очень энергичному леченію іодомъ и ртутью. Результата не получилось, а, напротивъ, *hydrops* съ ясно ощущавшимися рисовыми тѣльцами продолжалъ увеличиваться и достигъ большихъ размѣровъ. Тогда я сдѣлалъ артротомію, выпустилъ разрѣзомъ большое количество экссудата и удалилъ массу свободно плававшихъ въ суставѣ тѣлецъ, отъ величины рисоваго зерна до величины сѣмени арбуза. Вся синовиальная оболочка была покрыта ворсинчатыми разрощеніями и имѣла видъ плюша. Рана зажила асептично, но осталась значительная тугоподвижность въ суставѣ, а полиартритъ продолжалъ временами обостряться. Тогда, и послѣ операци, я не могъ себя выяснитъ характеръ этого заболѣванія, и все-же у меня оставалось подозрѣніе, что это былъ сифилитическій артритъ, съ которымъ я не сумѣлъ справиться. Теперь, припоминая этотъ случай, припо-

миная рѣзкую атрофію нѣкоторыхъ мышечныхъ группъ у этой больной и цѣлый рядъ явленій дистиреоза, при наличности небольшого зоба, я не сомнѣваюсь, что это былъ, конечно, не сифилисъ и не «хроническій ревматизмъ», а та форма полиартрита, которую я описалъ въ 1908 г. подъ названіемъ *polyarthritis progressiva thyreotoxica*.

Далѣе мы находимъ въ нашемъ матеріалѣ 4 случая сифилитическаго *omarthrit*'а у старухъ, протекавшаго подъ видомъ *arthritis deformans* (въ смыслѣ *Volkmann*'а) въ плечевомъ суставѣ, гдѣ это заболѣваніе, по мнѣнію многихъ авторовъ, встрѣчается нерѣдко. Въ моихъ случаяхъ дифференціальныи діагнозы затрудненій не представлялъ, такъ какъ налицо были ночныя боли и другія доказательства сифилиса; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются лишь пораженія сустава, да еще безъ характерныхъ ночныхъ болей, приходится прибѣгать къ пробному леченію.

Этого рода случаи, такъ-же, какъ и начальныя формы *hydrops*'а, гуммознаго синовита и остеоартрита можно иногда смѣшвать и съ подагрическими артритами плечевого сустава, особенно у людей пожилыхъ и у алкоголиковъ. Атипическая подагра очень нерѣдко локализируется именно въ этомъ суставѣ и, при отсутствіи типичныхъ ночныхъ болей, даетъ совершенно одинаковую картину: тугоподвижность сустава, болѣзненность при движеніяхъ, крепитацию, а иногда и нѣкоторое припуханіе въ области плечевого пояса и верхняго плеча—все это нерѣдко, по заявленію больныхъ, появилось послѣ какого-нибудь неловкаго движенія или послѣ легкой травмы. Относительно ночныхъ болей, столь характерныхъ при сифилисѣ, надо отмѣтить, что пользоваться ими для дифференцірованія именно отъ подагры надо очень осторожно, такъ какъ при подагрическихъ артритахъ больные часто жалуются на ухудшеніе болей по ночамъ; происходитъ-же это ухудшеніе ночью въ дѣйствительности не отъ обостренія болей, а только потому, что больному съ болящимъ при малѣйшемъ движеніи плечевымъ суставомъ трудно найти себѣ въ постели удобное положеніе. Поворачиваясь въ полуснѣ, больной безсознательно вызываетъ боли въ суставѣ и страдаетъ отъ этого, и потому нерѣдко заявляетъ, что ночью отъ болей не находитъ себѣ мѣста и не можетъ спать. Ясно, что такого рода ухудшеніе болей по ночамъ ничего общаго съ типичными *dolores osteocopi syphilitici* не имѣетъ, а между тѣмъ при недостаточно внимательномъ опросѣ больного врачъ легко можетъ быть введенъ въ заблужденіе. Конечно, для распознаванія очень важенъ *habitus* больного (большею частью довольно типичный у подагриковъ) и наличность другихъ признаковъ артритизма или мочекислаго діатеза. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ и здѣсь рѣшается леченіемъ и наблюденіемъ за больнымъ. Въ болѣе состоятельныхъ классахъ общества, гдѣ *lues* тоже не рѣдкость, у пожившихъ мужчинъ (*Lebemannner*) подагрическіе артриты плечевыхъ суставовъ наблюдаются очень часто, и потому здѣсь всегда надо помнить, что у типичнаго подагрика можетъ быть сифилитическій артритъ, а у сифилитика—подагрическій, но объ этихъ комбинаціяхъ я скажу подробнѣе въ другомъ мѣстѣ.

Не могу еще не указать, что разбираемая форма сифилитического артрита плечевого сустава, напоминающая у пожилых субъектов *arthritis deformans* и *arthritis uratica*, у молодых больных может быть похожа на ту форму туберкулеза плечевой головки, которая известна под именем *caries sicca*. Въ подобныхъ случаяхъ, при отсутствіи типичныхъ признаковъ сифилиса, распознаваніе можетъ оказаться очень труднымъ; укажу вамъ только, что при *caries sicca capit. humeri* крайне характерна ранняя атрофія мускулатуры плечевого пояса, затѣмъ значительная малоподвижность въ суставѣ и костная крепитация, при сифилитическомъ артритѣ, какъ я уже сказалъ, рѣзкой атрофіи мускулатуры плеча я никогда не видѣлъ, функція конечностей менѣе нарушена, крепитация, даже при пораженіи хряща (*chondritis syphilitica*) болѣе мягкая, не дающая впечатлѣнія тренія другъ объ друга каріозныхъ костей. Въ сомнительныхъ, атипичныхъ случаяхъ будетъ осторожнѣе, предположивъ у больного *caries sicca*, не приступать къ резекціи головки, не подвергнувъ даннаго субъекта специфическому леченію.

Наконецъ, между нашими случаями имѣлось 3 случая гуммознаго гиперпластическаго синовита и 2 случая выраженнаго клинически остеоартрита плечевого сустава. Въ этихъ случаяхъ клиническая картина, при отсутствіи ночныхъ болей и другихъ проявленій гуммознаго или наследственнаго сифилиса, особенно у болѣе молодыхъ субъектовъ и у дѣтей, можетъ въ значительной степени напоминать фунгозно-туберкулезное пораженіе сустава, но подробнѣе по этому вопросу я выскажусь ниже, при разборѣ исторіи болѣзни одной нашей больной.

Въ заключеніе остается еще отмѣтить, что гуммозныхъ синовитовъ, склонныхъ къ рубцевому сморщиванію (*synovitis cicatricans* или *osteo-chondro-arthritis fibrosa*), а также гнойныхъ артритовъ съ каріозными и некротическими процессами въ плечевомъ суставѣ мнѣ видѣть, при моемъ большомъ матеріалѣ, не приходилось; только у одной 23-лѣтней женщины мы видѣли при старомъ сифилитическомъ артритѣ рубецъ отъ свища, чрезъ который, по словамъ больной, когда-то выдѣлялись «косточки», но въ этомъ случаѣ остались неизвѣстными подробности болѣзни; вѣроятнѣе, что эта *caries necrotica* была остаткомъ эпифизарнаго остеоартрита при раннемъ наследственномъ сифилисѣ.

### Локтевой суставъ

Послѣ колѣннаго локтевой суставъ поражается сифилисомъ вообще чаще, чѣмъ всѣ другіе суставы, представляя приблизительно  $\frac{1}{6}$  всѣхъ сифилитическихъ артритовъ гуммознаго періода (16%); то же—и у мужчинъ (20%); у женщинъ артритъ этотъ встрѣчается рѣже (12%) и занимаетъ въ моей таблицѣ 4-е мѣсто—послѣ колѣннаго, голено-стопнаго и плечевого суставовъ.

У меня на 277 случаевъ было 44 артрита локтя, у Ге — на 97 случ. 20 (20,6%), у Ястребова—на 85 случ. 15 (17,6%), у Fournier—на 51 случ. 4 (8%).

По возрасту и полу мои случаи распределялись следующимъ образомъ:

	М.	Ж.	Всего.
до 10 лѣтъ	—	—	—
отъ 11 до 15 лѣтъ	{ 2 } 4=16%	{ — } 4=21%	{ 2 } 8=18%
» 16 » 20 » 24%	{ 2 } 42%	{ 4 } 32%	{ 6 } 17=39%
» 21 » 25 »	{ 2 } 7=28%	{ 4 } 10=53%	{ 6 } 17=39%
» 26 » 30 »	{ 5 } 10=40%	{ 6 } 10=53%	{ 11 } 21=49%
» 31 » 35 »	{ 1 } 52%	{ 1 } 3=16%	{ 2 } 13=29,5%
» 36 » 40 » 68%	{ 9 } 2 = 8%	{ 2 } 3=16%	{ 11 } 13=29,5%
» 41 » 45 »	{ 2 } 2 = 8%	{ 1 } 1 = 5%	{ 3 } 3=7%
» 46 » 50 »	{ — } —	{ — } —	{ — } —
» 51 » 55 »	{ — } —	{ — } —	{ — } —
» 56 » 60 » 8%	{ 2 } 2 = 8%	{ — } —	{ 2 } 2=4,5%
» 61 » 65 »	{ — } —	{ — } —	{ — } —
» 66 » 70 »	{ — } —	{ 1 } 1 = 5%	{ 1 } 1=2%
	25	19	44

Изъ 25 мужчинъ, повидимому, трое (12, 14 и 17 лѣтъ) были наследственные сифилитики (изъ нихъ мальчикъ 12 лѣтъ болѣлъ уже 9 лѣтъ); изъ 19 женщинъ таковыхъ было, повидимому, 8 (16—23 лѣтъ), у остальныхъ мужчинъ и женщинъ старше 20 resp. 23 лѣтъ сифилисъ, вѣроятно, былъ приобретенный, во всякомъ случаѣ у большинства, хотя съ положительностью этого сказать нельзя.

Въ 3-хъ случаяхъ больные (мужчины 32 и 38 л. и женщина 38 л.) признавали бывшую инфекцію; у одного изъ мужчинъ (38 л.) вторичныя явленія были впервые за 17 лѣтъ до заболѣванія локтя.

Въ 15 случаяхъ, кромѣ артрита, отмѣчены другія проявленія lues'a; слѣдовательно, въ 18 случ. диагнозъ могъ быть поставленъ объективно, съ полной увѣренностью.

Ночныя боли записаны въ 14 случаяхъ на 44, причемъ изъ этихъ 14 случаевъ въ 9 констатировано утолщеніе суставныхъ концовъ костей.

Вообще пораженіе суставныхъ концовъ костей отмѣчено въ 30 случаяхъ; во всѣхъ 11 случаяхъ наследственнаго сифилиса имѣлось утолщеніе эпифизовъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отмѣчено, какія кости поражены, мы находимъ слѣдующее:

Утолщеніе имѣлось:

въ нижнемъ концѣ os. humeri . . . . .	7 разъ.
въ condyl. extern. humeri . . . . .	4 »
» » intern. » . . . . .	2 »
» суставн. концѣ ulnae . . . . .	5 »
» » » radii . . . . .	2 »
» » концахъ humeri et ulnae . . . . .	1 »
» » » » radii . . . . .	1 »
» » » ulnae et radii . . . . .	1 »
» » » humeri, ulnae et radii . . . . .	1 »

Не отмѣчено, какія кости утолщены

24 »
6 »
30 »



Оба локтевыхъ сустава были поражены 2 раза: у женщины 23 л. съ наслѣдственнымъ сифилисомъ—на прав. локтѣ *osteoarthritis gummosa*, на лѣвомъ—только *arthralgia*; у мужчины 37 л.—на лѣв. локтѣ *ostitis gum. olecrani et hydrophs cubiti*, на правомъ *osteoarthritis gummosa necrotica* со свищами и выдѣленіемъ секвестровъ.

Кромѣ локтевого сустава въ 2-хъ случаяхъ имѣлось одновременно заболѣваніе запястья и въ 4-хъ случаяхъ—пораженіе колѣна.

Клиническія формы заболѣванія локтя въ 32 случ. (въ остальныхъ 12 не имѣлось достаточно подробныхъ записей) были слѣдующія:

Въ одномъ случаѣ у мужчины 58 л. мы наблюдали острый серозный синовитъ, развившійся за 2 дня до изслѣдованія больного, вслѣдъ за появленіемъ остеоперіостита головки *radii*; у этого больного до того имѣлся гуммозный периартритъ, о чемъ можно было судить по масѣ рубцовъ отъ зажившихъ периартикулярныхъ гуммъ; годъ тому назадъ 3 недѣли суставъ болѣлъ, но затѣмъ боли исчезли; теперь появился періоститъ луча и острый серозный синовитъ съ высокой *t°*.

У 2-хъ больныхъ (ж. 38 л. и мужч. 37 л.) отмѣчены подострые серозные синовиты, присоединившіеся къ остеоперіоститамъ *condyl. exter. humeri*.

Далѣе еще у 2-хъ больныхъ—мальчика 17 лѣтъ съ наслѣдственной формой и женщины 20 лѣтъ—имѣлся хроническій серозный синовитъ съ гуммозными пораженіями эпифизовъ.

Во всѣхъ этихъ 5-ти случаяхъ, кромѣ утолщенія эпифизовъ, можно было констатировать только растяженіе суставной сумки серознымъ экссудатомъ, при большей или меньшей болѣзненности.

12 разъ мы видѣли и отмѣтили *hydrophs fibrinosus s. villosus syphiliticus cubiti*: у 9 мужчинъ (25—43 л.) и у 3-хъ женщинъ (20, 21 и 36 лѣтъ), причемъ 2 изъ нихъ страдали позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Въ 6 этихъ случ. отмѣчены утолщенія суставныхъ концовъ костей (4 раза сильныя ночныя боли), въ другихъ 6 случ. утолщенія эпифизовъ въ записяхъ не указано, но въ 3-хъ изъ этихъ послѣднихъ были все-же *dolores osteosopi*, почему надо думать, что въ 9 изъ 12 случ. водянки мы имѣли дѣло съ остеоартритами, тогда какъ въ 3-хъ случ., гдѣ не отмѣчены ни ночныя боли, ни пораженія эпифизовъ, можетъ быть, имѣлись первичныя гуммозныя пораженія синовиальной.

Во всѣхъ этихъ 12 случаяхъ было констатировано большее или меньшее скопленіе экссудата, утолщеніе капсулы—иногда неравномѣрное, мягкая крепитация и ощущенія рисовыхъ тѣлецъ и разросшихся ворсинъ. Функція конечности при водянкѣ локтя обычно были мало нарушены; о степени болѣзненности и подвижности въ большихъ суставахъ, къ сожалѣнію, записей не имѣется.

Въ 15 случ.—у 6 мужчинъ (12—40 л.) и у 9 женщинъ (17—67 л.)—мы наблюдали тѣ болѣе тяжелыя формы остеоартрита и остеохондрартрита, которыя часто симулируютъ фунгозно-туберкулезныя заболѣванія сустава.

У 2-хъ мальчиковъ 12 и 14 л. и у 4-хъ молодыхъ женщинъ эти формы пораженія суставовъ являлись выраженіемъ наслѣдственнаго сифилиса, у остальныхъ 9-ти—вѣроятно, сифилиса приобрѣтеннаго. Въ 2-хъ случаяхъ процессъ въ суставѣ былъ излеченъ—одинъ разъ съ анкилозомъ и два раза съ контрактурой вслѣдствіе сморщиванія кап-

сулы и связочнаго аппарата; еще въ 2-хъ случаяхъ отмѣчены свищи и въ одномъ периартикулярныя гуммы. Во всѣхъ этихъ случаяхъ значительное участіе въ картинѣ болѣзни принимали кости; во всѣхъ случаяхъ, либо вслѣдствіе инфильтраціи и утолщенія капсулы (*synovitis hyperplastica*), либо вслѣдствіе рубцевого сморщиванія (*synovitis cicatricans, cicatrices periarticulares*) капсулы и периартикулярныхъ рубцовъ, подвижность въ суставѣ была значительно уменьшена; вѣроятно, у большинства имѣлся и сифилитическій хондритъ; функціи конечностей были у всѣхъ этихъ больныхъ болѣе или менѣе нарушены, хотя у большинства меньше, чѣмъ это бываетъ при туберкулезѣ.

Изъ моего матеріала видно, что сифилитическимъ артритомъ локтя мужчины страдали гораздо чаще, чѣмъ женщины (20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> : 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). У Ге отношеніе это другое: по его цифрамъ женщины даже чаще страдаютъ сифилисомъ локтя, чѣмъ мужчины (27<sup>0</sup>/<sub>0</sub> : 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), тогда какъ въ общемъ итогѣ цифры мои, Ге и Ястребова довольно схожи (26%, 20%, 18%).

Большую склонность къ заболѣванію локтя у мужчинъ я объясняю себѣ тѣмъ, что у мужчинъ рабочихъ классовъ этотъ суставъ чаще подвергается травмамъ, раздраженіямъ и утомленію (при работѣ), чѣмъ у женщинъ. Это вліяніе болѣе частаго раздраженія локтя на развитіе въ немъ сифилитическаго артрита видно также изъ распредѣленія моихъ больныхъ по возрастамъ; такъ, въ возрастѣ наиболѣе интензивной работы—отъ 26 до 50 лѣтъ—пораженіе локтя у мужчинъ наблюдалось въ 68%, а у женщинъ въ 52%; до 25-лѣтняго возраста, куда относятся почти всѣ наследственныя формы, артритъ локтя встрѣтился у мужчинъ въ 24%, у женщинъ въ 42%. Повидимому такое частое заболѣваніе локтя въ возрастѣ отъ 16 до 25 лѣтъ объясняется тѣмъ, что у женщинъ локоть почему-то поражается при наследственномъ сифилисѣ чаще, чѣмъ у мужчинъ, такъ, на 25 мужчинъ мы могли отмѣтить наследственную форму у 3-хъ (12%), а на 19 женщинъ—у 8 (42%).

Можетъ быть, этимъ объясняется отчасти и то обстоятельство, что Ге видѣлъ сифилисъ локтя у женщинъ вдвое чаще (7% resp. 12%), чѣмъ я, такъ какъ къ нему, вѣроятно, чаще обращались за совѣтомъ женщины съ общимъ наследственнымъ сифилисомъ, т. е. завѣдомыя сифилитички, тогда какъ мужчины съ пораженіемъ локтя, развившимся въ зрѣломъ возрастѣ вслѣдствіе приобрѣтеннаго сифилиса, имѣя лишь больной суставъ, чаще обращаются къ хирургамъ.

На основаніи моего матеріала я могу еще сказать, что пораженіе локтя принадлежитъ къ болѣе раннимъ проявленіямъ третичнаго сифилиса, наследственныя-же формы до 15 лѣтъ встрѣчаются очень рѣдко—въ 4,5% всѣхъ сифилитическихъ артритовъ локтя.

Этимъ и объясняется, вѣроятно, что у женщинъ maximum заболѣванія локтя (53%) падаетъ на 3-е десятилѣтіе, такъ какъ сюда входятъ позднія формы наследственнаго lues'a и раннія—приобрѣтеннаго. У мужчинъ maximum (40%) приходится на 4-е десятилѣтіе, такъ какъ мужчины, вѣроятно, въ общемъ заражаются позже, въ расцвѣтѣ половой жизни, женщины-же, въ большинствѣ случаевъ подвергающіяся

инфекціи при вступленіи въ замужество, слѣдовательно, между 16 и 30 годами.

Въ старческомъ возрастѣ, въ противоположность плечевому суставу, пораженіе локтя встрѣчается очень рѣдко, такъ какъ мы видѣли таковое только 2 раза у мужчинъ 57 и 58 лѣтъ (8%) и у одной женщины 67 лѣтъ (5%)—въ общемъ послѣ 50 лѣтъ только въ 6,5%.

Въ локтевомъ суставѣ, какъ и въ другихъ, сопутствующія заболѣванію сустава гуммозные гнѣзда въ суставныхъ концахъ костей представляютъ правило, отсутствіе-же такого гнѣзда—исключеніе. Въ локтевомъ суставѣ такой костный процессъ въ эпифизахъ констатированъ,—судя по болѣе подробнымъ записямъ въ 36 случаяхъ,—30 разъ, т. е. чаще, чѣмъ въ другихъ суставахъ; объясняется это, вѣроятно, тѣмъ, что въ этомъ суставѣ, вслѣдствіе анатомическаго расположенія мускулатуры, легче ошупать кости и опредѣлить, слѣдовательно, имѣющіяся въ нихъ измѣненія. Чаще всего гуммозные остеоперіоститы были найдены нами въ нижнемъ концѣ плечевой кости (13 разъ) и въ суставномъ концѣ ulnae (5 разъ). Ночныя боли при видимомъ пораженіи костей встрѣчаются въ этомъ суставѣ какъ будто рѣже—онѣ отмѣчены только 9 разъ на 30 случаевъ артрита съ пораженіемъ костей; зависитъ это, вѣроятно, отъ того, что суставные концы костей здѣсь сравнительно не толсты и чаще поражаются остеоперіоститомъ, а не глубокими гуммами, легче вызывающими повышеніе внутрикостнаго давленія.

Одновременно съ процессами въ костяхъ или какъ послѣдствіе таковыхъ въ локтевомъ суставѣ появляются острые, подострые и хроническіе серозные синовиты, причемъ меньшая часть этихъ послѣднихъ представляетъ собой, повидимому, ирритативныя воспаленія синовиальной, большая же часть—гуммозные пораженія ея.

Слѣдующую клиническую форму сифилитическаго заболѣванія локтя представляетъ *hydrops fibrinosus s. villosus articuli*. Какъ и въ колѣнѣ, эта форма пораженія локтевого сустава, послѣ остеоартрита, симулирующаго фунгозное воспаленіе суставовъ, встрѣчается чаще всего, причемъ суставная капсула иногда растягивается здѣсь до громаднхъ размѣровъ. Повидимому въ этой формѣ артрита пораженіе синовиальной надо признать специфически сифилитическимъ, т. е. гуммознымъ синовитомъ, большею частью при наличности разрастанія ворсинокъ, гуммознаго пораженія хрящей и остеоперіостита или остеомиэлита въ эпифизахъ. Такихъ случаевъ мы видѣли 12 на 32 (37%), причемъ въ 6 случаяхъ констатировано было утолщеніе эпифизовъ и еще въ 3-хъ—ночныя боли, тоже указывавшія на пораженіе костей. Только три раза, на основаніи отсутствія ночныхъ болей и объективнаго измѣненія формы костей, мы могли допустить, что имѣли дѣло съ чистымъ первичнымъ гуммознымъ синовитомъ.

Долженъ сказать, что какъ подострый синовитъ, такъ особенно *hydrops syphilitic*. очень типичны въ локтевомъ суставѣ. Нѣсколько схо-

жую картину мы находим иногда при *polyarthritis chronica progressiva s. «rheumatismus artic. chron.»* и при невропатических артритахъ. «Хроническій ревматизмъ» исключить легко, по отсутствію пораженія другихъ суставовъ (особенно мелкихъ суставовъ ручной кисти), невропатическій-же артритъ, какъ, напр., при *syngomyelia*, отличается отъ сифилитическаго наличиемъ другихъ симптомовъ со стороны нервной системы. Можно дифференцировать эти сифилитическіе артриты локтя и отъ гонорройныхъ заболѣваній даннаго сустава, но эти послѣднія, во 1-хъ, крайне рѣдко поражаютъ только одинъ локтевой суставъ; во 2-хъ, протекаютъ остро, на-подобіе остраго суставнаго ревматизма. Подагра тоже рѣдко локализуется въ локтѣ. По крайней мѣрѣ я не помню изъ своей практики случаевъ одиночнаго пораженія локтя гонорройной инфекціей и подагрой. Поэтому, имѣя предъ собою подострый серозный синовитъ, или особенно *hydrops* локтя, мы, быстро исключивъ *polyarthrit. progressivam* и центральное заболѣваніе нервной системы, прежде всего должны заподозрить *luet'ическій* артритъ, и въ громадномъ большинствѣ случаевъ намъ безъ большого труда удастся установить діагнозъ.

Далѣе, какъ и въ другихъ суставахъ, сифилитическій артритъ локтя можетъ протекать въ формѣ остеоартрита и *osteochondrit'a* съ гуммозной инфильтраціей капсулы и околосуставной клѣтчатки, представляя подчасъ большое сходство съ туберкулезнымъ артритомъ. Такихъ случаевъ у насъ отмѣчено 15. Распадъ гуммъ, вскрывшихся одновременно въ суставъ и снаружи, можетъ привести къ нагноенію, некрозамъ и костобѣдѣ; послѣдняя, однако, можетъ развиваться при распадѣ гуммъ и безъ нагноенія. Такіе артриты иногда протекаютъ съ образованіемъ свищей и обычно приводятъ къ анкилозу. Если имѣется фиброзное перерожденіе суставной сумки съ склонностью къ рубцевому сморщиванію ея наряду съ рубцеваніемъ въ околосуставной клѣтчкѣ, то легко образуются типичныя для сифилиса локтя контрактуры въ этомъ суставѣ.

Мы уже видѣли, что эти формы сифилитическихъ артропатій въ локтѣ могутъ быть очень похожи на туберкулезные артриты, но все-же въ свѣжихъ случаяхъ дифференціальное распознаваніе обычно не представляетъ большихъ затрудненій; въ болѣе старыхъ случаяхъ, гдѣ уже имѣются свищи, контрактура или анкилозъ, особенно при наследственныхъ формахъ у дѣтей и молодыхъ людей, діагнозъ можетъ стать очень нелегкимъ.

### Суставы запястья.

Запястье поражается гуммозными процессами рѣдко — встрѣчается 2—3 случая на 100 другихъ сифилитическихъ артритовъ.

У меня на 277 случаевъ записано 6 случаевъ (2,1%) и 2 случая совмѣстнаго пораженія *carpi* и локтя, всего 8 случ. (2,8%): 5 у мужчинъ (17, 20, и 25 лѣтъ) и 3 у женщинъ (31, 38 и 40 лѣтъ).

У Ястребова приведено 3 случая на 85 (3,5%), Михайловъ говорить о 3 случаяхъ, Ге объ этомъ суставѣ не упоминаетъ.

*Fournier* отмѣчаетъ 2 случая на 51.

Изъ моихъ недостаточно подробныхъ записей могу привести лишь слѣдующее: у 2-хъ молодыхъ мужчинъ (17 и 20 лѣтъ) имѣлся, повидимому, наследственный сифилисъ, у остальныхъ мужчинъ о происхожденіи сифилиса ничего не извѣстно; у трехъ женщинъ сифилисъ надо было считать приобрѣтеннымъ. Ночныя боли отмѣчены въ 3-хъ случаяхъ. Въ 4-хъ случаяхъ имѣлось ясное пораженіе костей: 2 раза эпифизовъ *ulnae et radii*, 1 разъ—эпифиза *radii* и 1 разъ—мелкихъ костей *carpi*; при этомъ въ одномъ случаѣ были видимо поражены хрящи, а можетъ быть имѣлся и каріозный процессъ (костная крепитация). Два раза отмѣченъ *hydrops art. radio-carpalis* съ растяженіемъ жидкимъ эксудатомъ капсулы и ощущеніемъ ворсинъ и рисовыхъ тѣлецъ; къ сожалѣнію, эти два интересные случая подробно не описаны.

Изъ сказаннаго важно отмѣтить, что *hydrops fibrinoso-villosus syphiliticæ* наблюдается и въ лучезапястномъ суставѣ, чего при другихъ пораженіяхъ этого сустава мнѣ никогда не приходилось видѣть.

### Межфаланговые и фалангопястные суставы.

Сифилитическій артритъ третичнаго періода, поражая пальцевые суставы руки такъ же рѣдко, какъ и лучезапястный суставъ (2%), представляетъ немалый клиническій интересъ<sup>1)</sup>.

У меня такихъ случаевъ всего 6 на 277: 1—у мужчины (0,8%) и у 5 женщинъ (3,2%), всего въ 2,1%.

У Ге, Ястребова, Михайлова заболѣванія эти либо не упоминаются, либо включаются въ общую группу «остальные мелкіе суставы». Fouquier на 51 случ. сифилитическихъ артритовъ указываетъ 3 случая пораженія пальцевыхъ суставовъ на рукахъ и ногахъ. Одинъ относящійся сюда случай подробно описанъ у Bosse, который даетъ, кромѣ исторіи болѣзни, фотографическое изображеніе рукъ своей 16-лѣтней больной съ наследственнымъ сифилисомъ, а также и радиографическіе снимки.

Мои случаи вкратцѣ слѣдующіе:

(9) Ж. 24 л., фабричная. *Hydrops fibrinoso-villosus art. phalangometacarpalis pollicis dextr.* Утолщеніе эпифизовъ пястной кости и фаланги; суставная сумка сильно растянута серознымъ эксудатомъ, вслѣдствіе чего расшатанность сустава; мягкая крепитация въ суставѣ отъ разрошенія ворсинъ. *Osteoperiostitis* эпифизовъ *ossium metacarpi sinistri*, диафиза *radii dextr.* *Perichondr. laryngis*. О происхожденіи *lues'a* ничего не извѣстно.

(10) Ж. 36 л., акушерка. *Osteoarthritis gummosa art. interphalang. secund. dig. IV*; такіе же артриты, начинающіеся на другихъ пальцахъ. Періоститъ носовыхъ костей и остистыхъ отростковъ шейныхъ позвонковъ. Гумма печени. Анамнеза нѣтъ.

(11) Ж. 39 л., крестьянка. *Osteoarthritis gum. villosa art. phalangometacarpalis indic. dextr. et art. inter. phalang. secundi dig. IV sin.* Видъ пораженныхъ суставовъ какъ при *polyarthritis progressiva chron.*

<sup>1)</sup> Не принимая здѣсь въ расчетъ осложненіе со стороны суставовъ при такъ назыв. *dactylitis syphilitica* и *spina ventosa syphil.*, я имѣю въ виду только пораженіе самихъ суставовъ и суставныхъ концовъ фалангъ и пястныхъ костей съ ихъ хрящами, а не паноститы фалангъ.

*Dolores nocturni. Bursitis gummosa bursae anconeae* на обѣихъ конечностяхъ. Періоститы реберъ. Анамнеза нѣтъ.

(12) Ж. 57 лѣтъ, крестьянка. *Osteoarthritis gum. art. metacarpophalang dig. III.*

(13) Ж. 60 лѣтъ, крестьянка. *Osteoarthritis gummosa* нѣсколькихъ межфаланговыхъ суставовъ об. рукъ; *osteoperiostitis os. metacarpi II sin.* Ломящія боли въ плечевыхъ костяхъ и суставахъ. Типичныя рубцы отъ язвъ на голеняхъ. Анамнеза нѣтъ.

(14) М. 35 лѣтъ, унтеръ-офицеръ. *Osteoarthritis gummosa interphalang. et osteoperiostitis tibiae.*

На основаніи моихъ наблюденій нельзя сказать, бываетъ-ли сифилитическій артритъ пальцевыхъ суставовъ при наследственномъ сифилисѣ, но случай *Bosse* отвѣчаетъ на этотъ вопросъ положительно. Мы можемъ только сказать, что въ мелкихъ суставахъ ручныхъ пальцевъ наблюдаются тѣ-же двѣ наиболѣе частыя формы сифилитическаго артрита, какъ и въ другихъ суставахъ, т. е. гуммозный гиперпластическій остеоартритъ и *hydrops articuli* съ разрошеніемъ ворсинъ, соответственной крепитацией и отсутствіемъ рѣзкой болѣзненности. Типична при послѣдней формѣ расшатанность сустава. Ночныя боли отмѣчены лишь въ одномъ случаѣ.

Что касается діагноза, то во всѣхъ нашихъ случаяхъ онъ не представлялъ затрудненій, такъ какъ на-лицо имѣлись другія явныя проявленія третичнаго сифилиса. Дифференцировать приходится здѣсь между сифилисомъ, такъ назыв. «хроническимъ ревматизмомъ», *polyarthritis progress. thyreotoxica* и подагрой. Если отсутствуютъ анамнестическія данныя, другія ясныя проявленія сифилиса, дистиреоза и подагры, то распознаваніе можетъ встрѣтиться съ большими затрудненіями. Какой пользы въ этомъ отношеніи можно ожидать отъ рентгеноскопіи я лично сказать не могу, но, основываясь на своихъ наблюденіяхъ, сомнѣваюсь, чтобы отъ нея въ смыслѣ дифференціального діагноза можно было ожидать здѣсь значительной пользы.

Думаю, что въ распознаваніи затрудненія и ошибки особенно возможны при дифференцированіи сифилитическаго межфаланговаго полиартрита отъ начальной формы артрита тиреотоксическаго; не надо забывать, что дистиреозъ можетъ легко осложнить сифилисѣ, тѣмъ болѣе, что намъ уже извѣстны случаи вліянія сифилиса на щитовидную железу. Я хочу сказать, что у сифилитика легко себѣ представить не только чистую форму тиреогеннаго артрита, но и комбинацію сифилитическаго артрита съ тиреогеннымъ—форма, о которой намъ пока ничего не извѣстно, но возможность существованія которой мы имѣемъ полное основаніе предположить а priori. Такой комбинированный артритъ, если онъ существуетъ, имѣлъ бы большой практической интересъ, такъ какъ при подобныхъ обстоятельствеяхъ слѣдуетъ допустить возможность полной безрезультатности одного специфическаго леченія артрита у несомнѣннаго сифилитика.

Другая комбинація, которую нужно здѣсь всегда имѣть въ виду,

это опять—подагру у сифилитика и сифились у артритика. По моему, такое взаимодействие этих двух этиологических моментов должно встречаться очень нерѣдко, такъ какъ у пожившихъ мужчинъ и сифились, и подагрическіе артриты межфаланговыхъ суставовъ (hуаgга) очень и очень нерѣдки и, конечно, легко могутъ встрѣтиться у одного и того-же больного одновременно; а часто - ли практики, распознавъ у стараго кутлы подагру суставовъ ручныхъ пальцевъ, вспоминаютъ о сифились и сифилитическихъ межфаланговыхъ артритахъ?

Не сомнѣваюсь, что если мы чаще будемъ не упускать изъ виду возможность указанной комбинаціи, то и терапия наша чаще и быстрѣе будетъ давать при межфаланговомъ артритѣ болѣе успѣшные результаты.

## Лекція V.

(Продолженіе предыдущей).

### Тазобедренный суставъ.

*Coxitis luetica* встрѣчается очень рѣдко; по моимъ даннымъ 1 случ. на 100—150 другихъ сифилитическихъ артритовъ (1,4%).

На 277 моихъ случаевъ было всего 4 коксита и 1 случай совместнаго пораженія колѣна и сохае. Fournier отмѣчаетъ 2 случая на 51 случ. сифилитическихъ артритовъ.

Ге и Михайловъ о пораженіи сохае совсѣмъ не упоминаютъ.

Ястребовъ приводитъ на 85 сифилитическихъ артритовъ 6 случаевъ; объясняется эта сравнительно большая цифра послѣдняго автора сборной статистикой, основанной на отдѣльныхъ казуистическихъ случаяхъ, взятыхъ изъ литературы.

Что касается моихъ 5 случаевъ, то изъ нихъ 4 раза кокситъ наблюдался у женщинъ 17, 20, 25 и 27 лѣтъ и 1 разъ у молодого человѣка 17 лѣтъ.

Все эти больные были завѣдомые сифилитики. Въ 2-хъ случаяхъ у дѣвушки 25 лѣтъ и у мальчика сифилисъ былъ, безспорно, наследственный, у другой дѣвушки 17 лѣтъ онъ былъ, вѣроятно, наследственный, у остальныхъ 2-хъ женщинъ 20 и 27 лѣтъ о происхожденіи *lues'a* ничего сказать нельзя.

Въ одномъ случаѣ (у замужней женщины 27 л.) наблюдались только ночныя боли въ суставѣ, безъ всякихъ объективныхъ явленій—*coxalgia syphilitica*; у остальныхъ 4-хъ тоже были ночныя боли, на которыя больные всего больше и жаловались.

Въ 3-хъ случаяхъ (у дѣвушекъ 17 и 20 лѣтъ и у мальчика) были констатированы гуммозные остеоперіоститы *trochanter. maj.*, причемъ у двоихъ, у дѣвушки 17 л. и у мальчика, имѣлось типичное положеніе конечности; у дѣвочки—*contractura* въ положеніи отведенія и флексіи, у мальчика—въ положеніи приведенія и флексіи; у дѣвочки все явленія *coxit'a* были выражены очень слабо, у мальчика картина болѣзни мало отличалась отъ таковой-же при туберкулезномъ кокситѣ; у первой—функція и подвижность были сравнительно хорошо сохранены, у второго—значительно нарушены, движенія и ощупываніе были болѣзненны, а ходить онъ могъ только при помощи костылей.

У больной 25 лѣтъ нельзя было найти пораженія костей, но имѣлось типичное положеніе конечности въ приведеніи и ротации внутрь, болѣзненность при давленіи на *trochanter* и головку, ограниченіе подвижности и болѣзненность движеній.

Въ двухъ случаяхъ, пользованныхъ въ клиникѣ, леченіе іодистымъ калѣмъ дало хорошіе результаты въ смыслѣ уничтоженія болей, увеличенія подвижности и возстановленія работоспособности; контрактуры-же остались. Въ 3-хъ случ., лечившихся амбулаторно, результатъ леченія не извѣстенъ.

Принимая во вниманіе незначительное число наблюденій и отсут-



ствіе патолого-анатомическихъ изслѣдованій, о сифилитическомъ кокситѣ я могу сказать очень немногое.

Изъ моихъ наблюденій видно лишь слѣдующее:

Тазобедренный суставъ поражается несомнѣнно при наслѣдственномъ сифилисѣ, вѣроятно—и при приобрѣтённомъ.

У женщинъ сифилитическій кокситъ встрѣчается чаще, чѣмъ у мужчинъ; у послѣднихъ онъ попадаетъ видимо очень рѣдко, такъ какъ за все время моихъ наблюденій я видѣлъ одинъ только случай.

Интересно, что всѣмъ моимъ больнымъ было больше 16 лѣтъ (17—27), тогда какъ туберкулезный кокситъ въ этомъ возрастѣ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ у дѣтей. По аналогіи съ плечевымъ суставомъ, гдѣ сифилитическій артритъ встрѣчается чаще у взрослыхъ и даже стариковъ, можно думать, что возрастъ у нашихъ больныхъ кокситомъ тоже не случайность; повидимому пораженіе этого сустава, тоже какъ и плечевого, принадлежитъ къ позднимъ проявленіямъ сифилиса, во всякомъ случаѣ при наслѣдственныхъ формахъ.

Что касается характера пораженія сустава, то мы во всѣхъ случаяхъ видѣли одновременно съ пораженіемъ сустава гуммозные процессы въ суставномъ концѣ бедренной кости: 2 раза имѣлось утолщеніе *trochanter'a*, 2 раза—болѣзненность его, всѣ 5 разъ—*dolores osteoscopi nocturni*. Вѣроятно, что и въ этомъ суставѣ встрѣчаются тѣ же формы пораженія синовиальной и хрящей, какъ и въ другихъ суставахъ; мы можемъ только сказать, что въ 2-хъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ остеоартритомъ, причемъ въ суставной капсулѣ имѣлось, вѣроятно, рубцовое сморщиваніе, какъ объ этомъ можно было судить по контрактурамъ въ суставѣ, не поддавшимся леченію.

Клинически въ одномъ случаѣ имѣлась *arthralgia*, въ 4-хъ другихъ случаяхъ картина была та же, какъ и при туберкулезномъ кокситѣ, причемъ она только была слабѣе выражена; при запущенныхъ случаяхъ, какъ у нашего больного мальчика и у одной изъ женщинъ, картина болѣзни отличалась отъ той, которая такъ обычна при туберкулезѣ, только сравнительно меньшимъ нарушеніемъ функціи, хотя въ одномъ случаѣ наблюдалась очень значительная болѣзненность.

Изъ вышесказаннаго вытекаетъ, что діагнозъ сифилитическаго коксита при отсутствіи анамнеза и другихъ проявленій сифилиса долженъ быть не легокъ; главный симптомъ, заставляющій насъ заподозрить сифилисъ, это—ночные боли; въ начальномъ періодѣ за сифилитическій кокситъ, при ночныхъ боляхъ, говоритъ слабо выраженная картина болѣзни, т. е. весь симптомокомплексъ коксита выраженъ не рѣдко; въ позднихъ стадіяхъ клиническая картина такъ мало характерна при сифилитическомъ кокситѣ, что установка діагноза возможна только *ex juvenilibus*. У дѣтей ночными болями, какъ признакомъ сифилитическаго коксита, слѣдуетъ пользоваться очень осторожно, такъ какъ и при туберкулезномъ кокситѣ, какъ извѣстно, дѣти бываютъ особенно безпокойны по

ночамъ и часто кричать во снѣ влѣдствіе болей отъ судорожныхъ сокращеній въ мускулахъ.

При дифференціальномъ діагнозѣ сифилитическаго коксита у взрослыхъ надо имѣть еще въ виду гонорройный кокситъ, *arthritis deformans* и табетическое пораженіе сустава.

*Arthritis deformans* и *malum senile* сохаетъ въ начальныхъ стадіяхъ, особенно у человѣка еще не стараго, можетъ дать картину очень схожую съ сифилитическимъ кокситомъ—то-же измѣненіе формъ большого вертела, тѣ-же мало выраженные симптомы коксита, наконецъ, нерѣдко тѣ-же боли при покоѣ, слѣдовательно и ночью; но здѣсь несомнѣнно большихъ услугъ для діагноза можно ожидать отъ рентгеноскопій. Въ одномъ случаѣ *malum senile* у 40-лѣтняго мужчины, совершенно здороваго на видъ, мнѣ удалось поставить дифференціальный діагнозъ только на основаніи рентгенограммы, показавшей типичное для *malum senile* измѣненіе формы бедренной головки.

### Колѣнный суставъ.

Колѣно заболѣваетъ въ третичномъ періодѣ сифилиса и при *lues heredit. tarda*, согласно всѣмъ авторамъ, чаще всѣхъ другихъ суставовъ, по моимъ наблюденіямъ, представляя нѣсколько больше половины (52%) всѣхъ гуммозныхъ артритовъ. У мужчинъ пораженіе колѣна встрѣчается нѣсколько чаще (59%), чѣмъ у женщинъ (42%).

Въ моемъ матеріалѣ пораженіе колѣна, на 277 случ., имѣлось въ 145: 73 раза у мужчинъ (59%) и 72 раза у женщинъ (47%).

У Ге. на 97 гуммозныхъ артритовъ, заболѣваніе колѣна отмѣчено 33 раза: на 71 случ.—у мужчинъ 25 разъ (35%) и на 26 случ.—у женщинъ 8 разъ (31%).

У Ястребова на 85 артритовъ собранныхъ въ литературѣ, 32 случ. приходится на колѣнный суставъ (37,6%).

У Fourmier—29 случ. артрита колѣна на 51 случ., что = 58% или почти  $\frac{3}{5}$  всѣхъ случ.—та же цифра, что у меня для мужчинъ.

По возрасту мои 141 случай (за вычетомъ 4-хъ случ. непригодныхъ для вычисленій) распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	М.	Ж.	Всего
До 5 лѣтъ	—	2	2
отъ 6—10 лѣтъ	4} = 4 = 5,4%	—} 2 = 2,9%	4} 6 = 4%
» 11—15 »	12}	5}	17}
» 16—20 »	11} 3 = 31,5%	6} 11 = 16,1%	17} 34 = 24%
» 21—25 »	7}	12}	19}
» 26—30 »	11} 18 = 24,6%	8} 20 = 29,4%	19} 38 = 27%
» 31—35 »	10}	8}	18}
» 36—40 »	7} 17 = 23,2%	7} 15 = 22,0%	19} 32 = 23%
» 41—45 »	2}	8}	10}
» 46—50 »	4} 6 = 8,2%	8} 16 = 23%	12} 22 = 16%
» 51—55 »	1}	—	1}
» 56—60 »	3} 4 = 5,4%	2} 2 = 2,9%	5} 6 = 4%
» 61—65 »	1}	2}	3}
» 66—70 »	—} 1 = 1,3	—} 2 = 2,9%	—} 3 = 2%
	73	68	141

11 разъ были поражены оба колѣна. Кромѣ заболѣванія колѣна имѣлись пораженія: локтя въ 4-хъ случаяхъ, голеностопнаго сустава — въ 3-хъ и позвоночника — въ 1-мъ случаѣ.

Изъ 85 больныхъ первой серіи (амбулаторіи Крестовоздвиженской Общины) только 1 больной, 30 лѣтъ, признавалъ инфекцію сифилисомъ; анамнезъ его очень поучителенъ. Въ 1877 г. онъ лечился въ нашей амбулаторіи отъ остраго суставнаго ревматизма; тогда же болѣло лѣвое колѣно. Въ августѣ 1884 г. — *ulcus durum*; въ больницѣ — втиранія; въ ноябрѣ, значитъ мѣсяца черезъ  $3\frac{1}{2}$ , снова заболѣло лѣвое колѣно — были сильныя ночныя боли и колѣно стало пухнуть; въ январѣ 1885 г., т. е. мѣсяцевъ черезъ 5 —  $5\frac{1}{2}$ , мною констатирована *synovitis villosa genus sin.*; утолщенія костей не замѣтно; капсула утолщена, въ ней неровности (припухшія складки синовиальной?); *patella patans*, но суставъ растянута не жидкостью (зыбленія нѣтъ), а какой-то мягкой хрустящей массой (сильно разросшіяся, мягкія ворсины?).

Далѣе у одной дѣвушки изъ числа тѣхъ же больныхъ, 16 лѣтъ, изъ распросовъ можно было заключить, что за годъ до посѣщенія нашей амбулаторіи она лечилась въ больницѣ отъ вторичныхъ явленій сифилиса; при осмотрѣ констатировано: припуханіе лимфатическихъ железъ, выпаденіе волосъ, *angina ulcerosa*, *periostitis tibiae et synovitis serosa chron.* обоихъ колѣнныхъ суставовъ съ ночными болями.

Изъ 60 больныхъ клиники признаніе инфекціи отмѣчено у мужчины въ одномъ только случаѣ.

Въ 29 случ. мы могли признать, что имѣли дѣло съ наследственнымъ сифилисомъ, а именно у 21 мальчика (отъ 8 до 20 лѣтъ) и у 8 дѣвочекъ (отъ 4 до 20 лѣтъ).

У остальныхъ 116 больныхъ не имѣлось основанія принимать имѣвшійся у нихъ *lues* за наследственный, хотя очень вѣроятно, что между болѣе молодыми изъ нихъ было еще нѣкоторое количество наследственныхъ сифилитиковъ, особенно между молодыми женщинами; по приблизительному подсчету я могу предположить, что около  $\frac{1}{3}$  всѣхъ гуммозныхъ артритовъ колѣна представляли собой поздній наследственный сифилисъ, а около  $\frac{2}{3}$  — приобретенный.

Кромѣ пораженія колѣннаго сустава у 43 больныхъ отмѣчены другіе явные признаки сифилиса.

49 разъ отмѣчены типичныя ночныя боли (слѣдовательно въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ нашихъ сифилитическихъ пораженій колѣна), причѣмъ только въ 16 изъ этихъ случаевъ указаны въ записяхъ утолщенія костей.

Вообще утолщеніе суставныхъ концовъ костей записано въ 36 случаяхъ; при этомъ оказались пораженными:

Суставной конецъ: <i>tibiae</i> . . . . .	22	раза
» » <i>femoris</i> . . . . .	2	»
<i>condyl. int. femoris</i> . . . . .	9	»
<i>capitulum fibulae</i> . . . . .	1	»
<i>patella</i> . . . . .	2	»
	<hr/>	
	36	»

Въ виду обычности сифилитическихъ заболѣваній колѣна между больными нашей амбулаторіи эти случаи, къ сожалѣнію, недостаточно полно регистрировались и поэтому клиническая форма заболѣванія

этого сустава записана подробнѣе только въ 81 случаѣ, причѣмъ отмѣчено:

arthralgia	3	раза
synovitis serosa subacuta et chron.	14	»
hydrops fibrinoso-villosus	40	»
synovitis villosa	7	»
osteoarthritis gum. hyperplastic. et cicatric.	12	»
lipoma arborescens	3	»
arthritis deformans	2	»
	<hr/>	
	81	»

Если просмотрѣть отдѣльно группу съ наследственнымъ сифилитисомъ, то изъ 29 случаевъ въ 21 отмѣчены слѣдующія клиническія формы пораженія колѣна:

arthralgia	1	разъ
synovitis serosa subacuta et chron.	2	»
hydrops fibrinoso-villosus	11	»
synovitis villosa	3	»
osteoarthritis gummosa	3	»
lipoma arborescens	1	»
	<hr/>	
	21	»

По моимъ даннымъ пораженіе колѣннаго сустава гуммознаго періода принадлежитъ, послѣ локтя, къ самымъ раннимъ сифилитическимъ артритамъ при приобрѣтенномъ сифилисѣ, а, вѣроятно, и при позднемъ наследственномъ. Если принять, что проявленіе гуммознаго сифилиса въ возрастѣ отъ 26 до 40 лѣтъ принадлежитъ къ раннимъ формамъ, а тѣ-же проявленія послѣ 40 лѣтъ — къ позднимъ формамъ, то мои статистическія данныя даютъ слѣдующее поучительное сопоставленіе.

	Локоть	Колѣно	Голено-стопн. суставъ	Плечо
Отъ 26—40 лѣтъ	55 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	36 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	35 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	22 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Послѣ 40 лѣтъ	14 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	22 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	19 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	53 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

У женщинъ прогрессія еще рѣзче:

	Локоть	Колѣно	Голено-стопн. суставъ	Плечо
Послѣ 40 л.	10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	29 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	33 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	59 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Дѣйствительно мы видимъ въ этихъ цифрахъ не случайность, а извѣстную закономѣрную послѣдовательность — во всякомъ случаѣ несомнѣнно, что локтевой и колѣнный суставы представляютъ собой при приобрѣтенномъ сифилисѣ (особенно у женщинъ, гдѣ травма играетъ меньшую роль) болѣе раннія гуммозные заболѣванія суставовъ, а голено-стопный и плечевой — болѣе позднія формы.

Далѣе я нашелъ, что у мужчинъ колѣнный суставъ поражается раньше, чѣмъ у женщинъ: такъ, до 20 лѣтъ у мужчинъ arthritis genuis встрѣтилось мнѣ въ 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а у женщинъ въ 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Въ возрастѣ отъ

21 до 30 лѣтъ, гдѣ попадаются поздніе случаи наслѣдственнаго сифилиса и болѣе ранніе случаи приобрѣтеннаго, число заболѣваній у обоихъ половъ почти одинаково, хотя у женщинъ оно все-же нѣсколько больше, вѣроятно, влѣдствіе болѣе поздняго провленія у нихъ наслѣдственныхъ формъ; зато послѣ 30 лѣтъ, т. е. въ возрастѣ, гдѣ слѣдуетъ ожидать почти исключительно формы приобрѣтеннаго lues'a, разница довольно выраженная 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и 51<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; особенно замѣтно проявленіе болѣе позднихъ формъ у женщинъ на 5 десятилѣтій, гдѣ колѣнный артритъ отмѣченъ у нихъ втрое чаще, чѣмъ у мужчинъ (8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> resp. 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Объясняю я себѣ это обстоятельство, какъ и при пораженіи локтя, вліяніемъ травмы, которой мужчины-рабочіе и мальчики, конечно, болѣе подвержены, чѣмъ ихъ жены и дочери.

Затѣмъ долженъ указать, что пораженіе парныхъ суставовъ при сифилисѣ колѣна встрѣчается не такъ часто (я видѣлъ таковое въ 11 случ., т. е. менѣе, чѣмъ въ 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ) и что на основаніи моего немалого матеріала я не могу согласиться съ нѣкоторыми авторами (Clutton), считающими симметричность заболѣванія суставовъ характернымъ для сифилитическихъ гонитовъ, особенно для наслѣдственныхъ формъ; между послѣдними на 29 случ. у меня отмѣченъ только два раза двусторонній сифилитическій гонитъ.

Въ очень большомъ числѣ случаевъ одновременно съ пораженіемъ колѣннаго сустава имѣются и гуммозные процессы въ суставныхъ концахъ костей (повидимому чаще въ эпифизѣ tibiae, затѣмъ въ cond. intern. femoris), которые и являются часто первичнымъ проявленіемъ lues'a, а затѣмъ уже поражаются синовиальная и хрящи; очень нерѣдки здѣсь перипартикулярныя гуммы и гуммозные периартриты, служащіе исходной точкой заболѣванія самого сустава; часто можно наблюдать гуммозные узлы въ стѣнкахъ суставныхъ заворотовъ, какъ, напр., въ стѣнкѣ recessus suprapatellaris. Рѣдки видимыя пораженія одной patellae, о чемъ я скажу ниже.

Упомянутые костные гуммозные очаги могутъ служить причиной подострыхъ серозныхъ прритативныхъ синовитовъ, но чаще и синовиальная поражается специфическимъ гуммознымъ процессомъ. Однако бываютъ, повидимому, и первичные гуммозные синовиты, въ формѣ гуммозной инфильтраціи послѣдней или образованія милиарныхъ и субмилиарныхъ гуммъ; по крайней мѣрѣ я не разъ наблюдалъ въ колѣнномъ суставѣ сифилитическіе синовиты, при которыхъ клинически нельзя было констатировать утолщеніе костей и въ которыхъ отсутствовали типичныя при пораженіи костей dolores osteocopi. Я склоненъ думать, что первичные сифилитическіе синовиты встрѣчаются чаще именно въ колѣнномъ суставѣ.

Клинически гуммозные артриты колѣна чаще всего проявляются въ формѣ характерной водянки сустава. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ эта водянка, какъ и въ другихъ суставахъ, сопровождается разрошеніями ворсинокъ, отложеніемъ фибрина и образованіемъ плавающихъ

въ эксудатѣ свободныхъ тѣлецъ—*hydrops fibrinoso-villosus*. Количество эксудата бываетъ различно, иногда его немного и капсула отчасти растягивается мягкими гиперплазированными ворсинками, но иногда капсула растягивается эксудатомъ *ad maximum* и колѣно представляется величиной съ дѣтскую головку.

Такую громадную водянку колѣна я видѣлъ нерѣдко и даже два раза отмѣтилъ ее у подростковъ съ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Поэтому я не могу согласиться съ Н. Н. Михайловымъ, что небольшое количество эксудата характерно для *hydrops articuli syphiliticus*—въ колѣнѣ (тоже и въ локтѣ) я видѣлъ такія скопленія выпота, какихъ при другихъ заболѣваніяхъ (кромѣ табетическихъ) не бываетъ.

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ наблюдается здѣсь и чистая форма *synovitis villosae* съ большимъ или меньшимъ утолщеніемъ капсулы, но безъ скопленія эксудата, только количество синовиальной жидкости иногда нѣсколько увеличено и она представляется болѣе густой консистенціи. Когда ворсинки разрастаются очень сильно, то *synovitis villosa* переходитъ въ ту форму, которая извѣстна подъ названіемъ *lipoma s. fibroma arborescens* (см. выше); такихъ случаевъ въ колѣнѣ у меня отмѣчено 3, причемъ одинъ разъ, какъ вы знаете, суставъ былъ мною вскрытъ и діагнозъ былъ подтвержденъ анатомически.

Считаю не бесполезнымъ указать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ ворсинчатого артрита, какъ я уже сказалъ, нѣтъ серознаго эксудата въ сумкѣ, а въ растянутой ворсинками капсулѣ *patella* даетъ ощущеніе баллотированія, т. е. имѣется *patella natans*; объясняется эта *patella pseudo-natans* мягкостью ворсинъ и отечностью ихъ; кромѣ того бываютъ случаи, гдѣ небольшія количества эксудата осумковываются между сросшимися большими и мелкими ворсинками, а свободного эксудата въ суставѣ не имѣется, и здѣсь можно встрѣтиться съ псевдофлюктуаціей и какъ-бы плавающей колѣнной чашкой.

Въ такихъ случаяхъ картина настолько обманчива, что такія формы ворсинчатыхъ синовитовъ легко принять за *hydrops*, и, пунктируя суставъ толстымъ троакаркомъ, не получить жидкости или получить нѣсколько капель, какъ это со мною и случилось разъ, когда я еще не былъ знакомъ съ этого рода гонитами.

Что касается остеоартритовъ съ пораженіемъ хрящей, костей, съ гуммознымъ гиперпластическимъ синовитомъ, гуммозной инфильтраціей периферической параартикулярной клетчатки, то клиническая картина здѣсь иногда довольно типична, иногда—особенно при наслѣдственныхъ формахъ—рѣзко симулируетъ настоящій туберкулезный *tumor albus*. Очень схожи съ поздними періодами туберкулеза колѣна и тѣ случаи сифилитическаго гонита, въ которыхъ имѣется фиброзное рубцовое перерожденіе капсулы и свищи вслѣдствіе распада гуммъ или каріозно-некротическихъ процессовъ въ костяхъ.

Дифференцировать сифилисъ колѣннаго сустава приходится прежде

всего отъ туберкулеза, затѣмъ отъ запущенныхъ гонорройныхъ артритовъ съ инфильтраціей параартикулярной кѣтчатки, далѣе отъ подагрическихъ, и пожалуй, нѣкоторыхъ типичныхъ формъ прогрессивнаго полиартрита въ начальныхъ его формахъ.

Въ заключеніе позвольте еще демонстрировать вамъ эту фотографію и сказать нѣсколько словъ о гуммозномъ пораженіи *patellae*. Последняя поражается нерѣдко хондритомъ и гуммозными остеоперіоститами, но обычно клинически доказать эти пораженія не удается; однако существуетъ еще очень рѣдкая форма гуммознаго пораженія *patellae sui generis*, гдѣ чашка подъ вліяніемъ остеоперіостита достигаетъ громадныхъ размѣровъ. Подобный случай, здѣсь изображенный, я наблюдалъ въ 1886 г. и коротко описалъ его въ 1903 г.

(15) Н. Д., мальчикъ 17 лѣтъ, сапожникъ; *lues hereditaria tarda*. Крайне типичный *habitus*; имѣетъ видъ мальчика 12—13 лѣтъ; блѣдно-землистый цвѣтъ лица; *Hutchinson*'овскіе зубы, выдающіеся лобные и теменные бугры (*crâne natiforme*). До 13 лѣтъ былъ совершенно здоровъ; у старшаго брата тоже признанъ наследственный *lues*. При изслѣдованіи найдено: гуммы на лбу; *osteoperiostitis os. frontis* у наружнаго угла глазницы; на лѣв. голени типичныя рубцы отъ язвъ и *osteoperiostitis tibiae* въ средней ея  $\frac{1}{3}$  (какъ видно на фотографіи) и въ области *malleoli interni*; *dolores nocturni* въ голени и правомъ локтѣ; *patella* на лѣвой конечности увеличена до размѣровъ ладони взрослого мужчины, плаваетъ; *hydrops fibrinosus* этого же колѣна въ значительной степени. *Периартикулярная инфильтрація*. Функции конечности мало нарушены. Специфическое леченіе дало хорошій результатъ въ смыслѣ исчезанія болей и всасыванія экссудата.

Такое пораженіе чашки, можетъ быть, объяснялось здѣсь постояннымъ раздраженіемъ ея при работѣ на колѣнѣ молоткомъ (сапожникъ).

Второй точно такой-же случай у юноши лѣтъ 19—20 я видѣлъ разъ въ чужой клиникѣ, на экзаменѣ. И здѣсь крайне характерно было поразительное увеличеніе *patellae*.

Повидимому подобныя случаи гуммознаго пораженія специально ра-

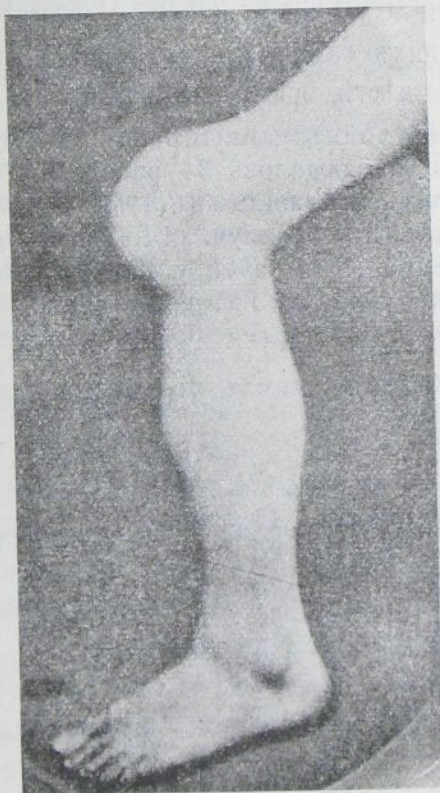


Рис. 17. *Osteitis heredo-syphilitica patellae et hydrops fibrinoso-villo-us genu.*  
Громадное увеличеніе *patellae*.  
(Собственное наблюденіе).

tellae очень рѣдки, по крайней мѣрѣ Neumann нашелъ въ литературѣ до 1899 г. всего 2 случая, которые описали Howard March (1875) и Bruant (1879). Можетъ быть, сюда-же слѣдуетъ отнести и случай Китаевского.

### Голено-стопный суставъ.

Заболѣваніе art. talo-cruralis, согласно моимъ наблюденіямъ, занимаетъ среди гуммозныхъ артритовъ 3-е мѣсто (12<sup>o</sup>/о), послѣ колѣннаго и локтевого суставовъ; то-же у мужчинъ, у которыхъ оно встрѣчается почти вдвое рѣже (8,3<sup>o</sup>/о), чѣмъ у женщинъ (15,5<sup>o</sup>/о); у этихъ послѣднихъ голено-стопный суставъ, наряду съ плечевымъ, стоитъ на второмъ мѣстѣ, послѣ колѣннаго.

По моимъ даннымъ на 277 случ. заболѣваніе голено-стопнаго сустава наблюдалось 34 раза (12,4%): 24 раза у женщинъ (15,5%) и 10 разъ у мужчинъ (8,3%). У Ге на 97 случ. arthritis talo-cruralis имѣлось въ 14 случ. (14,4%): 10 разъ у мужчинъ (12%) и 4 раза — у женщинъ (15,3%); у Ястребова на 85 случаевъ — 6 случаевъ (7%); у Михайлова отмѣчено 5 случаевъ, у Fournier — 2 на 51 (4%).

Возрастъ моихъ больныхъ былъ слѣдующій:

	М.	Ж.	Всего
До 10 лѣтъ	—	—	—
отъ 11—15 лѣтъ	2} 2=20%	—} 2= 8,3%	2} 4=12%
» 16—20 »	—} 1=10%	5} 10=41,6%	5} 11=32%
» 21—25 »	1} 2=20%	2} 4=16,6%	3} 6=18%
» 26—30 »	1} 4=40%	3} 4=16,6%	4} 8=24%
» 31—35 »	—} —	2} 3=12,5%	2} 3= 9%
» 36—40 »	—} —	1} 1= 4,1%	—} 2= 6%
» 41—45 »	—} —	—} —	—} —
» 46—50 »	—} —	—} —	—} —
» 51—55 »	—} —	—} —	—} —
» 56—60 »	—} —	—} —	—} —
» 61—65 »	—} —	—} —	—} —
» 66—70 »	—} —	—} —	—} —
	10	24	34

Наслѣдственные формы lues'a наблюдались у 6-ти больныхъ: у 2-хъ мальчиковъ (12 и 15 лѣтъ) и у 4-хъ женщинъ (16—24 лѣтъ). У 8 женщинъ, въ возрастѣ до 30 лѣтъ, происхожденіе сифилиса неизвѣстно; у остальныхъ 20 больныхъ lues былъ, повидимому, приобретенный. Въ 5 случ. (у 4-хъ женщинъ и у 1 мужчины) были поражены оба голено-стопные сустава. Кромѣ голено-стопнаго сустава былъ пораженъ колѣнный суставъ въ 3-хъ случаяхъ, кости tarsi въ 5-ти случаяхъ и os. metacarpi V въ одномъ случаѣ.

Въ одномъ только случаѣ мужчина 48 лѣтъ признавался, что за 6 лѣтъ до заболѣванія сустава имѣлъ твердую язву; въ 9-ти случаяхъ имѣлись періоститы разныхъ костей, а въ 5 случ.—гуммы и язвы.



Ночныя боли отмѣчены въ 13 случаяхъ.

Кромѣ заболѣванія сустава въ 10 случаяхъ констатированы утолщенія суставныхъ концовъ костей голени: 5 разъ *malleoli interni*, 2 раза *malleoli externi* и 3 раза обѣихъ лодыжекъ.

Клиническія формы были слѣдующія:

У 2-хъ женщинъ 25 и 40 л., страдавшихъ типичными остеоперіоститами *tibiarum*, отмѣчены только боли въ голено-стопномъ суставѣ безъ объективныхъ явленій—*arthralgiae*.

У женщины 24 л. и у мужчины 48 лѣтъ мы наблюдали подострые серозные синовиты съ ночными болями; у этого мужчины язва была за 6 л. до заболѣванія сустава; у него-же имѣлся и синовитъ въ локтевомъ суставѣ.

У 2-хъ женщинъ 26 и 46 лѣтъ съ явными признаками гуммознаго сифилиса мы видѣли типичный *hydrops fibrinoso-villosus* обоихъ голено-стопныхъ суставовъ съ значительнымъ растяженіемъ суставной сумки и мягкой крепитацией.

У остальныхъ больныхъ голено-стопные суставы были поражены гуммозными остеоартритами съ замѣтнымъ утолщеніемъ капсулы и нерѣдко съ периартикулярными инфильтраціями.

Въ 3 случаяхъ специально отмѣчено, что, несмотря на тяжелое поражение и деформацию суставовъ, больныя женщины мало жаловались на болѣзненность и свободно ходили.

Что касается времени появленія пораженія голено-стопнаго сустава, то на основаніи нашихъ наблюденій слѣдуетъ принять, что *arthritis talocruralis syphilitica* принадлежитъ, въ противоположность артритамъ локтя и колѣна, какъ при наслѣдственномъ, такъ и при приобрѣтенномъ сифилисѣ, къ болѣе позднимъ формамъ послѣдняго. Такъ, мы видимъ, что большинство заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20—30 лѣтъ (32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, у женщинъ даже 41<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); несомнѣнно, что сюда попало много случаевъ поздно проявившагося наслѣдственнаго сифилиса; затѣмъ мы видимъ, что послѣ 50 лѣтъ заболѣваніе этого сустава встрѣчается еще въ 15—16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, тогда какъ такое позднее пораженіе колѣна и локтя у стариковъ представляетъ рѣдкость (6—6,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Относительно участія костей въ заболѣваніи голено-стопнаго сустава, то пораженіе ихъ здѣсь встрѣчается довольно часто и надо думать, что чистыя формы пораженія одной синовиальной именно въ этомъ суставѣ очень рѣдки; чаще, чѣмъ при пораженіи другихъ суставовъ, я видѣлъ здѣсь периартикулярные гуммозные процессы.

Типичный *hydrops* голено-стопнаго сустава я наблюдалъ только 2 раза, у женщинъ; въ обоихъ случаяхъ суставы были поражены симметрично на обѣихъ конечностяхъ, имѣлись ночныя боли и другія ясныя проявленія третичнаго сифилиса. Случаи эти несомнѣнно рѣдки, но очень типичны: такого растяженія экссудатомъ сустава, съ неравнобѣрными утолщеніями и частичными выпячиваніями капсулы, съ характерной крепитацией, съ такимъ расслабленіемъ всего связочнаго аппарата и такой расшатанностью сустава при сравнительной сохранности функций и работоспособности я не знаю ни при какомъ заболѣваніи этого сочлененія;

нѣкоторое сходство могутъ дать только артриты невропатическіе, особенно табетическіе, о которыхъ мы знаемъ, что они наполовину тоже сифилитическіе.

Наиболѣе частая клиническая форма сифилиса *art. talo-cruralis*, это *osteoarthritis gummosa hyperplastica*. Какъ я уже сказалъ, очень типичны здѣсь часто встрѣчаемая инфильтрація и гуммы въ периартикулярныхъ тканяхъ, вѣдствие чего легко получается картина фунгознаго артрита; поэтому именно въ этомъ суставѣ легко могутъ встрѣчаться затрудненія при дифференцированіи здѣсь гуммознаго артрита отъ туберкулезнаго. Очень вѣроятно, что такая особая склонность къ заболѣванію околосуставныхъ тканей объясняется постояннымъ давленіемъ и раздраженіемъ всей области сустава обувью. При отсутствіи ночныхъ болей и другихъ указаній на *lues* рѣшающимъ моментомъ при діагнозѣ является сохраненность функціи конечности, которая въ этомъ суставѣ и при тяжелыхъ гуммозныхъ остеоартритахъ бываетъ иногда поразительна: намъ нерѣдко приходилось удивляться, какъ при такомъ тяжеломъ на видъ пораженіи сустава больные могли обуваться и ходить. Правда, приходилось видѣть и обратное, т. е. значительную болѣзненность и полную невозможность пользоваться конечностью уже въ раннихъ стадіяхъ заболѣванія, но такіе случаи встрѣчаются рѣдко и только въ случаяхъ очень быстро развивающагося артрита. Въ такихъ случаяхъ исключить туберкулезъ бываетъ иногда очень трудно.

Обращаю ваше особенное вниманіе на сравнительно нерѣдкую связь сифилитическихъ артритовъ *art. talo-cruralis* съ травмами, особенно съ дисторсіями, такъ часто встрѣчающимися въ этомъ сочлененіи. Въ моемъ матеріалѣ отмѣченъ одинъ такой случай, гдѣ артритъ развился послѣ дисторсіи, но кромѣ этого случая я помню еще нѣсколько другихъ подобныхъ. Въ малоопытныхъ рукахъ *distorsio pedis* у стараго сифилитика можетъ причинить врачу не мало неприятностей, поэтому-то я объ этомъ и упоминаю.

(16) Въ моей памяти ясно запечатлѣлся одинъ такой случай изъ время моею молодости.

Въ первый годъ моею ассисентуры въ клиникѣ покойнаго К. К. Рейера ко мнѣ въ отдѣленіе поступилъ казакъ съ обычной дисторсіей. Этимъ больнымъ особенно интересовалась одна очень высокопоставленная особа, помѣстившая больного въ нашу клинику и просявшая руководителя клиники обратить на этого казака особое свое вниманіе. Шефъ мой, относившійся иногда къ такого рода просьбамъ очень горячо, строго-на-строго приказалъ мнѣ энергично лечить этого больного и показать на немъ значеніе леченія дисторсіи массажемъ (это тогда была новость), добавивъ что онъ общалъ вернуть казака на службу черезъ 10—15 дней. Подъ вліяніемъ массажа кровоизліяніе въ суставѣ всосалось, хотя медленно обыкновеннаго, но боли въ суставѣ не только не утихали, а, напротивъ, все усиливались, тоже и отечная опухоль въ области сустава. Больной лежалъ уже болѣе 15 дней и ему дѣлалось все хуже. Считая все явленія лишь послѣдствіями травмы, я все усиливалъ массажъ, отъ котораго, однако, боль-

ной въ одинъ прекрасный день отказался вслѣдствіе невыносимыхъ болей. Я наложилъ неподвижную повязку, но и ту пришлось снять — суставъ все больше и больше опухалъ. Б. очень рѣзко выражалъ свое недовѣріе къ клиникѣ и къ врачамъ, шефъ бранилъ меня, говоря, что я дискредитирую клинику, не умѣя лечить простой дисторсіи, высокая особа чуть-ли не ежедневно справлялась о состояніи здоровья казака и выражала неудовольствіе плохимъ леченіемъ простого случая какимъ-то «новымъ, моднымъ способомъ». Мнѣ становилось яснымъ, что у больного развился какой-то артритъ, но туберкулеза или подагры у молодого, съ цвѣтушимъ на видъ здоровьемъ человѣка, я не могъ предположить; о сифилисѣ суставовъ мы тогда почти ничего не знали. Однако, имѣя въ виду у нашего больного особенное усиленіе болей по ночамъ и постепенно развившееся припуханіе суставныхъ концовъ костей, я назначилъ К.І. Эффектъ получился удивительный. Тогда я только понялъ, въ чемъ дѣло и при тщательномъ опросѣ больного съ трудомъ узналъ отъ него, что онъ дѣйствительно за нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ болѣлъ сифилисомъ.

Это былъ чуть-ли не первый сифилитическій артритъ, который я видѣлъ. Неприятностей и головомоекъ отъ моего очень строгаго шефа ради этого больного было такъ много, что я ихъ помню и теперь, тѣмъ не менѣе, я очень благодаренъ этому неприятному больному — его болѣзнь научила меня многому и послужила одной изъ причинъ, что я затѣмъ съ особымъ интересомъ сталъ изучать сифилитическіе артриты и не разъ использовалъ этотъ урокъ при леченіи затянувшагося теченія болѣзни послѣ травмы стопы и голено-стопнаго сустава.

### Мелкіе суставы стопы.

Мелкіе суставы стопы тоже поражаются иногда гуммоными процессами, но, повидимому, всегда съ одновременнымъ заболѣваніемъ костей стопы. Къ сожалѣнію, сказать объ этой формѣ гуммознаго сифилиса я могу очень мало, такъ какъ въ моихъ записяхъ имѣется всего 2 такихъ случая и 5 случ. одновременнаго пораженія голено-стопнаго сустава и костей *tarsi*; къ тому-же эти послѣдніе случаи недостаточно подробно зарегистрированы. Надо думать, что гуммозныя заболѣванія костей и суставовъ *tarsi*, *metatarsi* и ножныхъ пальцевъ встрѣчаются рѣдко, по крайней мѣрѣ и другіе авторы мало говорятъ о нихъ. Михайловъ, наблюдавшій больше 70 случ. сифилитическихъ артритовъ, упоминаетъ о 3-хъ случаяхъ пораженія мелкихъ суставовъ стопы; Fourgnier приводитъ 1 случай пораженія *tarsi* на 51 случай сифилитическихъ артропатій и всего 3 случая заболѣванія суставовъ на пальцахъ рукъ и ногъ.

Мои два случая касались мальчика 15 лѣтъ съ явными признаками наслѣдственнаго сифилиса и женщины 45 лѣтъ съ *lues acquisita*. У мальчика имѣлся гуммозный оститъ *os. navicularis*, у женщины — *os. cuboidei*, оба раза съ распространеніемъ процесса на близлежащіе суставы; оба жаловались на ночныя боли.

Эти остеоартриты, конечно, очень схожи съ такими-же пораженіями костей стопы туберкулезомъ и въ діагностическомъ отношеніи, особенно при наслѣдственныхъ формахъ, могутъ представить большія затрудненія.

Въ дополненіе къ сказанному по поводу гуммозныхъ поражений гѣлено-стопнаго сустава и мелкихъ костей и суставовъ стопы позвольте показатъ вамъ изъ моей коллекціи фотографіи трехъ стопъ, ампутированныхъ мною по разнымъ причинамъ у дѣтей. Эти три случая мнѣ кажутся ин-



Рис. 18. Osteoarthritis fungosa tuberculosa art. talo-cruralis et tarsi.  
(Собственное наблюденіе).

тересными потому, что, представляя три различныхъ заболѣванія, на первый взглядъ очень схожи между собой по внѣшнему своему виду и всѣ три принадлежатъ къ той группѣ заболѣваній, кои въ старину носили одно общее названіе—«fungus».

На рис. 18 мы видимъ очень тяжелый случай туберкулезнаго, фунгознаго пораженія стопы у 12-лѣтней дѣвочки; рис. 19 показываетъ тоже очень тяжелое пораженіе костей и суставовъ стопы, но гуммозное, наблюдавшееся мною у 15-лѣтней дѣвочки съ яснымъ наследственнымъ lues'омъ. Происхожденіе положенія *pedis vari*, мнѣ думается, можно объяснить размягченіемъ большинства костей *tarsi* подъ вліяніемъ гуммознаго остита и уничтоженіемъ такимъ-же процессомъ плотности связочнаго аппарата; надо думать, что, несмотря на такія пораженія, функціи конеч-

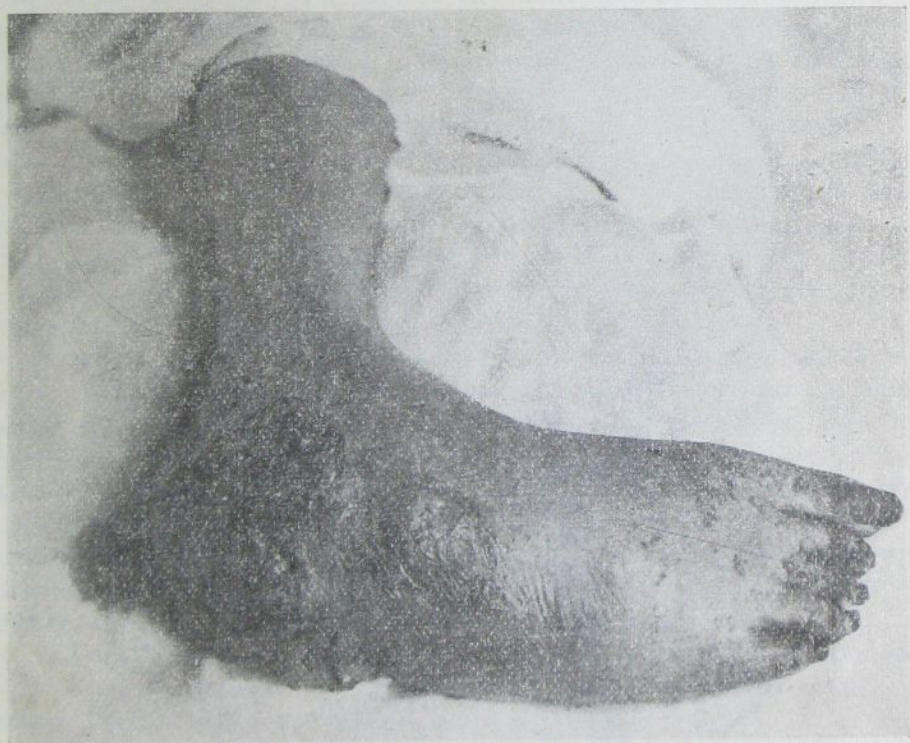


Рис. 19. Osteoarthritis hyperplastica exulcer. heredosyphilit. art. talo-cruralis et tarsi. (Собственное наблюденіе).

ности были сначала такъ мало нарушены, что позволяли больной ходить, подъ вліяніемъ чего постепенно и наступило такое искривленіе; можетъ быть, что подъ вліяніемъ болѣзненнаго процесса и ростъ костей шелъ неправильно, что вмѣстѣ съ отягощеніемъ больной конечности привело къ такой деформациі стопы. Вся стопа была сильно опухши и отечна, покрыта малоподвижной, какъ-бы спаянной съ подлежащими тканями, красно-бурой, мѣстами омертвѣвающей кожей; на наружной части пятки имѣлась громадная кратерообразная язва, проникавшая до пяточной кости, изъ которой выпячивалась въ видѣ гриба распадающаяся фунгозная масса. При первомъ взглядѣ на эту стопу прежде всего приходилось думать о распадающемся злокачественномъ новообразованіи, о саркомѣ, исходящей изъ пяточной кости,

и только общее изслѣдованіе больной, носившей стигматы наследственнаго lues'a, давало возможность установить распознаваніе. На рис. 21 и 22 изображена картина, полученная при распилѣ этой-же замороженной стопы (препаратъ приготовленъ моимъ ассистентомъ В. Н. Томашевскимъ); на свѣжѣмъ препаратѣ можно было ясно различить гуммозные массы въ суставныхъ концахъ костей голени и въ большинствѣ костей tarsi, теперь на рисункѣ ясно видны гуммозный гиперпластическій синовитъ голеностопнаго сустава и мѣстами отсутствіе и узура хрящей. Интересно,

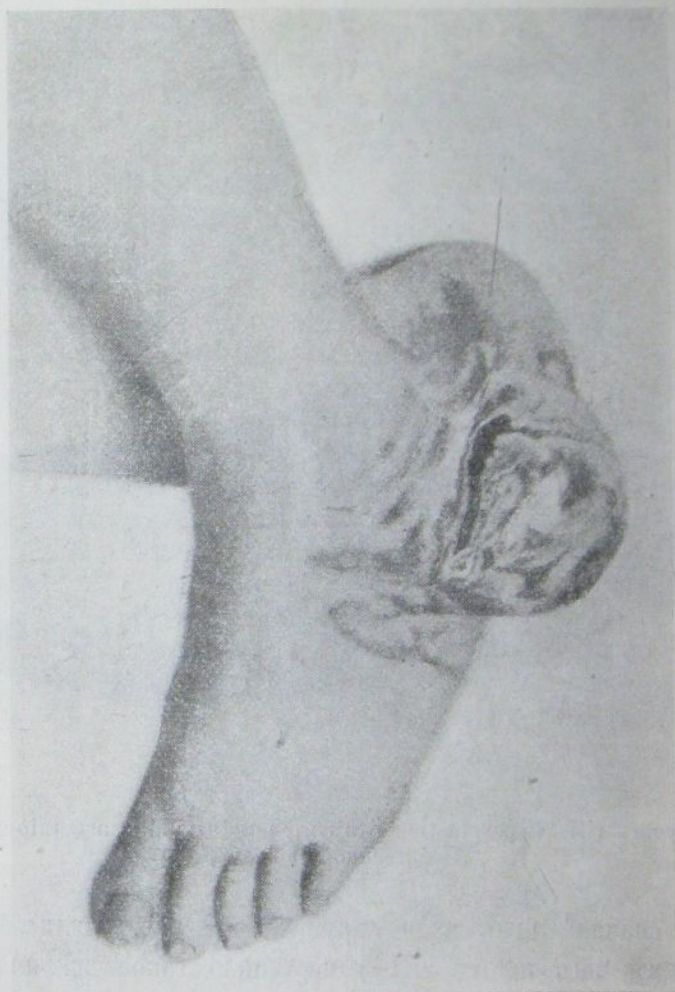


Рис. 20. Sarcoma periokol. tarsi. (Собственное наблюденіе).

что кромѣ заболѣванія стопы у больной другихъ тяжелыхъ гуммозныхъ пораженій не было и что она послѣ ампутаціи выписалась въ хорошемъ общемъ состояніи.

Наконецъ рис. 20 представляетъ случай періостальной саркомы, у мальчика, развившейся изъ пяточной кости и отличавшейся быстротой роста.

### **Polyarthritis syphilitica gummosa.**

Мы видѣли, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ сифилиса суставовъ третичнаго періода и поздняго наслѣдственнаго поражается одинъ суставъ, рѣдко—два парныхъ сустава, еще рѣже—два разныхъ большихъ сустава и нѣсколько малыхъ; очень рѣдко, повидимому, пораженіе нѣсколькихъ большихъ суставовъ наряду съ малыми, т. е. такое пораженіе, которое мы были бы вправѣ назвать «полиартритомъ».

На 277 нашихъ случаевъ одинъ суставъ былъ пораженъ въ 235 случаяхъ, т. е. въ 85% всѣхъ случаевъ, два большихъ парныхъ сустава—въ 21 случаѣ, что=7,5% (3 раза плечевые суставы, 2 раза локтевые, 11 разъ колѣнные и 5 разъ голеностопные); въ 10 случаяхъ (3,6%) были больны два разныхъ большихъ сустава (локтевой и запястный 2 раза, локтевой и колѣнный 4 раза, тазобедренный и колѣнный 1 разъ, колѣнный и голеностопный 3 раза), въ 1 случаѣ имѣлись заболѣванія колѣна и позвоночника, въ 5-ти—пораженіе голеностопнаго и мелкихъ суставовъ стопы; въ 1 случ. были больны плечевой и грудино-ключичный, наконецъ, въ 3-хъ случаяхъ было поражено по 2 межфаланговыхъ и фалангопястныхъ сустава; всего, слѣдовательно, во 2 группѣ было 41 случай (15%).

Лишь въ одномъ случаѣ (0,4%) было захвачено 4 большихъ сустава и, слѣдовательно, имѣлся полиартритъ; случай этотъ касался женщины 50 лѣтъ, которая жаловалась на сильныя боли, обострившіяся по ночамъ, въ плечевомъ, лучезапястномъ и въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ; изслѣдованіе показало утолщеніе соответственнаго акроміальнаго конца ключицы и эпифиза radii; въ самихъ больщихъ суставахъ никакихъ объективныхъ измѣненій констатировать не удавалось; больная эта была завѣдомая сифилитичка—были абортъ и имѣлись типичныя рубцы отъ язвъ на голенихъ.

Ге наблюдалъ пораженіе двухъ суставовъ 5 разъ на 97 случ. (5%), а Ястребовъ приводитъ на 8 артритовъ 15 случаевъ, гдѣ было поражено больше одного сустава (17,6%).

Бываютъ-ли при гуммозномъ сифилисѣ и позднемъ наслѣдственномъ пораженія многихъ суставовъ, какъ при другихъ полиартритахъ, а если бываютъ, то часто-ли они встрѣчаются—вопросы крайне важныя въ чисто практическомъ отношеніи. На основаніи своего матеріала, въ которомъ отмѣченъ одинъ случай заболѣванія 4 большихъ суставовъ, я, конечно, ничего утверждать не могу; этотъ случай заставляеть только допустить, что гуммозныя сифилитическія полиартриты встрѣчаются, но во всякомъ случаѣ очень рѣдко, такъ какъ при громадномъ матеріалѣ по заболѣванію суставовъ, прошедшемъ черезъ мои руки, кромѣ выше отмѣченнаго случая, я не помню ни одного полиартрита, гдѣ я бы могъ съ увѣренностью опредѣлять чисто сифилитическій характеръ его и гдѣ мнѣ пришлось-бы, при множественномъ пораженіи суставовъ, прибѣгнуть только къ антисифилитическому леченію.

Другія мои наблюденія, о которыхъ я подробнѣе скажу въ другомъ мѣстѣ, привели меня къ заключенію, что если сифилитическія гуммозныя и поздніе наслѣдственныя полиартриты и существуютъ, то чаще они

бываютъ результатомъ комбинаціи сифилиса съ другими заболѣваніями. Не сомнѣваюсь, что, напр., всѣ остро-заразные процессы въ суставахъ, если они поражаютъ сифилитика въ третичномъ періодѣ, могутъ, затнувшись, принять своеобразное теченіе и дать своеобразную картину комбинированнаго полиартрита. Далѣе, также несомнѣнно, что должны встрѣчаться и комбинаціи сифилиса съ болѣзнями обмена и аутоинтоксикаціями, причемъ очень вѣроятно бываютъ и полиартриты *sui generis*. Особенно интересна комбинація съ сифилисомъ тиреотоксическаго полиартрита, дающая, какъ мы это недавно видѣли съ вами, довольно сложную клиническую картину, къ которой я еще вернусь въ одной изъ слѣдующихъ нашихъ бесѣдъ.





Рис. 21. Osteoarthritis hyperplastica dimmosa heredo-syphilitica art. talo-cruralis et tarsi.  
(Распиль замороженного препарата, полученного при ампутации; собственное наблюдение).



Рис. 22. Osteoarthritis hyperplastica dimmota heredo-syphilitica art. talo-cruralis et tarsi.  
(Распиль замороженного препарата, полученного при ампутации; собственное наблюдение).

## Лекція VI.

„La syphilis est une maladie qu'il faut savoir chercher“. (S e r g e n t, „Syphilis et tuberculose“. 1907, стр. 21).

Мм. Гг.

Ознакомивъ васъ въ предыдущихъ нашихъ бесѣдахъ съ главнѣйшими проявленіями позднего наследственнаго сифилиса, съ исторіей вопроса, съ анатомической картиной сифилиса суставовъ и, наконецъ, съ моими наблюденіями, послужившими мнѣ матеріаломъ для настоящихъ лекцій, я имѣю теперь въ виду подойти къ вопросу о распознаваніи занимающихъ насъ заболѣваній суставовъ, пользуясь съ этою цѣлью какъ своимъ личнымъ опытомъ, такъ и разборомъ вмѣстѣ съ вами отдѣльных исторій болѣзней и наблюдаемыхъ нами въ клиникѣ больныхъ.

Вы знаете, что принципиально при распознаваніи всякаго рода болѣзней, а тѣмъ болѣе хирургическихъ, мы вообще должны стремиться дѣлать наши заключенія на основаніи нашего объективнаго изслѣдованія, мѣстнаго и общаго (въ связи, конечно, съ субъективными жалобами больного, доступными, до извѣстной степени, нашему контролю), и затѣмъ лишь пользоваться анамнезомъ, такъ какъ выводы изъ объективнаго изслѣдованія обосновываются данными, которыя мы лично наблюдаемъ, а данныя анамнеза намъ приходится принимать на вѣру.

Конечно, нѣтъ правилъ безъ исключеній.

Спеціально при распознаваніи сифилитическихъ артритовъ мы должны бы держаться общаго принципа, но, къ сожалѣнію, именно въ этой обширной группѣ болѣзней суставовъ мы встрѣчаемся съ двумя немалыми затрудненіями: съ одной стороны, мѣстныя клиническія картины при многихъ сифилитическихъ артропатіяхъ еще мало изучены и мало извѣстны врачамъ—не спеціалистамъ, съ другой стороны, эти клиническія картины не всегда обладаютъ достаточно яркими красками и штрихами, а общее состояніе больныхъ нерѣдко ничего особеннаго не представляетъ <sup>1)</sup>). Отсюда—стремленіе широко пользоваться анамнезомъ, а какъ результатъ—обычное явленіе: сифилисъ не признается врачомъ, потому что его нѣтъ въ анамнезѣ. По моему, это—грубая ошибка, къ сожалѣнію, слишкомъ часто повторяемая. Посмотримъ, можно-ли ея избѣжать?

Во 1-хъ, несомнѣнно, что есть формы сифилитическихъ артритовъ, клиническая картина которыхъ не лишена извѣстнаго, характернаго

<sup>1)</sup> О значеніи новѣйшихъ методовъ объективнаго изслѣдованія—рентгеноскопін и реакціи Wassermann'a—для чисто практическихъ цѣлей я сказалъ въ другомъ мѣстѣ и потому я о нихъ здѣсь умалчиваю.

симптомокомплекса и достаточно изучена, чтобы имѣть право называться типичной; сюда можно отнести, напр., нѣкоторыя формы сифилитической водянки суставовъ, нѣкоторые виды сифилитическаго ворсинчатаго синовиита и такъ назыв. «ложной бѣлой опухоли»; не сомнѣваюсь, далѣе, что по мѣрѣ большаго знакомства хирурговъ съ сифилитическими пораженіями сочлененій число такихъ формъ, которыя можно будетъ назвать типичными, будетъ быстро расти; во всякомъ случаѣ, стремиться достигъ этого нашими наблюденіями у постели больного, а можетъ быть, современемъ, и при помощи болѣе точныхъ методовъ изслѣдованія—одна изъ задачъ современной клиники.

Во 2-хъ, большое подспорье для діагноза даетъ намъ вторая половина нашего объективнаго изслѣдованія—изслѣдованіе больного *in toto*. Наличие, кромѣ артрита, другихъ проявленій сифилиса или слѣдовъ его, включая сюда и *habitus* больного при наследственныхъ формахъ, даютъ намъ часто не менѣе, если не болѣе цѣнныя данныя, чѣмъ самый тщательно собранный анамнезъ. По моимъ наблюденіямъ въ амбулаторіи Крестовоздвиженской Общины другія проявленія сифилиса, кромѣ артрита, отмѣчены 88 разъ на 185 случаевъ сифилитическихъ заболѣваній суставовъ.

Принимая вышесказанное во вниманіе, я позволю себѣ утверждать, что въ большемъ числѣ случаевъ, приблизительно въ 40—50% сифилитическихъ артропатій, для установки вполне обоснованнаго діагноза мы вовсе не нуждаемся въ анамнезѣ, а можемъ и должны обходиться однимъ объективнымъ изслѣдованіемъ больного сустава и самого больного.

Ерго—въ большемъ числѣ случаевъ нельзя не признавать артрита сифилитическимъ только потому, что сифилиса нѣтъ въ анамнезѣ больного. Въ полной справедливости этого положенія вы лично убѣдитесь въ ближайшемъ будущемъ при клиническомъ разборѣ нѣкоторыхъ нашихъ случаевъ.

Однако не надо забывать, что остается вторая, можетъ быть болѣшая половина сифилитическихъ артритовъ, гдѣ объективное изслѣдованіе, мѣстное и общее, не даетъ намъ достаточнаго матеріала для нашего діагноза и гдѣ мы, слѣдовательно, *volens-nolens*, принуждены искать опоры нашимъ подозрѣніямъ въ анамнестическихъ и біографическихъ данныхъ. Но и здѣсь мы обычно встрѣчаемся съ немалыми затрудненіями, такъ какъ сифилитики очень часто скрываютъ свой анамнезъ или не знаютъ, что подверглись когда-то зараженію; поэтому собраніе анамнестическихъ данныхъ у сифилитика требуетъ со стороны врача извѣстнаго умѣнья и навыка, а использование біографическихъ данныхъ—извѣстнаго житейскаго опыта. Вотъ почему въ главѣ о распознаваніи сифилитическихъ артритовъ вопросъ о правильной оцѣнкѣ всякаго рода данныхъ, не считая объективнаго изслѣдованія, доказывающихъ, что данный больной сифилитикъ—получаетъ именно здѣсь особенно важное практическое значеніе и вполне заслуживаетъ самаго подробнаго и детальнаго разсмотрѣнія.

Для болѣе систематическаго изложенія вопроса о діагнозѣ при сифилитическихъ артропатіяхъ считаю полезнымъ указать, что при постановкѣ распознаванія мы должны считаться здѣсь со слѣдующими возможными комбинаціями въ томъ матеріалѣ, который можетъ лечь въ основу нашихъ сужденій и привести насъ къ извѣстному, опредѣленному заключенію.

I. Субъективныя жалобы больного и объективныя мѣстныя явленія въ больномъ суставѣ вполнѣ или отчасти характерны для сифилитическаго артрита, причемъ:

1) Больной откровенно сообщаетъ, что болѣлъ сифилисомъ, или что ему извѣстно о болѣзни его родителей, или, наконецъ, родители не скрываютъ бывшей у нихъ инфекціи.

2) Больной или его родители отрицаютъ бывшее зараженіе или не знаютъ о немъ, но зато въ анамнезѣ и въ біографическихъ свѣдѣніяхъ о больномъ или его семьѣ удается уловить, безъ вѣдома больного, болѣе или менѣе ясныя указанія, что инфекция имѣла мѣсто.

3) Больной или его семья отрицаютъ бывшее заболѣваніе, а изъ анамнеза добыть какія-либо указанія не удастся, но у больного имѣются, кромѣ артрита, на который онъ собственно жалуется, другія ясныя проявленія третичнаго сифилиса—рубцы, гуммы, язвы, кожные сифилиды, періоститы и т. п.

4) Больной или его семья отрицаютъ сифилисъ, анамнезъ ничего не даетъ и у больного, кромѣ даннаго заболѣванія сустава, никакихъ другихъ проявленій lues'a не имѣется.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ болѣе опытный врачъ можетъ поставить діагнозъ на основаніи объективнаго изслѣдованія и подкрѣпить его въ первыхъ трехъ случаяхъ остальными, собранными имъ данными, въ четвертомъ случаѣ ему останется только довольствоваться однимъ объективнымъ изслѣдованіемъ. Менѣе опытный врачъ въ первыхъ трехъ случаяхъ можетъ быть наведенъ на правильный путь данными анамнеза и общаго изслѣдованія больного и затѣмъ лишь правильно оцѣнить характеръ самого артрита, но во всякомъ случаѣ и для малоопытнаго правильное распознаваніе большихъ затрудненій здѣсь представить не можетъ. Для 4-го случая нельзя отрицать, что удачный діагнозъ будетъ въ значительной степени зависѣть отъ клинической опытности и образованія изслѣдующаго, но и при этомъ условіи въ случаяхъ этой категоріи полная увѣренность въ правильности распознаванія окажется иногда возможной только *ex juvantibus*.

II. Имѣющееся у больного заболѣваніе сустава, какъ по субъективнымъ жалобамъ больного, такъ и по даннымъ объективнаго изслѣдованія мѣстныхъ явленій, мало характерно для сифилитическаго артрита или даже вовсе не характерно.

Само собою разумѣется, что и здѣсь мы встрѣчаемся съ тѣми же возможными комбинаціями, какъ и въ случаяхъ I категоріи: признаніе си-

филиса и отрицание его, наличие анамнеза или других типичных проявлений болезни, отсутствие того или другого и, наконец, полное отсутствие всякого рода побочных указаний, а между тем, путем исключения, мы приходимъ къ выводу, что предъ нами именно случай сифилитического артрита.

Стоить-ли говорить, что въ этой II категоріи случаевъ слѣдуетъ прежде всего попытаться по возможности строго дифференцировать данное у больного заболѣваніе сустава отъ всякаго рода другихъ заболѣваний, схожихъ съ нимъ по своей клинической картинѣ, а затѣмъ искать подтвержденія своихъ подозрѣній въ разныхъ побочных указаніяхъ. Чѣмъ меньше этихъ послѣднихъ, тѣмъ труднѣе дѣлается положеніе діагностики, и, наконецъ, легко представить себѣ такую бѣдность матеріала для цѣлей распознаванія, что таковое должно стать невозможнымъ, даже для самаго опытнаго и тонкаго клинициста. При такихъ обстоятельствахъ существеннымъ критеріемъ для діагноза является пробное специфическое леченіе, но, какъ мы увидимъ ниже, иногда— правда очень рѣдко— и безрезультатность леченія еще не служитъ доказательствомъ, что данное заболѣваніе— не сифилитическое.

Начнемъ съ оцѣнки данныхъ въ первомъ, самомъ простомъ случаѣ, когда больной или его родители признаютъ, что болѣли сифилисомъ.

Здѣсь прежде всего я долженъ вамъ напомнить, что съ такого рода признаніями вы встрѣтитесь на практикѣ рѣдко; такъ, на 185 случаевъ сифилитическихъ артритовъ у малополлигентныхъ больныхъ въ амбулаторіи Общины я могъ отмѣтить только 6 случаевъ, гдѣ больные говорили откровенно о бывшемъ зараженіи; для высшихъ слоевъ общества у меня нѣтъ цифровыхъ данныхъ, но я не сомнѣваюсь, что и здѣсь люди не откровеннѣе, а, пожалуй, еще болѣе скрытны.

Конечно, признаніе больного большой козырь въ нашихъ рукахъ при постановкѣ діагноза, но въ темныхъ случаяхъ II категоріи съ нимъ слѣдуетъ обращаться осторожно и не вѣрить слѣпо всѣмъ разсказамъ больныхъ. Никогда не удовлетворяйтесь краткимъ отвѣтомъ больного, что у него былъ сифилисъ, а всегда спросите, чѣмъ болѣзнь проявлялась, чѣмъ и какъ его лечили. Публика часто смѣшиваетъ венерическія заболѣванія съ сифилисомъ и легко можетъ оказаться, что у больного, считающаго себя сифилитикомъ, на повѣрку оказывается въ анамнезѣ уретритъ; имѣйте въ виду, что такія невѣрные анамнестическія данныя въ неясныхъ случаяхъ могутъ только ввести васъ въ заблужденіе. Кромѣ того, не забывайте, что у нѣкоторыхъ людей существуетъ какая-то болѣзненная боязнь сифилиса. У мужчинъ всѣхъ слоевъ общества эта боязнь, доходящая чуть не до психоза, встрѣчается не такъ рѣдко; такимъ субъектамъ постоянно грезится, что они заражены или перенесли незамѣченный врачомъ сифилисъ, и они очень склонны всякое болѣзненное явленіе въ своемъ организмѣ считать за проявленіе или послѣдствіе запущеннаго lues'a. Очень инте-

ресную форму *syphylidophobiae*—настоящего психоза—мнѣ не разъ приходилось встрѣчать между нашими русскими крестьянками.

Въ моей молодости въ одной изъ большихъ амбулаторій Петербурга подобныя психопатки не разъ вводили меня въ заблужденіе, пока я не изучилъ ихъ и не понялъ въ чемъ дѣло. Обычно это женщины, дѣвушки и замужнія, живущія въ деревнѣ, пораженной сифилисомъ, а такихъ деревень, какъ вы знаете, у насъ не мало. Наслышавшись отъ повитухъ, фельдшеровъ, врачей, а также и отъ товарокъ о всѣхъ ужасахъ застарѣлаго сифилиса, заносимаго въ деревню большею частью мужчинами съ отхожихъ промысловъ, и видя себя окруженными сифилитиками, женщины эти проникаются такимъ страхомъ заразиться отъ мужей или просто отъ сосѣдей, что только объ этомъ и думаютъ; въ концѣ-концовъ онѣ считаютъ и себя зараженными и, не довѣряя врачебной помощи въ деревнѣ, отправляются лечиться въ городъ. Здѣсь онѣ обычно являются въ популярныя амбулаторіи въ страшно угнетенномъ состояніи духа; съ запуганнымъ видомъ, очень таинственно сообщаютъ онѣ, что у нихъ болитъ въ носу и горлѣ, что проваливается носъ, что измѣнился голосъ, что ломитъ кости и «сгибы» и т. п., а иногда прямо говорятъ, что у нихъ «дурная болѣзнь»; иногда приводятъ онѣ и дѣтей. Это особые типы, съ которыми надо быть знакомымъ, чтобы потомъ узнавать ихъ съ перваго взгляда, по первому ихъ отвѣту. Обыкновенно онѣ очень упорны въ своихъ разказахъ, привязчивы и, чтобы убѣдить врача въ своей болѣзни, даже лгутъ; увѣрить ихъ въ томъ, что онѣ здоровы, очень трудно, подчасъ невозможно. Если у такого субъекта, или у ея ребенка въ особенности, имѣется неясное хроническое заболѣваніе сустава, то у малоопытнаго врача діагностическая ошибка готова. Извиняюсь за эти подробности, но я позволилъ себѣ сообщить вамъ ихъ, такъ какъ знакомство съ этимъ типомъ quasi-больныхъ особенно полезно для тѣхъ изъ васъ, кои намѣрены работать въ деревнѣ.

Понятно, что при наличности типичнаго сифилитическаго пораженія сустава и признанія больного въ томъ, что онъ подвергся зараженію, діагнозъ упрощается *ad maximum*.

Примѣромъ такого простѣйшаго случая можетъ служить слѣдующая исторія болѣзни изъ нашей клиники:

(17) В. П., ремесленникъ, холостой, поступилъ въ клинику, жалуясь на опухоль праваго колѣннаго сустава и невозможность ходить безъ палки.

Б. финляндскій уроженецъ, живетъ въ Петербургѣ. Отецъ его умеръ 48 лѣтъ отъ рака прямой кишки, мать, 54 лѣтъ, жива, болѣетъ почками; больной былъ единственнымъ ребенкомъ въ семьѣ. Въ дѣтствѣ два раза перенесъ корь. 14 лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ; лечился отъ твердаго шанкра и получилъ 16 втираній. Черезъ 9 лѣтъ на лѣвой голени открылась язва; лечился въ специальной больницѣ для сифилитиковъ, гдѣ ему были сдѣланы 9 глубокихъ впрыскиваній *hydrargyri salicyl.*; язва зажила. Болѣе года тому назадъ замѣтилъ хрустъ въ правомъ колѣнѣ, а мѣсяца черезъ два по-

явилась опухоль сустава и боли—трудно было стоять; затѣмъ онъ сталъ страдать отъ ночныхъ болей. 5 мѣсяцевъ снова пролежалъ въ больницу для сифилитиковъ, гдѣ получилъ 80 (!) втираний ungu. mercurial. по 2,0 и 13 банокъ іодистаго калия изъ 4,0 на 180,0. Послѣ этого боли исчезли, но опухоль колѣна осталась, и больной обратился за помощью въ клинику.

Б. хорошаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы и т<sup>0</sup> нормальны.

Правый колѣнный суставъ рѣзко увеличенъ, шарообразной формы; кожа не измѣнена; мѣстная т<sup>0</sup> на-ощупь повышена въ сравненіи съ лѣвымъ колѣномъ. Капсула неравномѣрно утолщена и неравномѣрно растянута жидкимъ экссудатомъ; при ощупываніи замѣтенъ мягкій хрустъ; patella patans; суставные концы tibiae et femoris, особенно мышелки бедренной кости, значительно утолщены. Окружность: надъ чашкой на прав. 38,5 см., на лѣв.—34,5; чрезъ средину patellae 40,5 и 36; подъ чашкой 39,5 и 34.

Разгибаніе въ больномъ колѣнѣ полное; сгибаніе до прямого угла; боковая подвижность; при движеніяхъ—хрустъ. Вслѣдствіе расслабленія связочнаго аппарата невозможность ходить безъ палки.

Диагнозъ: osteoperiostitis gummosa femoris et tibiae (эпифизовъ) et hydrops fibrinoso-villosus genu syphiliticus.

Б. принять въ клинику docendi causa; назначенъ КJ въ восходящихъ дозахъ и больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

Въ данномъ случаѣ для сифилитической водянки колѣна слѣдуетъ признать характернымъ: неравномѣрныя утолщеніе и растяженіе капсулы, мягкій хрустъ, утолщеніе эпифизовъ, ночныя боли и сравнительно незначительное нарушеніе функціи конечности (несмотря на то, что колѣно болитъ болѣе года, больной можетъ ходить, хотя и съ палкой). Этихъ объективныхъ данныхъ уже достаточно для распознаванія, но больной признаетъ, что онъ болѣлъ сифилисомъ, а изъ его разсказовъ ясно, что онъ дѣйствительно перенесъ инфекцію. Такимъ образомъ, и для малоопытнаго описанный случай этотъ вполне ясенъ.

А вотъ еще такая больная, только что обратившаяся въ амбулаторію клиники съ жалобами на опухоль и неполную подвижность въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ.

(18) Эта женщина, 35 лѣтъ, жена мастерового, жительница Петербурга. Она второй разъ замужемъ; отъ перваго брака дѣтей не было, отъ втораго мужа была 3 раза беременна, 2 раза выкинула, а 3-я беременность окончилась преждевременными родами. Локоть болитъ около года.

Б., какъ вы видите, представляется плохо упитанной, истощенной женщиной, на видъ старше своего возраста. Внутренніе органы здоровы; т<sup>0</sup> нормальная.

Лѣвый локоть веретенообразно припухъ, причемъ опухоль равномерно занимаетъ всю окружность сустава, сгладивъ всѣ контуры костей. Кожа въ области сустава краснѣе нормальной и малоподвижна; мѣстная т<sup>0</sup> повышена; зыбленія нигдѣ не ощущаются, а опухоль довольно плотной консистенціи, не пастозна. Конечность согнута въ локтѣ подъ тупымъ угломъ; разгибаніе дальше этого угла невозможно; сгибаніе пассивно съ трудомъ и болью возможно почти до



прямого угла. Мышечки плечевой кости при давленіи болѣзненны; *ulna* ниже *olecranon*'а, какъ будто нѣсколько утолщена. Сильныя боли въ суставѣ по ночамъ.

Въ этомъ случаѣ можно дифференцировать только между гуммознымъ артритомъ и туберкулезомъ сустава. Однако периартикулярная инфильтрація, сравнительно небольшая болѣзненность и не соответствующее опухоли сустава нарушение функціи конечности, при типичныхъ сильныхъ боляхъ ночью, заставляютъ насъ остановиться на діагнозѣ гуммознаго артрита; долженъ отмѣтить, что въ данномъ случаѣ объективные признаки въ больномъ суставѣ лишь отчасти характерны для *lues*'а — кто много видѣлъ сифилитическихъ артритовъ, тотъ съ большимъ вѣроятіемъ признаетъ, только на основаніи объективнаго изслѣдованія сустава, сифилитическій характеръ этого пораженія, но все-же исключить съ полной увѣренностью туберкулезъ не сочтеть себя вправѣ; на помощь, однако, у этой больной является анамнезъ; бывшіе выкидыши и затѣмъ преждевременные роды, при наличности ночныхъ болей, въ значительной степени подтверждаютъ наше предположеніе и заставляютъ насъ, съ почти полной надеждой на успѣхъ, предложить больной специфическое леченіе, что мы и сдѣлали. Когда больная изъ нашихъ распросовъ и назначенія ей іодистаго калия замѣтила, что мы поняли, съ чѣмъ имѣемъ дѣло, она сама сказала моему ассистенту, что К.І. ей несомнѣнно поможетъ, такъ какъ она имъ уже пользовалась, и это потому, что она дѣйствительно болѣла сифилисомъ; которымъ она заразилась отъ перваго мужа. Сифилисомъ врачи своевременно объясняли и бывшіе у нея абортъ. Такимъ образомъ, ясно, что и въ этомъ случаѣ распознаваніе могло бы быть поставлено и безъ признанія больной, но это послѣднее здѣсь все-же для насъ цѣнно, потому что придаетъ нашему діагнозу уже полную увѣренность.

Если, однако, подобнаго рода анамнезы, какъ въ этихъ двухъ случаяхъ, рѣдки при приобрѣтенномъ сифилисѣ, то они встрѣчаются еще гораздо рѣже при сифилисѣ наслѣдственномъ. Понятно, что обычно больные не знаютъ о заболѣваніи *lues*'омъ своихъ родителей; очень рѣдко и родители, консультируя врача ради болѣзни своихъ дѣтей, сообщаютъ ему о бывшемъ у нихъ заболѣваніи, хотя все-же это бываетъ, какъ мы это увидимъ въ одной исторіи болѣзни, которую я приведу ниже.

Перехожу теперь къ случаямъ, когда больные отрицаютъ бывшее у нихъ зараженіе.

Малоинтеллигентные мужчины, а особенно женщины, обыкновенно отрицаютъ *lues* просто потому, что не знаютъ о бывшей у нихъ болѣзни и цѣлому ряду симптомовъ ея, малозначащихъ въ ихъ глазахъ, не придаютъ никакого значенія, либо забываютъ о нихъ. Въ интеллигентныхъ слояхъ общества бывшую инфекцію чаще сознательно скрываютъ, чѣмъ о ней не знаютъ, хотя послѣднее встрѣчается даже между самыми образованными людьми и — *horribile dictu* — даже между врачами.

Припоминаю одного стараго врача, моего бывшаго сослуживца, чело-  
вѣка лѣтъ 60, отца взрослыхъ дѣтей; онъ отличался, правда, небольшими  
познаніями, своей неопратностью и тѣмъ, что уже очень мало обращалъ  
вниманія на свою «персону». Въ одинъ прекрасный день онъ явился  
на службу, жалуясь на «какой-то нарывъ» на твердомъ небѣ, и просилъ  
товарищей осмотрѣть его. «Нарывъ» показался намъ подозрительнымъ,  
такъ какъ больше походилъ на распадающуюся гумму. На нашъ вопросъ—  
быль-ли у коллеги сифилисъ, старикъ совершенно добродушно и чисто-  
сердечно сталъ утверждать, что никогда не имѣлъ ничего похожего на  
язву и вторичныя явленія сифилиса; и ему, къ сожалѣнію, безъ особаго  
труда удалось убѣдить насъ всѣхъ въ необоснованности нашего предпо-  
ложенія. Однако вскорѣ послѣ этого онъ пересталъ являться на службу,  
и мы узнали, что у старика распадъ «нарыва» шелъ впередъ гигант-  
скими шагами и быстро привелъ къ перфораціи твердаго неба; одно-  
временно развился такъ-же быстро безпричинный маразмъ (очень харак-  
терное теченіе поздняго гуммознаго сифилиса у стариковъ), и еще че-  
резъ непродолжительное время онъ долженъ былъ оставить службу вслѣд-  
ствіе появившихся симптомовъ прогрессивнаго паралича, отъ котораго онъ  
и погибъ очень скоро. Мы всѣ не сомнѣвались, что старикъ былъ со-  
вершенно искрененъ и дѣйствительно когда-то не замѣтилъ у себя, вѣ-  
роятно, очень легко протекавшаго сифилиса. Въ другихъ подобныхъ  
случаяхъ настаиваніемъ и повторными распросами удается добиться истины,  
хотя больной дѣйствительно не зналъ до тѣхъ поръ, что когда-то за-  
разился.

Много лѣтъ тому назадъ ко мнѣ обратился очень извѣстный педагогъ,  
нѣмецъ, лѣтъ 50, отецъ большой семьи,—очень ученый, умный и разум-  
ный челоуѣкъ. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ онъ оступился, взбираясь  
на библиотечную лѣстницу, и ушибъ себѣ *cristam tibiae*. Вскорѣ кость  
опухла и появились невыносимыя ночныя боли. Онъ обращался къ нѣ-  
сколькимъ врачамъ, но облегченія не получалъ; нѣкоторые, осмотрѣвъ  
голень, спрашивали его, не было-ли у него сифилиса, что его очень  
раздражало, такъ какъ, по его словамъ, онъ вообще никогда ничѣмъ  
болень не былъ; врачи удовлетворялись этимъ отвѣтомъ и больше не  
настаивали, а голень продолжала пухнуть и болѣть. Найдя у этого  
господина типичный гуммозный остеоперіоститъ, я назначилъ ему энергич-  
ное специфическое леченіе, сказавъ ему прямо объ этомъ. Улучшеніе  
не заставило себя долго ждать, а затѣмъ больной совершенно выздоровѣлъ.  
Навѣстивъ меня черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, онъ сообщилъ мнѣ, что  
убѣдившись самъ въ характерѣ своей болѣзни, онъ долго перебиралъ въ  
своей памяти всѣ детали своей холостой жизни и могъ припомнить только  
одно, что въ послѣдній годъ студенчества онъ какъ-то послѣ сношенія замѣ-  
тилъ на половомъ органѣ легкую ссадину, которая черезъ нѣсколько дней  
зажила. На мои дальнѣйшіе распросы, не было-ли у него послѣ этого какой-  
либо сыпи, онъ еще припомнилъ, что въ томъ-же году какъ-то разъ въ

банѣ замѣтилъ на тѣлѣ розовую сыпь, но приписалъ ее укусамъ блохъ, которыя въ его квартирѣ иногда водились; затѣмъ объ этой сыпи онъ больше не думалъ и ея не видѣлъ. На мой вопросъ, когда онъ сталъ терять волосы (онъ былъ лысъ), онъ отвѣтилъ, что при окончаніи курса (значитъ въ тотъ-же годъ!), отъ усиленныхъ занятій. «Ну ужъ больше я вамъ ничего прибавить не могу»,—закончилъ мой больной. Для меня и этого было достаточно; стало яснымъ, что больной нашъ перенесъ одну изъ тѣхъ легкихъ формъ сифилиса, которыя хорошо извѣстны сифилидологамъ, такъ нерѣдко просматриваются больными, а затѣмъ черезъ многіе годы проявляются въ видѣ необъяснимыхъ гуммозныхъ процессовъ.

Если нѣкоторые больные, какъ мы только что видѣли, отрицаютъ бывшее заболѣваніе безсознательно, то есть и еще типъ больныхъ, самый опасный для молодыхъ врачей,—это тѣ больные, которые не только скрываютъ зараженіе, но прибѣгаютъ еще къ разнымъ уловкамъ, чтобы обить врача съ правильнаго пути.

Одинъ очень извѣстный петербургскій сифилидологъ прислалъ мнѣ какъ-то своего пріятеля, помѣщика, съ 14—15-лѣтнимъ сыномъ. У мальчика былъ *hydrops genu*, очень характерный, но никакихъ другихъ проявленій наследственнаго lues'a не было; меня удивило, что никакого своего мнѣнія о болѣзни мальчика сифилидологъ мнѣ не сообщилъ; отецъ особенно энергично настаивалъ, что у мальчика туберкулезъ; объ этомъ будто сказалъ ему его домашній деревенскій врачъ, которому онъ очень вѣритъ. «Да ничего другого и быть не можетъ; я самъ никогда ничѣмъ не болѣлъ, да и другія дѣти мои всѣ здоровы»,—подчеркивалъ отецъ. Я назначилъ антисифилитическое леченіе. Просмотрѣвъ рецепты, отецъ выслалъ мальчика изъ кабинета и сталъ увѣрять меня, что хотя онъ и старый другъ сифилидолога, но это еще не значитъ, что онъ его паціентъ. «Впрочемъ, спросите его сами; если же вы думаете, что такое леченіе принесетъ пользу и при туберкулезѣ, то надо его испытать». Мальчикъ поправился. «Довольны ли вы моимъ леченіемъ сына вашего друга?»—спросилъ я какъ-то сифилидолога, встрѣтившись съ нимъ. «Очень»,—отвѣтилъ мнѣ многозначительно этотъ большой знатокъ людей, — «тѣмъ болѣе, что вы вылечили этого мальчика іодистымъ калиемъ, когда вы должны были знать, что я отца его никогда не лечилъ».

Другой нашъ извѣстный сифилидологъ прислалъ мнѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ своего слугу, съ 4—5-лѣтнимъ сыномъ; у ребенка былъ *tumor albus* колѣна; *habitus* ребенка и объективное изслѣдованіе сустава сразу вселило во мнѣ подозрѣніе на lues. Замѣтивъ изъ моихъ вопросовъ, куда я клоню, отецъ поспѣшилъ мнѣ заявить: «я столько насмотрѣлся у моего хозяина на всѣ ужасныя послѣдствія сифилиса, что, повѣрьте, сказалъ бы вамъ ради ребенка всю правду, если бы самъ былъ когда-либо боленъ». Іодистый калий помогъ и здѣсь. Сифилидологъ давно умеръ; слуга его съ ребенкомъ исчезли съ

моего горизонта. Черезъ нѣсколько лѣтъ одинъ мой товарищъ, большой другъ покойнаго сифилидолога, какъ-то вспоминая о немъ въ разговорѣ со мной, упомянулъ почему-то и о его слугѣ, которымъ его другъ особенно дорожилъ: «это былъ рѣдкій человѣкъ, сначала онъ былъ его пациентомъ, а потомъ поступилъ къ нему на службу и сталъ самымъ преданнымъ его слугою»,—добавилъ мой собесѣдникъ,—«да вы, вѣроятно его помните, вы, вѣдь, лечили его сына».

Вы все знаете пользующуюся у насъ въ клиникѣ еврейку, среднихъ лѣтъ, страдающую тяжелой формой очень сложнаго полиартрита; вы помните, что при разборѣ этого случая мы высказывали, на основаніи объективнаго изслѣдованія, почти полную увѣренность, что эта больная, между прочимъ, страдаетъ и гуммознымъ лues'омъ, но окончательно доказать это не могли, такъ какъ при самыхъ тщательныхъ и повторныхъ вопросахъ намъ не удавалось найти въ анамнезѣ и намека на перенесенный сифилисъ; лечение громадными дозами іода дало прекрасный результатъ; однако нѣкоторое сомнѣніе въ правильности нашихъ подозрѣній все же оставалось, а между тѣмъ съ чисто научной точки зрѣнія мнѣ было особенно интересно самому безусловно доказать у этой больной наличность сифилиса. Случай помогъ мнѣ: больная, бѣдная женщина, обратилась за денежнымъ пособіемъ въ еврейское благотворительное общество, но получила отказъ; мой ассистентъ, желая помочь ей, пожелалъ переговорить съ представителемъ этого благотворительнаго общества, который и объяснилъ, что по существующимъ у нихъ правиламъ пособіе можетъ быть выдано только разъ въ годъ, больная же наша въ этомъ году пособіе уже получила, когда лечилась въ спеціальной больницѣ для сифилитиковъ, здѣсь въ Петербургѣ; намъ же больная сказала, что пріѣхала въ клинику прямо изъ провинціи.

Вотъ, мм. гг., какъ узнается иногда анамнезъ у нѣкоторыхъ больныхъ, который они такъ тщательно отъ насъ скрываютъ.

Наконецъ, нѣредко встрѣчаются и такіе субъекты, которые усиленно отрицаютъ сифилисъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ, въ сущности, очень довольны, если вы ихъ поняли, не вѣрите имъ, не говоря имъ, конечно, объ этомъ, и назначаете имъ специфическое леченіе, съ которымъ они отлично знакомы. У меня былъ одинъ такой больной, интеллигентный человѣкъ; онъ періодически нѣсколько лѣтъ съ успѣхомъ лечился у меня іодомъ и ртутными препаратами, но почти при каждомъ своемъ посѣщеніи начиналъ разговоръ съ одной и той же фразы: «вы помните, профессоръ, что я сифилисомъ никогда не болѣлъ, но почему-то меня отъ него всегда считали нужнымъ лечить»... и т. д. Такимъ больнымъ не говорите, чѣмъ они больны,—они знаютъ это такъ же хорошо, какъ и вы, но не хотятъ этого знать.

Со всеми этими разновидностями психологіи многихъ сифилитиковъ совѣтую вамъ всегда считаться при собираніи анамнестическихъ и біографическихъ данныхъ. Вы уже видѣли, что на прямой вашъ вопросъ—

«былъ-ли у васъ сифилисъ?»—вы рѣдко получите отвѣтъ. Къ тому же есть масса случаевъ, гдѣ и вопроса этого прямо поставить нельзя, какъ, напр., у женщинъ и очень молодыхъ людей. Поэтому-то въ большинствѣ случаевъ намъ приходится опрашивать нашихъ пациентовъ по известной системѣ и затѣмъ уже, на основаніи добытыхъ данныхъ, самимъ, возможно объективнѣе, рисовать себѣ картину ихъ жизни и анамнеза. Дѣлать этотъ опросъ надо очень умѣло, деликатно и осторожно, иногда, чтобы не оскорбить больного въ его самыхъ интимныхъ чувствахъ, иногда, чтобы перехитрить его, когда замѣтно, что онъ что-то скрываетъ. Нельзя же, напр., за рѣдкими исключеніями, спросить прямо женщину, не болѣлъ-ли ея мужъ сифилисомъ, и не заразилъ-ли ее; нельзя спросить того же у матери больного ребенка; даже съ нѣкоторыми мужчинами надо умѣть говорить. Рѣдкая женщина признается прямо, что у ея мужа былъ lues, а тѣмъ болѣе, что онъ заразилъ ее—большею частью жены этого не знаютъ, а если и знаютъ, то скрываютъ; матери тоже; мы видѣли, что даже отцы всѣми силами избѣгаютъ подчасъ этого признанія; сифилисъ въ семьѣ считается семейной тайной; въ крайности вамъ скажутъ, что была больна кормилица. Совѣтую вамъ твердо помнить, что врачъ можетъ и долженъ многое понимать, но часто не показывать, что онъ понимаетъ.

Распросите у женщины подробно исторію ея беременностей, выкидышей, родовъ, узнайте все, что можно о здоровьѣ ея дѣтей, — и вы часто узнаете больше, чѣмъ вамъ нужно знать для вашихъ цѣлей. Спрашивая вашего пациента о перенесенныхъ имъ болѣзняхъ не довольствуйтесь названіями, а выясните, какія были проявленія этихъ болѣзней, чѣмъ и какъ больного лечили, тогда многія данныя изъ анамнеза представятся вамъ въ совершенно другомъ свѣтѣ.

Какъ часто мнѣ приходилось слышать отъ молодого ординатора, что у такого-то больного lues'a не было. Почему вы это знаете?—спрашиваетъ молодого коллегу.—Да больной говоритъ, что у него ничего такого не было.—Вы женаты?—обращаешься къ больному.—Да.—А дѣти есть?—Нѣтъ.—А были?—Одинъ, да и тотъ умеръ маленькимъ.—А сколько разъ ваша жена была беременной?—Нѣсколько разъ, но сначала никакъ доносить не могла, а затѣмъ родила, но ребенокъ былъ слабенькій и вскорѣ умеръ.—Какія болѣзни перенесъ больной?—Обращаешься къ ординатору.—Ревматизмъ.—Какой ревматизмъ?—Больной не умѣетъ объяснить.—Что у васъ болѣло, когда былъ ревматизмъ?—снова допытываетъ больного.—Ломота была, больше въ ногахъ.—Что же у васъ суставы болѣли?—Нѣтъ, кости ломило, пониже колѣнъ.—Ломота постоянная была или временами?—Нѣтъ, не постоянно ноги болѣли, днемъ ничего, работаешь, а вотъ ночью покоя не давало, какъ зубъ ломило, особенно съ вечера; среди ночи утихнеть, а къ утру и болей нѣтъ.—Чѣмъ же васъ лечили?—Давали растиранія отъ ревматизма.—Что же

это растираніе была жидкость или мазь?—Мазь, такая сѣрая; каждый день въ разныя мѣста давали втирать... и т. д.

Послѣ такой бесѣды мой юный коллега уже твердо зналъ, какъ надо узнавать отъ малоразвитаго больного, какіе у него были «ревматизмы», отчего у его жены были выкидыши и т. п.

Позвольте теперь демонстрировать вамъ больную, которая лечилась у насъ два года тому назадъ и теперь пришла снова за совѣтомъ, такъ какъ опять чувствуетъ боли. Исторія болѣзни этой дѣвушки хорошо иллюстрируетъ ту группу случаевъ, гдѣ при болѣе или менѣе характерномъ артритѣ діагнозъ подтверждается нѣкоторыми данными анамнеза или другими проявленіями lues'a.

(19) М. Н., дѣвушка 25 лѣтъ, поступила въ клинику, жалуясь на боли въ правомъ колѣнномъ суставѣ и въ правомъ тазобедренномъ.

Б. родилась въ Петербургѣ, гдѣ была въ школѣ и гдѣ живетъ постоянно при сравнительно хорошихъ условіяхъ.

Отцу 73 года, служить въ заводской конторѣ, страдаетъ порокомъ сердца и расширеніемъ венъ. У матери, которой 63 года, какая-то женская болѣзнь. Кромѣ нашей больной въ семьѣ было еще 7 дѣтей: 4 брата и 3 сестры. Старшему брату 36 лѣтъ, младшему 27 лѣтъ; двое умерли, по словамъ больной, отъ чахотки. Всѣ три сестры умерли: самая старшая въ раннемъ дѣтствѣ, другая 29 лѣтъ—отъ чахотки, третья 2 лѣтъ<sup>9</sup>—отъ «воспаленія мозга». Б. менструируетъ съ 12 лѣтъ; перенесла корь, скарлатину, дифтеритъ, воспаление легкихъ и дизентерію. Пяти лѣтъ, послѣ попавшей въ лѣвый глазъ искры, получила кератитъ, отъ котораго многократно лечилась въ специальныхъ (глазныхъ) больницахъ и клиникахъ, гдѣ ей разъ было сдѣлано 22—25 втираній ртутной мази, а другой разъ она лечилась іодистымъ калиемъ. Вслѣдствіе оставшагося значительнаго помутнѣнія роговицы, ей были сдѣлана операція; осталось пониженіе зрѣнія. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назадъ она упала и сильно ушибла правое колѣно; врачъ опредѣлилъ воспаление сустава и назначилъ компрессы изъ раствора карболовой кислоты; на кожѣ больного колѣна образовались язвы, которыя, несмотря на лечение, не заживали годъ; зарубцовались онѣ послѣ назначенія ртутнаго пластыря и КJ внутри.

Колѣно продолжало болѣть, оставалось припухшимъ и препятствовало ходить; боли были постоянныя, усиливались при ходьбѣ и особенно беспокоили ночью. Года 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тому назадъ больная замѣтила рѣзкій хрустъ колѣна. Недавно замѣтила укороченіе правой нижней конечности, а за послѣдніе мѣсяцы появились боли, тоже больше ночью, въ области праваго тазобедреннаго сустава. Колѣно лечили постоянно; временное улучшеніе получалось отъ покоя, неподвижныхъ повязокъ и пріемовъ внутрь іодистаго калия. Массажъ приносилъ ухудшеніе—послѣ каждаго сеанса сильныя боли, иногда повышеніе t<sup>0</sup>.

Б. хотя довольно крѣпкаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія представляется моложе своего возраста, дѣвушкой лѣтъ 16—18. Цвѣтъ кожи землисто-сѣрый, кахектической. На груди и спинѣ pityriasis versicolor. На лѣвой боковой сторонѣ шеи и въ правой паховой области глубокіе рубцы, оставшіеся отъ язвеннаго процесса въ дѣтствѣ, о которомъ больная не помнитъ. Паховыя железы нѣсколько увеличены. Типичныя Hutchinson'овскіе зубы. Глубокое помутнѣніе роговицы

лѣваго глаза отъ бывшаго кератита; въ этомъ глазу существуетъ только свѣтоощущеніе, очертанія предметовъ не видитъ этимъ глазомъ. Со стороны органовъ дыханія и сердца—норма; пульсъ 76, правильный. Аппетитъ плохъ, стулъ нормальный. Мочи 1.300; уд. в. 1011; бѣлка нѣтъ. Менструаціи черезъ двѣ недѣли, обильныя. Нервная система, кромѣ плаксивости и раздражительности, отклоненій отъ нормы не представляетъ. Т<sup>0</sup> не повышена.

Правая нижняя конечность приведена, повернута внутрь и укорочена на 3 см. Лордоза нѣтъ. Уголь приведенія=33°; при параллельномъ положеніи конечностей правая *spina ilei super. anter.* стоитъ соотвѣтственно выше лѣвой; верхушка *trochanter'a* по *Roser-Nelaton*'овской линіи, слѣдовательно укороченіе конечности кажущееся, вслѣдствіе контрактуры въ положеніи приведенія. Мускулатура бедра атрофирована: на 4 поперечн. пальца, выше *patellae* окружность бедра=32,5, на лѣвой=39 см. Опухли въ области прав. *coxae* нѣтъ. Движенія въ правомъ тазобедренномъ суставѣ ограничены и болѣзненны; болѣзненность ощущается при сгибаніи до угла 60°; давленіе на больш. вертелъ и на головку бедра тоже болѣзненно.

На передней поверхности праваго колѣна имѣется 4 подвижныхъ рубца, такой же въ подколенной ямкѣ. Очертанія сустава сглажены, объемъ его увеличенъ: окружность подъ *patella* справа 35 см., слѣва 32, черезъ средину *patellae* 35 и 34,5 надъ *patella* справа 34, слѣва 35 (атрофія).

Сумка утолщена и нѣсколько выпячивается подъ чашкой; суставные концы костей тоже нѣсколько утолщены, особенно суставной конецъ *tibiae*. Флюктуаціи и плаванія *patellae* нѣтъ.

Давленіе на мышелки бедра и эпифизъ *tibiae* болѣзненно. Разгибаніе свободно, сгибаніе ограничено, пассивно до 100°, активно—до 108°. При движеніяхъ мягкій хрустъ. Жалоба на сильныя ночныя боли и безсонницу. Ходитъ съ палкой, но съ трудомъ и сильно хромая.

Диагнозъ: *Lues hereditaria tarda*; *osteoarthritis hyperplastica villosa syphilit. genus dextr.*; *coxitis syphilit. (synovitis fibrosa cicatricans?) et contractura coxae.*

Леченіе. Назначено вытяженіе правой нижней конечности въ кровати, іодистый калий, начиная съ 3,0 *pro die* въ восходящихъ дозахъ, и теплыя ванны.

Боли значительно уменьшились, но не исчезли. Въ виду недостаточности результата послѣ 28 дней леченія, іодъ оставленъ и назначены инъекціи *hydrarg. salicyl.*, а съ 55 дня леченія, послѣ 7 инъекцій, добавлено снова КJ по 4,0 *pro die*, повышая дозы. На 66 день сдѣлана послѣдняя 8 инъекція, и больная оставлена на КJ.

На этотъ 66 день леченія отмѣчено: «боли въ конечности только при движеніяхъ. Правый глазъ видитъ лучше—видитъ ясно очертанія предметовъ».

На 80 день: «опухоль и окружность колѣна уменьшились».

На 82 день: «немного ходитъ безъ костылей».

На 86 день: «принимаетъ по 10,0 КJ. *pro die*».

На 93 день больная выписывается. За три мѣсяца пребыванія въ клиникѣ больная приняла всего 345,0 іодистаго калия, причемъ дозы въ 10,0 *pro die* не вызывали даже насморка; кромѣ того она получила, какъ уже сказано, еще 8 инъекцій *hydrargyri salicylici*. Въ результатѣ: боли въ суставахъ почти исчезли совершенно и не беспокоятъ боль-

ную; зрѣніе значительно улучшилось; общее самочувствіе, habitus, аппетитъ значительно улучшились; хотя ходить съ палкой, но вполне работоспособна—поступила конторщицей въ одно изъ подвѣдомственныхъ мнѣ учреждений, гдѣ и работаетъ до сихъ поръ, находясь такимъ образомъ подъ нашимъ наблюденіемъ. Болѣе 2-хъ лѣтъ послѣ леченія въ клиникѣ могла работать и ходить безъ палки. Въ послѣднее время снова появились ночныя боли и бессонница.

Вы видите, что данный случай представляется уже болѣе сложнымъ для распознаванія. Правда, изслѣдованіе колѣннаго сустава показываетъ довольно характерную картину сифилитическаго артрита, но зато нельзя сказать того же про пораженіе тазобедреннаго сустава—въ немъ кромѣ ночныхъ болей, которыя очень беспокоятъ больную, нѣтъ ничего характернаго для сифилитическаго заболѣванія сустава; отмѣтить здѣсь можно развѣ только не рѣзко выраженную картину коксита, что говоритъ противъ туберкулеза сохае, обычно протекающаго въ этомъ возрастѣ гораздо тяжелѣе, и сравнительно недостаточное нарушеніе функций конечности, если принять во вниманіе пораженіе двухъ большихъ суставовъ на одной конечности: больная, правда, ходитъ съ трудомъ, хромая и при помощи палки, но все же ходитъ, а наврядъ-ли можно было бы ожидать, что при такомъ же туберкулезномъ пораженіи она хоть сколько-нибудь могла бы пользоваться такой больной конечностью. Такимъ образомъ утилизируя въ этомъ случаѣ только одно объективное изслѣдованіе суставовъ, я позволилъ бы себѣ только предположить здѣсь сифилитическія артропатіи, но безъ другихъ данныхъ, подтверждающихъ мои предположенія, я не рѣшился бы увѣренно утверждать, что это такъ.

Однако общее изслѣдованіе больной прибавляетъ кое-какіе факты, говорящіе въ пользу моего предположенія; я имѣю въ виду: habitus больной, инфантилизмъ, старый кератитъ, Hutchinson'овскіе зубы и очень подозрительныя рубцы отъ язвенныхъ процессовъ въ разныхъ мѣстахъ тѣла. Оцѣнивая эти признаки совершенно безпристрастно, мы должны признать, что въ сущности шире мы можемъ воспользоваться только однимъ изъ нихъ, это—типичнымъ пораженіемъ зубовъ, такъ какъ habitus и инфантилизмъ могутъ быть выраженіемъ напр. вырожденія, а кератитъ и рубцы—послѣдствіемъ разныхъ другихъ причинъ.

Обращаясь теперь къ біографіи больной и принимая во вниманіе картину болѣзни, мы должны допустить, что если больная наша дѣйствительно страдаетъ сифилисомъ, то только наслѣдственной формой, а слѣдовательно и заключить а priori, что изъ анамнеза прямыхъ указаній на заболѣваніе родителей мы не получимъ. Оставалось еще извлечь изъ анамнеза тѣ данныя, кои указали бы намъ на сифилисъ ковеннымъ образомъ. Здѣсь наше вниманіе прежде всего останавливаетъ исторія кератита у больной и язвы въ области колѣна, а главное многократное примѣненіе разными врачами-специалистами антисифилитическаго леченія, безспорно дававшаго извѣстный эффектъ. Правда, кератитъ былъ вызванъ травмой, однако онъ затянулся и офтальмологи прибѣгли къ специфическому леченію; то же



и язвы въ области колѣна—онѣ были вызваны ожогомъ, но не зажи-вали годъ и зарубцевались только послѣ примѣненія іода и ртути. Все это рѣзко говоритъ за сифилисъ. Смущаетъ на первый взглядъ только тотъ фактъ, что изъ 7 братьевъ и сестеръ больной, по ея словамъ, два брата и одна сестра умерли отъ чахотки и еще одна сестра, 2-хъ лѣтъ,—отъ «воспаленія мозга», можетъ быть—отъ туберкулезнаго менингита. Обстоятельство это получаетъ особенно выдающееся значеніе при наличности хроническаго пораженія у нашей пациентки двухъ большихъ суста-вовъ—колѣна и сохае. Невольно напрашивался вопросъ, не происходитъ-ли больная изъ туберкулезной семьи и не представляютъ-ли у нея заболѣ-ванія суставовъ просто туберкулезъ ихъ. Однако, детальнѣе разобравшись въ имѣющихся у насъ данныхъ, не трудно придти къ выводу, что на-слѣдственный семейный туберкулезъ въ этой семьѣ наврядъ-ли допустимъ, родители больной живы и сравнительно здоровы и до сихъ поръ: отцу 73, матери 63 года. Очень вѣроятно, что ея братья и сестры либо умерли не отъ туберкулеза, либо легко инфицировались бугорчаткой просто потому, что организмы ихъ, ослабленные наслѣдственнымъ сифилисомъ, слабо противодѣй-ствовали зараженію туберкулезомъ; у нашей больной никакихъ проявленій такого зараженія ни въ ея анамнезѣ, ни въ ея организмѣ нельзя было найти.

Пожалуй, могъ возникнуть и еще одинъ вопросъ—не было-ли у нашей больной смѣшанной инфекціи, т. е. туберкулезнаго пораженія суставовъ на почвѣ наслѣдственнаго сифилиса?

Отвѣтить на это ни положительно, ни отрицательно, только на осно-ваніи имѣвшихся въ нашемъ распоряженіи данныхъ, мы тогда не могли, какъ вообще не можемъ пока отвѣтить на подобные вопросы въ нема-ломъ числѣ случаевъ. Къ счастью, специально въ данномъ случаѣ 2-лѣтнее наблюденіе за больной и результатъ леченія дали намъ воз-можность отвѣтить и на послѣдній вопросъ отрицательно и безъ коле-баній. Дальнѣйшее теченіе болѣзни было для больной безспорно бла-гопріятно, что наврядъ-ли мы увидѣли бы въ этомъ возрастѣ при инфек-ціи туберкулезомъ; еще болѣе доказательны были результаты леченія. О значенія результатовъ леченія іодомъ и ртутью, какъ контроля нашего діагноза, я подробнѣе скажу ниже, здѣсь же ограничусь одними замѣча-ніями; факты, что больная наша съ успѣхомъ перенесла такое энергич-ное введеніе въ ея организмъ іода и нѣкотораго количества ртути, что она не только ихъ перенесла, но и значительно поправилась, если не вполнѣ выздоровѣла, въ моихъ глазахъ, уже сами по себѣ доказываютъ два положенія: 1) что она дѣйствительно страдаетъ сифилисомъ, 2) что у нея нѣтъ при этомъ осложненія туберкулезомъ, и это вотъ почему: во 1-хъ, такая толерантность къ іоду особенно характерна для сифилитиковъ, во 2-хъ, у ту-беркулезныхъ іодъ обычно даетъ ухудшенія, а въ такихъ количествахъ ту-беркулезными больными чаще совершенно не переносится, и результатомъ та-кого введенія его является ухудшеніе, а не улучшеніе болѣзненнаго процесса.

Все приведенныя соображенія вполнѣ подтверждаютъ мой діагнозъ.

## Лекція VII.

Мм. Гг.

Въ прошлый разъ мы разсмотрѣли съ вами исторія болѣзней трехъ случаевъ; изъ нихъ первые два (17-й и 18-й); представляя характерныя, типичныя для сифилиса артропатіи, принадлежали, слѣдовательно, къ I-й категоріи нашей вышеприведенной группировки; третій случай (19-й) стоитъ на границѣ I-й и II-й категоріи, такъ какъ заболѣваніе одного сустава у этой больной—колѣннаго—было до извѣстной степени типично, въ другомъ—тазобедренномъ—ничего характернаго, кромѣ ночныхъ болей не имѣлось. Въ первыхъ двухъ случаяхъ діагнозъ упрощался вмѣстѣ съ тѣмъ ад maximum признаніемъ больныхъ, что они болѣли сифилисомъ и тѣмъ, что не скрывали всѣхъ подробностей своей болѣзни, въ третьемъ случаѣ предположеніе о сифилитическомъ характерѣ пораженія суставовъ не трудно было подтвердить общимъ изслѣдованіемъ больной и разными данными изъ анамнеза. Сегодня я имѣю въ виду разобрать нѣсколько случаевъ II категоріи, т. е. такіе, гдѣ собственно заболѣваніе сустава мало типично, во всякомъ случаѣ недостаточно типично, чтобы основывать діагнозъ только на объективномъ изслѣдованіи сустава. И на этотъ разъ начнемъ съ простѣйшаго случая:

(20) N. N., дѣвушка, 19 лѣтъ, дворянка, поступила въ клинику, жалуясь на неправильно сросшійся переломъ правой голени, препятствующій ей ходить, на боли и неподвижность въ правомъ плечевомъ суставѣ.

Больная родилась, училась въ гимназій и живетъ въ одномъ изъ городовъ сѣверо-западныхъ губерній, при хорошихъ матеріальныхъ условіяхъ. Матери больной 46 лѣтъ, здорова; она вышла замужъ 21 года; черезъ 3 мѣсяца—выкидышъ, черезъ 2 года—преждевременные роды на 7 мѣсяцѣ, мертвымъ плодомъ; еще одинъ выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ и затѣмъ родилась наша больная. Отецъ больной былъ алкоголикъ и сильно кутилъ, умеръ 51 года; по рассказамъ матери больной, мужъ ея отрицалъ, что былъ когда-либо боленъ сифилисомъ, но она знаетъ причины выкидышей и то, что у ея дочери наследственный lues; сама мать больна не была.

Больная родилась здоровой на видъ; мать сама кормила ее грудью до 10-мѣсячнаго возраста; зубы у ребенка стали прорѣзаться рано; ходить начала 1 г. 8 мѣс. Перенесла корь, коклюшъ и воспаленіе легкихъ.

Мѣсяцевъ 3-хъ у больной появилась сыпь, признанная врачомъ за сифилитическую, но скоро прошла. Приблизительно съ этого же времени и до 12 лѣтъ больная страдала годами насморкомъ; на 13-мъ году носъ у дѣвочки сталъ терять свою форму, осѣдать. Одинъ изъ нашихъ извѣстныхъ хирурговъ сдѣлалъ больной ринопластику съ имплантаціей костной пластинки. Насморкъ прошелъ, изъ носа выхо-

дили, однако, секвестры, и онъ продолжалъ терять свою форму, а черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи пластинка выдѣлилась.

Года 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тому назадъ больная стала жаловаться на боли въ голенихъ, больше въ правой, но ночныхъ болей не было. Годъ тому назадъ больная на ровномъ мѣстѣ совершенно неожиданно упала — оказалось, что на правой голени имѣется переломъ. Болей въ области перелома почти не было; больная пролежала 3 недѣли безъ всякой повязки, а затѣмъ стала ходить на костыляхъ; появилось рѣзкое искривленіе голени вслѣдствіе неправильнаго положенія отломковъ. 8 мѣсяцевъ тому назадъ появились боли въ правомъ плечевомъ суставѣ, преимущественно по ночамъ; послѣ леченія въ Пятигорскѣ боли нѣсколько ослабѣли, но затѣмъ снова усилились, а за послѣдній мѣсяць больная совершенно перестала владѣть рукой.

Въ 7-лѣтнемъ возрастѣ у больной были кератиты на обоихъ глазахъ, исчезнувшіе подъ вліяніемъ леченія іодистымъ калиемъ.

Лечилась больная много: 3 года тому назадъ въ Кеммернѣ 40 сѣрныхъ ваннъ и 30 фрикцій *ung. hydrarg.* по 2,5; слѣдующій годъ снова въ Кеммернѣ — леченіе только ваннами. Послѣ перелома сдѣлано было 75 фрикцій по 5,0; получился тяжелый язвенный стоматитъ. Послѣднее лѣто больная была въ Пятигорскѣ, гдѣ получила 75 втираній по 2,5 и 60 ваннъ; значительно окрѣпла. Кромѣ того по временамъ принимала іодистый калий въ небольшихъ дозахъ — 1,5 — 2,0 *pro die*, въ теченіе 1—2 мѣсяцевъ.

Больная слабого тѣлосложенія, очень плохого питанія, истощена и анэмична. Кожа чистая, сѣро-землистаго цвѣта; подкожно-жирный слой развитъ слабо. Вѣсъ 2 п. 22<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф. Подчелюстные и паховыя лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Значительный лѣвосторонній фиксированный сколіозъ. Органы дыханія и сердце нормальны; пульсъ 96. Аппетитъ хорошій, стулъ правильный. Мочи 1500, удѣльн. вѣсъ 1011, бѣлка нѣтъ. Со стороны нервной системы отклоненій отъ нормы не найдено. T<sup>o</sup> нормальная.

Сѣдлообразный, ввалившійся носъ. Перфорация твердаго неба — отверстіе діаметромъ около 1 см. На границѣ верхней и средней трети правой голени слѣды не вполне сросшагося подъ угломъ во фронтальной плоскости перелома костей голени (см. рис. 8); уголь, открытый кзади = 124°. Концы отломковъ атрофированы, верхній надвинутъ на нижній; костной мозоли мало, незначительная подвижность между отломками; на вершинѣ угла кожа истончена и покрасѣла. На передней поверхности лѣвой *tibiae*, начиная съ высоты въ 13,5 см. отъ голеностопнаго сустава и почти до колѣна, значительное утолщеніе (*osteoperiostitis*) кости; кожа въ этой области темная, пигментированная; въ нижней <sup>1</sup>/<sub>4</sub> лѣваго бедра тоже разлитое, безъ рѣзкихъ границъ, утолщеніе кости, видимое глазомъ; на 10 см. выше края *patellae* окружность лѣваго бедра 34, праваго — 31 см. На внутреннихъ мышцахъ лѣвыхъ бедренной и большеберцовой костей три болѣзненные точки при давленіи. Область праваго верхняго плеча увеличена въ объемъ, по сравненію съ лѣвой стороной на 1,5 см.; плечо опущено; верхняя половина плечевой кости утолщена. Движенія въ суставѣ, особенно отведеніе, очень ограничены и болѣзненны, причѣмъ въ суставѣ ощущается очень рѣзко выраженный хрустъ; больная почти не владѣетъ верхней конечностью. На лѣвой ключицѣ тоже небольшое утолщеніе.

Діагнозъ. Lues hereditaria tarda. Oмарthritіs syphilit. dextr. (osteoarthritis gummosa hyperplastіca villosa?).

Леченіе. Тотчасъ назначенъ іодистый калий въ восходящихъ дозахъ и ртутный пластырь на мѣста утолщенія костей.

Въ теченіе мѣсяца больная нѣсколько оправилась, но потеряла 4 ф. въ вѣсѣ.

На 30 день пребыванія больной въ клиникѣ мною произведена ей подъ хлороформомъ клиновидная резекція на мѣстѣ перелома, и выпрямленная голень уложена въ неподвижную повязку. При нормальной т<sup>о</sup> асептическое заживленіе операціонной раны подъ двумя перевязками.

Черезъ недѣлю послѣ операціи снова назначенъ К.І. съ повышеніемъ дозъ, начавъ съ 4,0 pro die; на 30 день съ начала этого второго курса леченія іодомъ больная стала принимать по 10,0 іодистаго калия въ день и продолжала такіе приемы 23 дня; вслѣдствіе появленія насморка и ларингита при отличномъ, однако, общемъ состояніи, іодъ оставленъ на 24 день. Послѣ этого больная оставалась въ клиникѣ еще 40 дней, но никакому специфическому леченію не подвергалась.

Результатъ. Въ теченіе трехъ мѣсяцевъ кости на мѣстѣ резекціи спаялись, но консолидація недостаточная, въ виду чего больная снабжена ортопедическимъ аппаратомъ, въ которомъ она можетъ свободно ходить съ палкой.

Черезъ 2 мѣсяца съ начала 2-го курса леченія іодомъ отмѣчено: «въ правомъ плечевомъ суставѣ значительное улучшеніе: хрустъ очень незначительный, болей нѣтъ, движенія гораздо свободнѣе—больная можетъ причесывать голову».

При выпискѣ больной: всѣ болѣзненные явленія въ плечевомъ суставѣ исчезли; болей и хруста нѣтъ; подвижность и владѣніе конечностью полныя; вообще болей нигдѣ въ костяхъ не ощущаетъ.

Общее состояніе цвѣтущее.

За 131 день пребыванія въ клиникѣ прибыла въ вѣсѣ на 18 фунтовъ.

Приняла іодистаго калия въ первый курсъ за 26 дней—104,0 грм., во второй курсъ, за 51 день—397,0 грм.; всего 501,0 грм.

По дошедшимъ до меня слухамъ теперь у больной, черезъ два года послѣ леченія у насъ въ клиникѣ, снова наступило значительное ухудшеніе.

Въ описанномъ случаѣ насъ, конечно, долженъ интересоватъ главнымъ образомъ больной плечевой суставъ. Оставляя пока въ сторонѣ общее состояніе и анамнезъ больной, обратимся сперва къ даннымъ, добытымъ только при изслѣдованіи сустава. Мы видимъ, что единственнымъ намекомъ на сифилисъ, и то основаннымъ на субъективныхъ ощущеніяхъ больной, можно признать бывшія въ началѣ заболѣванія сустава ночныя боли, которыя однако продолжались недолго и у насъ въ клиникѣ уже не ощущались больной. Если, далѣе, имѣть въ виду, что, при данномъ возрастѣ больной, намъ приходилось дифференцировать только между сифилисомъ и туберкулезомъ (такъ какъ о какомъ-либо другомъ заболѣваніи сустава, по вполне яснымъ причинамъ, не было основанія думать), то нельзя не согласиться, что вся мѣстная клиническая кар-

тина данной артропатіи могла быть объяснена какъ сифилисомъ, такъ и туберкулезомъ, и этимъ послѣднимъ—даже съ большимъ основаніемъ. Равномѣрное припуханіе плечевого пояса и утолщеніе верхняго конца плечевой кости говорили одинаково и за lues, и за туберкулезъ. Крепитация въ суставѣ, обычно крайне характерная для ворсинчатого синовиита и отчасти для сифилитическаго хондрита, въ этомъ случаѣ—таковой не была: ощущая подъ толстымъ мышечнымъ слоемъ плечевого пояса довольно грубый хрустъ, трудно было съ увѣренностью опредѣлить его происхожденіе, и я не могъ убѣжденно исключить возможную зависимость этого хруста отъ каріознаго процесса въ головкѣ или суставной впадинѣ. Обстоятельство это во всякомъ случаѣ ничего не говорило только въ пользу сифилиса. Почти полная неподвижность въ суставѣ и сильная болѣзненность при малѣйшихъ попыткахъ къ движеніямъ, совместно вызвавшія почти полную потерю функций конечности—все это было не только не характерно для сифилитическаго артрита, а, напротивъ, заставляло думать о туберкулезѣ, при которомъ, какъ вамъ хорошо извѣстно, именно болѣзненность, малоподвижность и нарушеніе функций сустава считаются особенно типичными. Отсутствие атрофіи мускулатуры плечевого пояса позволяло только исключить ту форму туберкулеза плечевой головки, которая описана Volkman'омъ подъ названіемъ *capies sicca*. Такимъ образомъ, значить, одно объективное изслѣдованіе сустава не давало намъ никакихъ данныхъ, которыя позволили бы распознать у нашей больной сифилитическій артритъ, а скорѣе заставляло признать этотъ артритъ за фунгозно-туберкулезный.

Правда, *habitus* и общее состояніе больной, разныя проявленія гуммознаго сифилиса, богатый анамнезъ и, наконецъ, признаніе матери не оставляли затѣмъ сомнѣнія въ томъ, что предъ нами тяжелый случай наследственнаго сифилиса—обстоятельство и побудившее насъ признать гуммознымъ и артритъ плечевого сустава.

Единственное возраженіе, которое можно было бы намъ сдѣлать по поводу нашего діагноза, было то же, что и въ случаѣ 19-мъ, а именно: почему было считать артропатіи въ этихъ двухъ случаяхъ именно за сифилитическія, когда мы хорошо знаемъ, что наличностью наследственнаго сифилиса не исключается возможность одновременной инфекціи туберкулезомъ? Чѣмъ доказать, что у данныхъ больныхъ, несомнѣнно пораженныхъ сифилисомъ, заболѣваніе суставовъ гуммозное, а не туберкулезное? Возраженіе это и было мнѣ сдѣлано однимъ иностраннымъ профессоромъ хирургіи, посѣтившимъ въ тотъ годъ мою клинику и присутствовавшимъ при разборѣ мною тогда этихъ двухъ больныхъ на лекціи (гость нашъ отлично понималъ по-русски). Тутъ я долженъ сказать то, что я и сказалъ тогда-же моему другу-скептику: медицина не математика, поэтому доказать математически точно справедливость моего діагноза я, конечно, не могу, но именно въ подобныхъ случаяхъ опытность и «клиническій тактъ» врача и вступаютъ въ свои права, окончатель-

ное-же доказательство можетъ дать только успѣшная терапия, что и было въ нашихъ случаяхъ. У разбираемой больной черезъ три мѣсяца леченія, въ теченіе которыхъ она «поглотила»  $\frac{1}{2}$  килограмма іодистаго калия, всѣ патологическія явленія въ больномъ суставѣ исчезли, и больная выписалась, свободно владея конечностью и прибавивъ 18 фунтовъ вѣса; нужно-ли еще какое-нибудь другое доказательство?! Стоитъ-ли говорить, что при туберкулезѣ мы достигъ такого результата не могли-бы, да вѣроятно больная и не перенесла-бы даже гораздо меньшихъ дозъ іода.

Я умышленно такъ подробно остановился на разборѣ этого случая, такъ какъ считаю его крайне поучительнымъ во многихъ отношеніяхъ.

Безспорно, діагнозъ не представлялъ здѣсь затрудненій и былъ довольно простъ, но это только благодаря общему состоянію больной и рѣдкому по своимъ деталямъ анамнезу; не трудно, однако, представить себѣ такое-же пораженіе сустава, но безъ анамнеза и другихъ указаній на lues, и тогда распознаваніе оказалось-бы крайне труднымъ и, вѣроятно, возможнымъ только послѣ пробнаго леченія, ошибка-же въ діагнозѣ могла-бы повести къ производству больной совершенно ненужной резекціи плечевой головки. Съ этой-то точки зрѣнія случай нашъ по моему, особенно поучителенъ, такъ какъ онъ хорошо выясняетъ намъ, какія діагностическія ошибки возможны при недостаточномъ знакомствѣ врача съ интересующими насъ здѣсь артропатіями и какъ велика отвѣтственность врача предъ больнымъ при установкѣ показаній къ операціямъ. Кромѣ того, приведенная исторія болѣзни хорошо иллюстрируетъ высказанное мною выше положеніе, что пораженіе плечевого сустава принадлежитъ къ позднимъ проявленіямъ наследственнаго сифилиса—мы видимъ, что у нашей больной первые признаки болѣзни появились въ трехмѣсячномъ возрастѣ и затѣмъ она болѣла 18 лѣтъ, а лишь на 19-мъ году стала ощущать боли въ плечевомъ суставѣ.

Теперь перейдемъ къ разбору другой исторіи болѣзни изъ матеріала нашей клиники, гдѣ діагнозъ представлялся болѣе труднымъ.

(21) В. М., мальчикъ, 15 лѣтъ, поступилъ въ клинику, жалуясь на боли и опухоль въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ.

Мало развитой больной могъ сообщить о своемъ прошломъ очень немногое. По происхожденію онъ крестьянинъ, служитъ въ лавкѣ. Мать его умерла 7 лѣтъ тому назадъ, по его словамъ,—отъ чахотки; отецъ—годъ тому назадъ, отъ неизвѣстной причины. Въ семьѣ было 6 дѣтей; больной родился пятымъ; одна сестра замужемъ, младшей сестрѣ 11 лѣтъ, здорова; остальные дѣти умерли отъ неизвѣстныхъ причинъ. За 2 года до поступленія въ клинику перенесъ скарлатину, а черезъ 4 мѣсяца брюшной тифъ. Суставы тогда не болѣли. Года 4 тому назадъ больной упалъ на ровномъ мѣстѣ и получилъ переломъ праваго бедра въ верхней трети, что заставило больного пролежать 7 недѣль; переломъ сросся неправильно. Около мѣсяца тому назадъ заболѣли оба колѣна.

Больной представляется хилымъ, малокровнымъ, кахектическимъ субъектомъ; на видъ онъ значительно моложе своихъ лѣтъ; типичный

черепъ съ сильно развитыми лобными буграми; Hutchinson'овскіе зубы. Въ подчелюстной области звѣздчатый рубецъ.

Подъ небольшимъ угломъ и съ смѣщеніемъ *ad longitudinem* сросшійся переломъ праваго бедра въ верхней его трети, вслѣдствіе чего укороченіе конечности.

Внутренніе органы отклоненій отъ нормы не представляютъ; <sup>1)</sup> нормальна.

Оба колѣнные сустава, особенно правый, припухли; капсулы равномерно растянуты жидкостью, нѣсколько утолщены. *Patella natans* въ обоихъ суставахъ. При ощупываніи область колѣнныхъ суставовъ болѣзненна, но болевыхъ точекъ нѣтъ. Суставные концы костей не утолщены. Подвижность мало ограничена—тугоподвижность суставовъ. Больной жалуется на постоянную, ломящую боль, довольно сильную, въ обоихъ колѣнахъ. Къ ночи боли не усиливаются. *Genua valga* въ легкой степени. Больной можетъ ходить, но съ болью. Ничего болѣе, патологическаго, въ колѣнныхъ суставахъ.

Діагнозъ: *Lues hereditaria tarda. Synovitis chron. serosa syphilit. (?) genuum.*

Лечение. Назначенное лечение іодистымъ калиемъ въ среднихъ дозахъ дало тотчасъ же желаемый эффектъ.

На 8 день леченія въ исторіи болѣзни уже отмѣчено улучшение со стороны болей въ колѣнахъ.

На 10 день больной не чувствуетъ больше самостоятельныхъ болей; при ощупываніи еще чувствуется нѣкоторая болѣзненность; экссудатъ всасывается.

На 14 день никакихъ болей и опухолей въ суставахъ нѣтъ. Больной ходитъ свободно.

На 15 день вслѣдствіе заболѣванія глазъ переведенъ въ глазную клинику.

Въ этомъ случаѣ мы имѣли предъ собой хроническій, пожалуй—подострый синовитъ въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ. Спрашивалось, какого же происхожденія этотъ синовитъ? Обращаясь къ изслѣдованію суставовъ, мы должны были прежде всего констатировать, что въ заболѣваніи ихъ ничего типичнаго, характернаго не было—обычная картина серознаго синовита, и только. Не характерны были и субъективныя ощущенія больного—онъ жаловался на постоянныя, ломящія боли въ колѣнахъ, но безъ ухудшенія по ночамъ. Изслѣдованіе общаго состоянія больного давало намъ нѣсколько большее: *habitus*, инфантилизмъ, типичный черепъ и зубы указывали, что мальчикъ, повидимому, наследственный сифилитикъ; это же подтверждали и его рассказы о бывшемъ у него 4 г. тому назадъ переломѣ бедра, послѣдствія котораго, въ видѣ неправильнаго сращенія, мы легко могли констатировать; принимая во вниманіе, что бедренная кость переломилась у 11-лѣтняго мальчика при паденіи на гладкомъ мѣстѣ, безъ воздѣйствія какого-либо замѣтнаго вѣшняго насилія, приходилось признать въ этомъ переломѣ *fracturum spontaneam*, а въ виду страданія наследственнымъ сифилисомъ, объяснить его гуммознымъ процессомъ въ кости.

Въ анамнезѣ мы не находимъ никакихъ указаній на сифилисъ въ

семь и должны только отмѣтить, что за 2 года до заболѣванія суставовъ мальчикъ перенесъ скарлатину и брюшной тифъ.

Такимъ образомъ на основаніи приведеннаго матеріала мы принуждены были попытаться подойти къ діагнозу путемъ исключенія. На туберкулезное заболѣваніе не было ровно никакихъ указаній. Перенесенные скарлатина и брюшной тифъ допускали мысль объ измѣненіяхъ въ щитовидной желѣзѣ и, слѣдовательно, о начинающемся тиреотоксическомъ полиартритѣ, но зачѣмъ было думать о тиреогенномъ происхожденіи синовитовъ, когда на-лицо не было никакихъ указаній на заболѣваніе *thyreoideae*, а имѣлся цѣлый рядъ проявленій наслѣдственнаго сифилиса—приходилось *volens-nolens* остановиться на этомъ послѣднемъ и назначить пробное леченіе.

Если бы держаться стараго шаблона, то можно было еще объяснить эти синовиты просто простудой, признать ихъ «ревматическими», такъ какъ больной нашъ служилъ «мальчикомъ» въ лавкѣ, обычно холодной, и при своихъ занятіяхъ легко и часто могъ быть подверженъ простудѣ. Но вы хорошо знаете, съ какимъ скептицизмомъ я отношусь къ этимъ пресловутымъ «хроническимъ ревматизмамъ», къ этому діагнозу, который обычно ставятъ тогда, когда не знаютъ, съ чѣмъ имѣютъ дѣло: поэтому вамъ понятно, почему я и въ данномъ случаѣ долженъ былъ сразу исключить это эфемерное заболѣваніе суставовъ.

Назначенное леченіе іодистымъ калиемъ дало въ 14 дней желаемый результатъ—всѣ болѣзненные явленія въ суставахъ исчезли, эксудатъ всосался.

Тѣмъ не менѣе мнѣ могутъ возразить, что страданіе сифилисомъ у этого больного не доказано, такъ какъ распознаваніе наше было основано на шаткихъ данныхъ, другихъ-же ясныхъ проявленій сифилиса, кромѣ пораженія колѣнъ не было, а достигнутый леченіемъ результатъ могъ получиться и при другихъ формахъ синовита, не только отъ іода, но просто отъ постельнаго содержанія больного и ухода. Однако одно случайное обстоятельство дало намъ возможность окончательно доказать, что больной нашъ былъ дѣйствительно сифилитикъ.

На 15 день пребыванія въ клиникѣ у мальчика появилось заболѣваніе глаза, признанное въ глазной клиникѣ за *iritis serosa*, вѣроятно, сифилитическаго происхожденія; черезъ нѣсколько дней развилось диффузное помутнѣніе роговицы, которое специалистами было признано уже безспорно специфическимъ.

Конечно, при наличности *habitus'a*, Hutchinson'овскихъ зубовъ, самопроизвольнаго перелома, свѣжаго специфическаго кератита и успѣха леченія суставовъ іодомъ было-бы большою натяжкой искать здѣсь причину артритовъ не въ сифилисѣ, а въ чемъ-либо другомъ.

Еще болѣе затрудненій для діагноза представлялось въ слѣдующемъ случаѣ, который вы уже нѣсколько разъ видѣли здѣсь въ аудиторіи.



Больной этот выписался недавно изъ клиники и пришелъ сегодня показаться намъ.

Вы видите, что этотъ юноша совершенно здоровъ на видъ, я сказалъ-бы, что его видъ прямо цвѣтущій, ходитъ онъ совершенно свободно и вполне работоспособенъ. Разрѣшите напомнить вамъ исторію его болѣзни.

(22) П. П., крестьянинъ, 19 лѣтъ, по занятіямъ конторщикъ. Поступилъ въ клинику въ ноябрѣ текущаго года, жалуясь на боль и опухоль въ лѣвомъ коленномъ суставѣ, препятствующую ему свободно ходить.

Родился больной въ деревнѣ, Псковской губерніи, гдѣ жилъ до 13-лѣтняго возраста; затѣмъ переѣхалъ въ Петербургъ, гдѣ учился и 15-ти лѣтъ поступилъ на службу въ контору. Условія жизни вполне удовлетворительныя. Не курить; не пьетъ; никакими венерическими болѣзнями и сифилисомъ не болѣлъ.

Отецъ умеръ въ текущемъ году 55 лѣтъ, по словамъ больного — отъ чахотки; страдалъ долгое время желтухой и какими-то болями въ конечностяхъ. Мать здорова; ей 40 лѣтъ. Братъевъ у больного трое — одинъ старше, двое моложе; все здоровы.

Лѣтъ 5-ти страдалъ золотухой; въ чемъ она выражалась сказать не умѣетъ; 7-ми лѣтъ болѣлъ глазами около  $\frac{1}{2}$  года; были блефароспазмъ и гноетечение. Другихъ заболѣваній не помнить.

Мѣсяца за 4 до поступления въ клинику больной почувствовалъ при ходьбѣ боль въ лѣвомъ коленномъ суставѣ. Обращался къ врачу, который нашелъ опухоль сустава; лечился мазями и согрѣвающими компрессами; пролежалъ три недѣли. Боли прошли, опухоль почти исчезла и больной пошелъ на службу. Черезъ 2 мѣсяца снова боли и опухоль въ томъ-же коленѣ. Лечился снова, но продолжалъ ходить. Примѣнялись иммобилизирующія (въ видѣ тьютора?) и давящія повязки, но состояніе колѣна постепенно ухудшалось и больной обратился въ клинику.

Б. удовлетворительнаго сложенія и средняго питанія. Общія кровя и слизистыя оболочки блѣдны. Лицо одутловатое. Лимфатическія железы не увеличены. Зубы хорошіе. Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ. Мочи 1500, уд. вѣсъ 1016, нормальнаго цвѣта, слабо-кислой реакціи; плотный остатокъ 55,89; сахара и бѣлка нѣтъ.  $T^0$  нормальна. Больной очень вялый и апатичный юноша.

Лѣвый коленный суставъ значительно увеличенъ въ объемъ вслѣдствіе растяженія большимъ количествомъ жидкости; особенно выпячиваются recessus suprapatellaris и rec. infrapatellaris, поэтому форма колѣна не шарообразная, а какъ будто состоитъ изъ нѣсколькихъ долей. Patella natans. Капсула сустава нѣсколько утолщена, но узловъ въ ней не прощупывается. Рисовыхъ тѣлецъ и ворсинчатыхъ разраженій тоже ощупать не удается; хруста нѣтъ. При надавливаніи боль въ области эпифиза tibiae, который, особенно съ внутренней стороны, значительно утолщенъ. Мускулатура бедра мало атрофирована. Подвижность мало ограничена: разгибаніе полное, сгибаніе до угла въ  $75^0$ , болѣзненно. Функции конечности почти не нарушены; больной, хотя и съ болью, хромяя, все-же ходитъ безъ палки. Самъ больной жалуется на боли исключительно при ходьбѣ; ночныхъ болей нѣтъ.

Діагнозъ: *Hydrops syphilit(?) genus et osteoperiostitis epiphys. tibiae.*

Леченіе. Въ виду діагноза, остающагося подъ сомнѣніемъ, назначено пробное леченіе іодистымъ калиемъ, которое однако въ теченіе 8 дней осталось безъ результата. Поэтому въ наркозѣ хлороформомъ произведена толстымъ троакаромъ пункція сустава съ послѣдующимъ промываніемъ 3% растворомъ карболовой кислоты и наложеніемъ неподвижной повязки. Выпущено 160 куб. см. довольно мутной, серозной жидкости съ клочьями фибрина.

Жидкость эта была тотчасъ вприсунута въ полость брюшины морской свинки, что дало отрицательный результатъ. Микроскопическое изслѣдованіе эксудата показало въ немъ большое количество лейкоцитовъ.

Пооперационное теченіе прошло гладко. На 2-й день послѣ операціи снова назначенъ іодистый калий по 2,0 *pro die*.

На 7 день р. ор. больной жалуется на боли въ правомъ коленѣ; легкое повышеніе  $t^0$  до  $38^0$ . Іодизмъ. КЛ. оставленъ

На 10 день въ правомъ коленѣ выпоть; *patella natans. Synovitis serosa subacuta.* Согрѣвающимъ компрессъ и КЛ. 1,0 *pro die*

На 14 день боли въ правомъ коленѣ утихи, выпоть держится.

На 17 день послѣ операціи съ лѣваго колѣна снята неподвижная повязка. Болей и ломоты здѣсь нѣтъ; подвижность этого колѣна ограничена. КЛ.—2,5 *pro die*.

Въ дальнѣйшемъ массажъ мускулатуры бедра и голени лѣвой конечности, души горячаго воздуха изъ аппарата Фреу'я, пассивныя движенія. КЛ. до 5,8 *pro die*, съ перерывами вслѣдствіе появленія іодизма, тѣмъ не менѣе подъ вліяніемъ все же большихъ дозъ іода поразительное улучшеніе общаго состоянія.

На 31 день КЛ. отмѣненъ. Леченіе горячимъ воздухомъ хорошо возстановляетъ подвижность въ лѣвомъ коленномъ суставѣ; въ правомъ коленѣ выпоть всосался.

На 34 день разрѣшено ходить на костыляхъ.

На 39 день послѣ операціи ходить безъ костылей.

На 43 день послѣ операціи и на 54-й съ поступленія въ клинику больной выписывается совершенно здоровымъ, въ цвѣтущемъ состояніи. Цвѣтъ лица прекрасный; одутловатость лица, общая вялость и апатія исчезли.

Изъ вышеприведенной исторіи болѣзни видно, что у этого больного имѣлась водянка (*hydrops*) лѣваго коленного сустава. Мы знаемъ, что этотъ *hydrops articuli* съ такимъ большимъ выпотомъ можетъ быть сифилитическій, туберкулезный и табетическій; при другихъ заболѣваніяхъ хроническій серозный синовитъ, конечно, тоже наблюдается, но не даетъ такого количества эксудата и такое растяженіе капсулы (вы помните, что при пункціи у нашего больного было выпущено 160 гм. жидкости). *Tabes* и вообще какое-либо страданіе нервной системы легко было исключить, за неимѣніемъ какихъ-либо симптомовъ подобнаго заболѣванія; оставалось, слѣдовательно, выяснить, сифилисъ у нашего больного или туберкулезъ. При объективномъ изслѣдованіи сустава слѣдовало признать характерными для сифилиса только два симптома: неравномерное растяженіе эксудатомъ суставной капсулы и малое нарушеніе функцій конечности, такъ какъ больной при такомъ выпотѣ могъ ходить.

Припуханіе и болѣзненность эпифиза tibiae могли быть вызваны какъ гуммоэнымъ процессомъ, такъ и глубокимъ туберкулезнымъ гнѣздомъ въ кости. Для туберкулеза въ больномъ колѣнѣ мы тоже ничего типичнаго найти не могли—напротивъ, сравнительно малая болѣзненность, сохранившаяся въ извѣстной степени подвижность въ колѣнѣ и не соотвѣтственная поражению сустава возможность пользоваться конечностью говорили противъ туберкулеза. Субъективныя жалобы больного на боли при ходьбѣ, не обострившіяся по ночамъ, не были характерны ни для сифилиса, ни для туберкулеза. Такимъ образомъ, оцѣнивъ все имѣющіяся при изслѣдованіи сустава данныя, можно было только предположить, что данный синовитъ сифилитическій, но и отрицать съ увѣренностью туберкулезный характеръ его съ атипичнымъ теченіемъ не было достаточныхъ основаній. Приходилось искать матеріала для діагноза въ общемъ состояніи больного и въ анамнезѣ. На туберкулезъ и здѣсь не было никакихъ указаній. Сифилисъ приобрѣтенный больной отрицалъ, и я долженъ сказать, что, принимая во вниманіе его развитіе, весь его нравственный обликъ, извѣстный инфантилизмъ—несмотря на его хорошій ростъ, его малоподвижность и вялость, я ему вѣрю. Не похоже, чтобы такой субъектъ, получивъ въ отрочествѣ сифилисъ, сумѣлъ бы это скрыть. Конечно, возможно, что онъ былъ случайно инфицированъ въ дѣтствѣ, о чемъ онъ и не можетъ знать, но въ анамнезѣ нельзя уловить ничего такого, чтобы имѣть право заподозрить такую инфекцію, вѣтъ никакихъ слѣдовъ таковой. Указанію, что больной 5-ти лѣтъ страдалъ «золотухой», мы придавать значенія не можемъ, такъ какъ не знаемъ, въ чемъ она выражалась; о характерѣ бывшаго заболѣванія глазъ также ничего не извѣстно. Симптомовъ поздняго наслѣдственнаго сифилиса тоже не имѣлось, такъ же, какъ и какихъ-либо намековъ на lues въ семьѣ больного.

Какъ вы знаете, при первомъ клиническомъ разборѣ этого случая я, въ результатъ, могъ только склониться больше въ пользу сифилитическаго артрита у этого юноши, не отрицая однако и возможность атипичнаго туберкулезнаго пораженія колѣна—я допускалъ, что передъ нами одинъ изъ тѣхъ трудныхъ для діагноза случаевъ поздняго наслѣдственнаго сифилиса, гдѣ этотъ послѣдній проявляется только поражениемъ сустава, одинъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ, при недостаточномъ знакомствѣ съ позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ, на практикѣ такъ часто впадаютъ въ діагностическія ошибки.

Назначенное пробное леченіе іодистымъ калиемъ въ теченіе 8 дней осталось безъ всякаго результата, и мы прибѣгли къ проколу сустава въ наркозѣ съ послѣдовательнымъ промываніемъ его. О показаніяхъ къ этому небольшому оперативному вмѣшательству и о его значеніи я скажу въ своемъ мѣстѣ, теперь же отмѣчу только, что при этомъ проколѣ мы не получили ничего такого, что повліяло бы на нашъ діагнозъ,—отрицательному результату впрыскиванія экссудата въ полость брюшины мор-

ской свинки я не придаю большого значенія, такъ какъ это могла быть простая случайность.

Зато появленіе на 10 день послѣ пункции свѣжаго подостраго синовита въ другомъ колѣнѣ, въ моихъ глазахъ, было не лишено извѣстнаго значенія, именно въ смыслѣ діагностическомъ. Трудно было допустить, чтобы и въ другомъ колѣнномъ суставѣ появилась свѣжая выемпъ туберкулъ, такъ какъ туберкулезный синовитъ въ двухъ парныхъ суставахъ, хотя и бываетъ, но наблюдается крайне рѣдко, да и то развивается обычно подъ вліяніемъ какого-либо предрасполагающаго момента, чаще подъ вліяніемъ травмы. Казалось гораздо болѣе вѣроятнымъ, что у больного, и такъ уже находящагося въ періодѣ, когда у организма понижена способность противодѣйствія сифилитическому яду, достаточно было наркоза и незначительнаго оперативнаго вмѣшательства, чтобы, ослабивъ организмъ, еще понизить эту способность противодѣйствія и способствовать такимъ образомъ появленію новаго гуммознаго очага. Кромѣ того, по моимъ наблюденіямъ, у сифилитиковъ (въ гуммозномъ періодѣ и при наслѣдственныхъ формахъ), плохо переносящихъ іодъ и при употребленіи—поэтому—небольшихъ дозъ его, этотъ послѣдній не только нисколько не вліяетъ на уже существующій гуммозный очагъ, а иногда какъ-бы способствуетъ проявленію новыхъ гуммозныхъ процессовъ. (Отсюда, можетъ быть, всѣмъ извѣстное старинное предубѣжденіе въ публикѣ, что іодъ «выгоняетъ болѣзнь наружу»).

Вотъ тѣ соображенія, по которымъ появленіе у нашего больного свѣжаго синовита въ другомъ колѣнѣ придали мнѣ болѣе увѣренности въ поставленномъ мною діагнозѣ и заставили посовѣтовать пользующему больного ассистенту энергично продолжать леченіе іодистымъ калиемъ и, не обращая вниманія на легко появляющійся іодизмъ, попытаться пріучить организмъ больного къ большимъ дозамъ іода, что, какъ я знаю изъ опыта, иногда удается. Такъ и было поступлено. Больной дѣйствительно привыкъ къ іоду, сталъ переносить его гораздо лучше и дошелъ до пріемовъ въ 5,0 grō die. Какъ только леченіе іодомъ вступило въ свои права, такъ началось и видимое улучшеніе въ состояніи больного, а на 43 день съ поступленія въ клинику онъ выписался не только совершенно здоровымъ, но, какъ вы сами можете констатировать, именно—«въ цвѣтущемъ состояніи». Это поразительное улучшеніе общаго состоянія доказываетъ, что леченіе іодомъ было показано и что юноша этотъ дѣйствительно сифилитикъ, такъ какъ такое рѣзкое, видимое, благотворное вліяніе іода на общее состояніе наблюдается только при сифилисѣ и особенно при позднемъ наслѣдственномъ.

---

## Лекція VIII.

Мм. Гг.

Сегодня позвольте демонстрировать вам больного, у которого поставить диагноз было особенно трудно, такъ какъ больной этотъ принадлежитъ къ группѣ самыхъ темныхъ случаевъ II-й категоріи, т. е. къ такимъ, въ которыхъ собственно заболѣваніе сустава не представляетъ собой ничего типичнаго для сифилитическихъ артропатій, а общее состояніе больного и анамнезъ не даютъ намъ никакого или почти никакого матеріала для діагноза, и гдѣ мы принуждены ставить распознаваніе только путемъ исключенія или пользуясь лишь малѣйшими намеками на имѣющееся у больного заболѣваніе сифилисомъ.

Этотъ молодой человѣкъ мѣсяца 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тому назадъ явился къ намъ въ амбулаторію съ жалобами на заболѣваніе въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ. Подробно разобравъ тогда этотъ случай, я призналъ, что мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ сифилитическимъ синовитомъ, вѣроятно, наследственнымъ, и назначилъ соответственное леченіе.

Однако продолжавшіеся больше мѣсяца приемы іодистаго калия въ среднихъ дозахъ остались безъ результата. Б. сталъ терять вѣру въ наше леченіе, а нѣкоторые изъ моихъ сотрудниковъ начали сомнѣваться въ правильности моего діагноза и—я долженъ сказать—совершенно справедливо, такъ какъ случай былъ дѣйствительно очень темный, атипичный; мнѣ былъ поставленъ вопросъ—продолжать-ли, повидимому, безцѣльное леченіе іодомъ и какъ вообще дальше поступать съ этимъ больнымъ. Еще разъ обсудивъ случай, я остался при своемъ мнѣніи. Неудачу леченія я объяснилъ тѣмъ, что больной, приступивъ къ леченію, продолжалъ плохо питаться, мало спать и утомлять себя ходьбой по урокамъ и усиленными занятіями; при этомъ онъ оставался безъ постоянного врачебнаго надзора, а вслѣдствіе этого леченіе проводилось, вѣроятно, недостаточно систематично и нельзя было въ достаточной степени повышать дозы іодистаго калия. Поэтому я посоветовалъ молодому человѣку бросить на время работу, поступить подъ наше наблюденіе въ клинику и воспользоваться здѣсь покоемъ, питаніемъ и серьезнымъ врачебнымъ уходомъ.

Б. послушалъ меня и сегодня, послѣ 42 дней леченія въ клиникѣ, я могу представить вамъ его совершенно здоровымъ. Припомнимъ исторію его болѣзни:

(23). N. N., студентъ здѣшняго университета, 28 лѣтъ, при поступленіи жаловался на боли въ колѣнахъ, слабость ихъ и невозможность свободно передвигаться даже при помощи палки.

Родился онъ въ Одессѣ; сынъ народнаго учителя. Отецъ умеръ въ 37-лѣтнемъ возрастѣ, 25 лѣтъ тому назадъ, отъ язвы желудка. Мать 55-ти лѣтъ, жива, «болѣла ногами». Въ семьѣ было 4 дѣтей, изъ коихъ двое умерли въ раннемъ дѣтствѣ, а одинъ братъ живъ, здоровъ, служитъ на военной службѣ. Б. спиртные напитки употребляетъ умеренно; курить мало. Венерическими болѣзнями и сифилисомъ не болѣлъ. Въ послѣднее время живетъ въ очень скромной обстановкѣ, плохо питается и очень утомляется работой.

Въ дѣтствѣ перенесъ корь, скарлатину, дифтеритъ и коклюшъ. Неоднократно болѣлъ, по его словамъ, кератитомъ. Часто бывали экземы и «другія проявленія золотухи». 7 лѣтъ тому назадъ страдалъ какой-то болѣзною сердца, отъ которой излечился іодистымъ калиемъ.

Лѣтъ 13 тому назадъ жилъ въ сырой квартирѣ и тогда появились боли въ плечевыхъ суставахъ, которыя временами появляются и до сихъ поръ.

10 лѣтъ тому назадъ, т. е. приблизительно въ 18-лѣтнемъ возрастѣ, прыгивая съ качель, почувствовалъ боль въ лѣвомъ колѣнѣ, появилась опухоль этого сустава, и больной пролежалъ нѣсколько мѣсяцевъ; потомъ совершенно поправился, ходилъ свободно.

За 8 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, прыгая черезъ заборъ, больной почувствовалъ хрустъ въ лѣвомъ колѣнѣ, т. е. въ томъ, которое когда-то болѣло; появилась опухоль въ суставѣ; вскорѣ заболѣло и другое колѣно; ходить стало трудно даже съ палкой. Лечился на Хаджибейскомъ лиманѣ, гдѣ взялъ 30 раннихъ ваннъ безъ всякаго результата.

На видъ больной анѣмичень, довольно истощень и «худосочень». Кожа чистая. Лимфатическія железы не увеличены. Внутренніе органы здоровы. Моча нормальнаго цвѣта, состава и удѣльнаго вѣса.

Оба колѣнныхъ сустава опухли, контуры сглажены; суставныя капсулы равномерно растянуты въ умеренной степени жидкостью; *patella patans* въ обоихъ суставахъ; окружность колѣнъ одинакова на обоихъ сторонахъ; подъ чашкой 34 см., черезъ средину *patellae*—35, подъ нею—32 см. При ощупываніи суставныхъ капсулъ ничего особеннаго, рѣзкаго утолщенія, неровностей въ нихъ не замѣтно, крепитации не ощущается. Внутренній мышцелокъ лѣвой бедренной кости нѣсколько утолщень.

*Genua valga*: на лѣвой сторонѣ съ угломъ въ 170°, на правой—въ 165°. Мускулатура лѣваго бедра нѣсколько атрофирована. Ощупываніе и движеніе болѣзненны, но отдѣльныхъ болевыхъ точекъ нѣтъ. Движеніе мало ограничено, при насильственномъ сгибаніи за предѣлы прямого угла сильная болѣзненность; боковая подвижность и замѣтная расшатанность въ обоихъ колѣнахъ.

На діафизѣ лѣвой большеберцовой кости небольшая припухлость, болѣзненная при надавливаніи. Въ другомъ суставѣ и частяхъ скелета объективно ничего ненормальнаго.

Субъективныя ощущенія больного сводятся къ постояннымъ ноющимъ болямъ въ колѣнахъ, усиливающимся при ходьбѣ, къ чувству слабости и неустойчивости въ больныхъ суставахъ; при усиленной ходьбѣ больной скоро утомляется и тогда едва можетъ передвигаться съ палкой. Ночныхъ болей, вѣрнѣе—обостренія болей ночью нѣтъ.

При поступленіи въ клинику больному назначено: КJ. по 2,0 grm. pro die, души горячаго воздуха изъ аппарата Frey'я на больные суставы, покойное положеніе въ постели и усиленное питаніе.

Больной переносилъ іодъ отлично и, потому, съ 6 дня леченія—постепенное увеличеніе дозъ іодистаго калия. На 23 день леченія больной дошелъ до приема 10,0 въ день; на 25 день КJ оставленъ.

За время этого леченія улучшеніе въ суставахъ было незначительно; уменьшилось только количество выпота, но боли, хотя и менѣе сильныя, все же продолжались, и свободно ходитъ больной не могъ. Зато общее состояніе больного поразительно поправилось, съ каждымъ днемъ habitus его становился все лучше и лучше и можно было сказать, что подъ вліяніемъ іода больной «расцвѣталъ». Это вліяніе іода было настолько разительно, что его замѣчалъ и самъ больной; самочувствіе, за исключеніемъ болей, было прекрасное, тоже и аппетитъ. Кромѣ легкаго насморка, отмѣченнаго на 20 день леченія, никакихъ явленій іодизма.

На 27 день пребыванія больного въ клиникѣ ему назначены ежедневныя втиранія ungu. mercurialis по 4.0 grm.

Послѣ 3 втиранія въ исторіи болѣзни ординаторомъ отмѣчено: «боли въ суставахъ значительно слабѣе».

Послѣ 6 втираній: «жидкость еще держится въ лѣвомъ суставѣ (въ томъ, который былъ болѣе пораженъ), правое колено нормально». Больной ходитъ.

Послѣ 12 втираній: «оба коленные сустава пришли къ нормѣ, выпоты всосались, никакихъ болей, движенія и ходьба свободны».

Сегодня, на 42 день леченія, N. N. выписывается совершенно здоровымъ <sup>1)</sup>.

Вы видѣли, Мм. Гг., этого больного въ амбулаторіи, въ аудиторіи и на обходахъ, вы сами могли слѣдить за теченіемъ его болѣзни и за его леченіемъ и сами могли убѣдиться, что я былъ правъ въ своемъ діагнозѣ.

Спрашивается, на чемъ я основывалъ распознаваніе и почему я упорно держался его, несмотря на неудачи въ началѣ леченія?

Каюсь—я признаю, что у зрѣлыхъ врачей-практиковъ, много видѣвшихъ и наблюдавшихъ, съ теченіемъ времени развивается—простите мнѣ выраженіе—какое-то чисто практическое «чутье», о чемъ я не разъ вамъ говорилъ, и сознаю, что въ данномъ случаѣ, при распознаваніи мною у этого больного сифилиса, это «чутье» сыграло свою роль; однако съ діагнозами, основанными на этой способности «отгадывать», далеко не уйдешь, поэтому я никогда не позволяю себѣ довольствоваться такими распознаваніями, поставленными съ «высоты птичьяго полета», схваченными, такъ сказать, при помощи указанной способности, а всегда стараюсь подкрѣпить такой діагнозъ логическими разсужденіями и всегда готовъ отказать отъ своего перваго впечатлѣнія, если объективная оцѣнка всѣхъ данныхъ изслѣдованія не подтверждаетъ мое первоначальное предположеніе.

<sup>1)</sup> Больного этого мы видѣли послѣ выписки изъ клиники и черезъ нѣсколько недѣль могли констатировать, что результатъ леченія, по крайней мѣрѣ—за это время, оставался стойкимъ.

Въ разбираемомъ случаѣ я почему-то «почуялъ», что передо мною сифилитикъ; дальнѣйшее обсужденіе всей клинической картины и наблюденія за больнымъ подтверждали въ моихъ глазахъ мое первое впечатлѣніе и поэтому я упрямо держался своего взгляда, не взирая на все сомнѣнія и возраженія, предъявлявшіяся мнѣ.

Посмотримъ сперва, какого рода матеріалъ для діагноза имѣлся въ нашихъ рукахъ:

Самое тщательное изслѣдованіе суставовъ позволяло только опредѣлить, что на-лицо имѣлся въ колѣнахъ хронической серозный синовитъ, но не давало намъ ни одного симптома, характернаго для того или другого этиологическаго момента; ни капсула, ни суставные концы костей не представляли ничего специфическаго; безболѣзненное припуханіе *condyli int. femoris* объяснялось съ одинаковымъ правомъ какъ старымъ оститомъ того или другого происхожденія, такъ и просто выпячиваніемъ нѣсколько утолщеннаго мышелка при *genu valgum staticum*. Субъективные жалобы больного тоже не давали ничего типичнаго. Одно только обращало здѣсь на себя наше вниманіе, это не соответствующее незначительной степени пораженія суставовъ, легко наступавшее затрудненіе при ходьбѣ. Общее изслѣдованіе всего организма больного тоже давало отрицательный результатъ; крайне незначительный періоститъ *tibiae* не могъ быть признанъ типичнымъ и вселялъ только нѣкоторое подозрѣніе.

Изъ анамнеза мы должны были остановиться на перенесенныхъ больнымъ въ дѣтствѣ острозаразныхъ болѣзняхъ, на повторявшихся кератитахъ, на боляхъ въ плечевыхъ суставахъ и на бывшихъ травмахъ.

Травмѣ, которой подвергся лѣвый колѣнный суставъ 10 лѣтъ тому назадъ, нельзя было придавать большого значенія. Несомнѣнно, что эта легкая дисторсія, полученная при прыжкѣ съ качель, была лишь предрасполагающей причиной, вызвавшей въ уже нездоровомъ суставѣ обостреніе существовавшаго болѣзненнаго процесса, протѣкавшаго больного въ постели нѣсколько мѣсяцевъ. Обращаю вниманіе ваше на то, что это заболѣваніе колѣна, вызванное якобы травмой, развилось, когда больному было 18 лѣтъ, а появилось, вѣроятно, раньше, т. е. въ такомъ возрастѣ, когда поздній наследственный сифилисъ нерѣдко впервые даетъ себя знать, поражая суставы. Вторая травма—при прыжкѣ черезъ заборъ,—которой больной подвергся 8 мѣсяцевъ тому назадъ, вызвала снова заболѣваніе того же лѣваго колѣннаго сустава, но вскорѣ заболѣло и правое колѣно. Не сомнѣваюсь, что колѣнные суставы были больны, хотя больной считалъ себя здоровымъ, и прыжка было достаточно, чтобы вызвать,—по мнѣнію больного, обострить,—по моему мнѣнію, болѣзнь суставовъ.

Далѣе больной ссылается на боли въ плечевыхъ суставахъ, появившіяся будто отъ сырой квартиры. Я готовъ допустить, что продолжительное дѣйствіе сырости способно вызвать легкіе притивные артриты, но не могу объяснить себѣ этимъ этиологическимъ моментомъ столь упор-



ныя измѣненія въ сочлененіяхъ, какія мы видѣли у нашего больного въ колѣнныхъ суставахъ. Склонень, однако, думать, что причина заболѣванія колѣнъ и болей въ плечевыхъ суставахъ одна и та же.

Бывшіе у больного кератиты, о характерѣ которыхъ подробно намъ ничего не извѣстно, все же должны быть признаны очень подозрительными въ смыслѣ наследственнаго сифилиса.

Острозаразные болѣзни—корь, скарлатина, дифтеритъ, которыми нашъ больной болѣлъ, должны были привлечь на себя наше вниманіе, такъ какъ вліяніе ихъ на суставы, черезъ посредство щитовидной железы, какъ вы знаете, возможно.

Слѣдуетъ еще припомнить бывшее у больного какое-то заболѣваніе сердца, излеченное іодистымъ калиемъ. При отсутствіи какихъ-либо болѣе подробныхъ свѣдѣній объ этой болѣзни мы не имѣемъ данныхъ судить о ней, но можемъ, однако, предположить, что неполадки со стороны сердца у молодого субъекта, не болѣвшаго гонорреей и острымъ суставнымъ ревматизмомъ, исчезнувшіе послѣ леченія іодомъ, могли зависѣть отъ дистиреоза или отъ начинавшагося гуммознаго процесса въ мускулатурѣ сердца.

Приобрѣтенный сифилисъ больной отрицаетъ. Вы знаете, какъ мало я придаю обыкновенно значенія такимъ категорическимъ заявленіямъ больныхъ, но въ этомъ случаѣ я дѣлаю исключеніе и вѣрю больному. Онъ слишкомъ развитой и интеллигентный человѣкъ, чтобы умышленно вводить насъ въ заблужденіе; онъ холостъ, свободенъ и одинокъ, поэтому у него нѣтъ причины скрывать отъ насъ бывшую инфекцію; наконецъ, онъ слишкомъ разумно относится къ своей болѣзни и ему слишкомъ важно скорѣе поправиться, чтобы утаивать отъ насъ то, что можетъ быть было бы намъ ключемъ къ разгадкѣ его болѣзни. Наконецъ, онъ могъ бы не знать о бывшемъ зараженіи, но и этого предположить нельзя, такъ какъ онъ очень мнителенъ и тщательно слѣдитъ за своимъ здоровьемъ, а изъ распросовъ его нельзя уловить и намека на бывшее заболѣваніе lues'омъ.

Что касается наследственнаго сифилиса, то изъ біографіи больного и разсказовъ о семьѣ тоже никакихъ заключеній сдѣлать нельзя.

Вотъ тотъ діагностическій матеріалъ, которымъ мы располагали въ этомъ случаѣ. Каковы же были наши дальнѣйшія разсужденія?

Прежде всего мы должны были признать, что собственно заболѣваніе колѣна, какимъ оно намъ представлялось, могло зависѣть отъ затянутаго остраго суставнаго ревматизма, отъ гонорройной инфекціи, отъ заболѣванія нервной системы, отъ атипичной подагры; оно могло быть тиреотоксическимъ, туберкулезнымъ и сифилитическимъ. Послѣдствіе остраго суставнаго ревматизма и гонорройная инфекція сразу исключались, за неимѣніемъ ихъ въ анамнезѣ, тоже и неврогенное происхожденіе артритовъ—за неимѣніемъ никакихъ симптомовъ заболѣванія нервной системы.

Что касается подагры, то о типичной *arthritis uratica* здѣсь, конечно, нечего было и думать, но при подагрѣ атипичной, особенно наследственной, при такъ назыв. артритизмѣ, подобнаго рода хроническіе синовиты встрѣчаются и, преимущественно, въ колѣнахъ; наблюдаются они и у молодыхъ людей, происходящихъ изъ переуитанныхъ артритическихъ семей, иногда у дѣтей алкоголиковъ. Если нѣтъ прямыхъ указаній на подагру въ семьѣ, а у больного отсутствуютъ, кромѣ заболѣванія сустава, другіе признаки артритизма (куда я причисляю: флебосклерозъ со всѣми его послѣдствіями—геморрой, *varicoseae*, *phlebectasiae*; ранній артеросклерозъ съ неправильностями въ дѣятельности сердца: неправильныя функціи печени, кишечника, почекъ; нѣкоторыя заболѣванія кожи и т. д.), то приходится основываться на изслѣдованіи мочи, хотя и это послѣднее не всегда доказательно. Въ нашемъ случаѣ моча, очень подробно изслѣдованная, была нормальна и никакихъ другихъ признаковъ или указаній анамнеза на артритизмъ не было; да наврядъ-ли можно было и ожидать наследственности въ этомъ отношеніи у нашего больного, происходящаго изъ скромной, небогатай семьи народнаго учителя; наконецъ, и самъ больной нисколько не походилъ на довольно характерный типъ наследственнаго артритика. На основаніи этихъ соображеній мы исключили здѣсь и атипическую подагру.

За тиреогенную интоксикацію у даннаго субъекта говорили только перенесенныя имъ острозаразныя болѣзни и бывшее у него заболѣваніе сердца. Само пораженіе суставовъ, только большихъ, было не характерно для тиреотоксическаго артрита; можно было, пожалуй, думать о той формѣ этого полиартрита, при которой пораженіе суставовъ идетъ отъ центра къ периферіи, такъ какъ у пациента болѣли плечевые и колѣнные суставы, но и отъ этой мысли надо было отказаться, потому что съ начала заболѣванія прошло около 13 и не менѣе 10 лѣтъ, а за такой продолжительный періодъ времени тиреотоксическій прогрессирующій полиартритъ далъ бы совершенно другую картину. Кромѣ того, за исключеніемъ какого-то темнаго заболѣванія сердца, ни въ анамнезѣ, ни въ настоящемъ состояніи больного не было никакихъ признаковъ дистиреодизма.

Другіе виды *arthritis progressivae chron.* (Hoffa) или такъ назыв. «хроническаго суставнаго ревматизма» тоже исключались по той же причинѣ—слишкомъ длительное теченіе безъ болѣе значительныхъ измѣненій въ суставахъ.

Приходилось, такимъ образомъ, исключить еще туберкулезъ или признать его.

Въ согласіе съ темъ, что въ общемъ во всей картинѣ болѣзни колѣнныхъ суставовъ у нашего больного похожаго на туберкулезное заболѣваніе ихъ было очень мало. Такого добродушнаго туберкулезнаго процесса въ суставахъ, да еще поразившаго два парныхъ сустава, при 8-мѣсячномъ существованіи болѣзни, мы не знаемъ. Несмотря на утолщеніе мышелка лѣваго бедра, видимо стараго происхожденія, при поступленіи больного

въ обоихъ колѣнахъ рѣзко превалировало заболѣваніе синовиальной съ серьезнымъ выпотомъ; во всякомъ случаѣ о фунгозномъ остеоартритѣ, конечно, не стоило и говорить; слѣдовательно, допуская туберкулезъ, приходилось объяснить всю картину пораженія суставовъ за послѣдніе мѣсяцы свѣжей высыпью бугорковъ на синовиальной; ну, конечно, всякій, видѣвшій когда-либо туберкулезную водянку колѣна, сразу скажетъ, что этого заболѣванія у нашего больного не было.

Какъ вы знаете, самымъ типичнымъ симптомомъ при такого рода синовиитахъ является крайняя болѣзненность сустава, не только препятствующая больному свободно ступать на больную конечность, но обычно не допускающая даже малѣйшихъ движеній! Правда, боли, и довольно сильныя, мучили и нашего больного, но все же, не будучи утомленъ, онъ могъ ходить, и ходить сравнительно много, а подвижность въ суставахъ была даже мало ограничена—все это, несмотря на 8-мѣсячную продолжительность болѣзни. Для меня сказаннаго уже вполне достаточно, чтобы съ увѣренностью отрицать у этого молодого человѣка наличность туберкулезнаго заболѣванія колѣнныхъ суставовъ.

Теперь оставался, какъ этиологическій моментъ, вызвавшій синовитъ, только сифилисъ, и сифилисъ поздній наследственный, такъ какъ приобретенный мы уже исключили.

Что касается состоянія собственно суставовъ, то, какъ мы видѣли, въ нихъ не было ничего типичнаго и для сифилиса, но не было и ничего такого, что исключало бы гуммозный синовитъ; кромѣ того, вся исторія заболѣванія суставовъ безъ всякой натяжки могла быть легко объяснена именно позднимъ наследственнымъ сифилисомъ. Вотъ какъ я съ этой точки зрѣнія рисовалъ себѣ теченіе болѣзни: первичный гуммозный фокусъ въ *condyl. int. femoris sinistri*, протекавшій затѣмъ незамѣтно притивный или гуммозный синовитъ въ томъ-же колѣнѣ, незначительный гидартрозъ и незамѣченная расшатанность сустава, легкая дисторсія въ больномъ суставѣ при прыжкѣ съ качель, подъ вліяніемъ травмы ухудшеніе и обостреніе процесса въ больномъ колѣнѣ, послѣ продолжительнаго покоя и леченія затиханіе процесса; подъ вліяніемъ плохой обстановки, недостаточнаго питанія, сырыхъ квартиръ и переутомленія работой—пониженіе способности организма противодѣйствовать скрытой болѣзни, вновь появленіе легкаго гидартроза, но уже въ двухъ суставахъ, снова легкая травма при прыжкѣ и новое обостреніе уже существующихъ синовитовъ, приведшее больного къ намъ. Какъ будто нѣсколько противорѣчили предположенію о сифилитическомъ характерѣ синовитовъ слишкомъ атипичныя, постоянныя боли въ колѣнахъ, постоянно ухудшавшіяся и при утомленіи, что вызывало почти полное нарушеніе функций конечности—явленіе, какъ вы уже знаете, обычно не свойственное сифилитическимъ артритамъ, но въ атипическихъ случаяхъ все же наблюдаемое, какъ исключеніе изъ правила; слѣдовательно, и это явленіе не могло разсматриваться какъ симптомъ, исключаящій сифилисъ сустава.

Не встрѣчалось-ли, далѣе, какого-либо противорѣчія въ объясненіи сифилисомъ данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи общаго состоянія больного и изъ обсужденія анамнеза? Нѣтъ—долженъ я сказать. Напротивъ, найденный у больного, правда—очень мало выраженный, періоститъ tibiae, повторявшіеся кератиты, отмѣченное въ анамнезѣ заболѣваніе сердца, легко уступившее леченію іодистымъ калиемъ, и, наконецъ, кахектической *habitus* больного—все это, тоже безъ всякой натяжки, получало свое объясненіе, если было допустить, что больной страдаетъ наследственнымъ *lues*'омъ.

Въ концѣ-концовъ, разумируя всѣ вышеприведенныя разсужденія, я долженъ былъ придти къ выводу, что вся клиническая картина случая не могла считаться характерной для сифилитическихъ артропатій, но, съ другой стороны, исключивъ всѣ перечисленные выше этиологическіе моменты, я могъ объяснить только наследственнымъ сифилисомъ всѣ отдѣльныя болѣзненные явленія, имѣвшіяся у этого больного, и потому долженъ былъ остановиться на этомъ послѣднемъ, какъ на причинѣ заболѣванія колѣнныхъ суставовъ въ разбираемомъ случаѣ.

Уже не разъ говорилъ я вамъ, что въ подобныхъ случаяхъ вопросъ обыкновенно рѣшается пробнымъ леченіемъ, на что я и разсчитывалъ. Однако первая наша попытка въ этомъ направленіи осталась безъ всякаго результата. Выше я уже далъ вамъ объясненія этой неудачи. Гораздо болѣе внушительной должна была казаться на первый взглядъ вторая неудача. Мы видѣли, что и леченіе очень большими дозами іодистаго калия въ клиникѣ, въ теченіе 25 дней; почти не повліяло на больные суставы. Однако и это обстоятельство, по моему, не давало намъ еще права отказаться отъ нашего діагноза. Правда, вліяніе большихъ дозъ іода на суставъ было минимальнымъ или почти равно нулю, такъ какъ полученное незначительное улучшеніе можно было приписать просто покою, отдыху, улучшенному питанію и, пожалуй, горячему воздуху, но зато вліяніе іода на общее состояніе больного было дѣйствительно поразительное. Это «возрожденіе», если я смѣю такъ выразиться, организма въ теченіе 25 дней не могло быть объяснено ничѣмъ другимъ, кромѣ специфическаго вліянія іода; одно то обстоятельство, что истощенный, анемичный больной такъ хорошо переносилъ столь большія дозы іода, поправляясь со дня на день, уже указывало на то, что организмъ нуждается въ этомъ леченіи, какъ будто требуетъ его. Вы помните изъ другихъ нашихъ случаевъ, что такое магическое вліяніе іода при гуммозномъ и наследственномъ сифилисѣ слѣдуетъ считать даже характернымъ; съ другой стороны, какъ я уже не разъ говорилъ вамъ, такого разительнаго вліянія іода я ни при какой другой болѣзни, кромѣ сифилиса, не знаю. Вотъ почему и на этотъ разъ я не только не поколебался въ своемъ діагнозѣ, но получилъ еще больше увѣренности въ томъ, что я не ошибаюсь.

Почему-же, однако, іодъ не дѣйствовалъ въ этомъ случаѣ на суставы, когда мы съ вами уже за одинъ этотъ семестръ не разъ видѣли, какъ быстро уступаютъ обычно сифилитическія артропатіи іодистому леченію?

На этотъ вопросъ я долженъ отвѣтить слѣдующее: всякому опытному врачу извѣстно, что встрѣчаются субъекты, которые почему-то очень плохо противодѣйствуютъ сифилитическому яду или, можетъ быть, существуютъ такія формы сифилитической инфекціи, которыя особенно интензивно дѣйствуютъ на нѣкоторыя ткани организма, протекаютъ очень торпидно и очень туго поддаются леченію; послѣднее особенно касается отдѣльныхъ, локализованныхъ фокусовъ болѣзни. Такъ, мнѣ, какъ и другимъ, не разъ приходилось видѣть случаи гуммознаго или наследственнаго сифилиса съ множественной локализацией болѣзни, гдѣ подъ вліяніемъ леченія больной рѣзко поправляется, всѣ явленія исчезаютъ, но одинъ какой-нибудь фокусъ, будь это язва, періоститъ или артритъ, остается *in statu quo* и лишь крайне медленно или совсѣмъ не поддается леченію. Терапевты и невропатологи знаютъ это лучше насъ: есть, напр., такіе случаи гуммъ печени или гуммозныхъ процессовъ въ центральной нервной системѣ, гдѣ леченіе, напр., іодомъ, быстро даетъ блестящій результатъ, но есть и такіе, гдѣ, несмотря на улучшеніе общаго состоянія организма, это леченіе остается безъ всякаго вліянія на мѣстный процессъ. То же я наблюдалъ при нѣкоторыхъ гуммозныхъ артритяхъ. Къ этой-то категоріи больныхъ я склоненъ былъ причислить и нашего больного.

Кромѣ того, не надо забывать; что при гуммозныхъ пораженіяхъ вообще, а при гуммозныхъ процессахъ въ костяхъ и суставахъ обычно, лучше всего дѣйствуетъ леченіе іодомъ, но встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ приходится прибѣгать къ ртути или смѣшанному леченію. Поэтому, не видя въ данномъ случаѣ, вліянія іодистаго леченія на суставы, я предложилъ испытать втиранія ртутной мази. Результатъ этого леченія сказался очень скоро, а послѣ 12 фрикцій вы видите предъ собой совершенно здороваго человѣка.

Вы замѣтили, что онъ вошелъ въ аудиторію безъ палки, совершенно свободно. За исключеніемъ утолщенія *condyli int. femor. sin.*, всѣ патологическія явленія въ суставахъ исчезли. Общее состояніе не оставляетъ желать ничего лучшаго. Больной чувствуетъ себя настолько хорошо, что спѣшитъ вернуться къ своимъ занятіямъ, съ обѣщаніемъ, конечно, еще нѣкоторое время посѣщать насъ, оставаясь такимъ образомъ подъ врачебнымъ надзоромъ.

Смѣю думать, что всякій, и самый строгій скептикъ, видѣвшій больного до и послѣ леченія, теперь согласится со мною, что мы дѣйствительно имѣли предъ собой сифилитика.

Случай этотъ, Мм. Гг., очень и очень поучителенъ во многихъ отношеніяхъ, онъ какъ бы созданъ для разбора въ академической госп. факультетской клиникѣ, имѣющей задачей приучить начинающаго къ самому тщательному клиническому анализу даже самыхъ простыхъ, повседневныхъ случаевъ. Случай этотъ прекрасно иллюстрируетъ значеніе такого клиническаго разбора и демонстративно доказываетъ, что въ нашемъ дѣлѣ не все такъ просто, какъ оно кажется, а что не просто,

то требуетъ изученія и самаго вдумчиваго къ себѣ отношенія, въ практической же медицинѣ—прежде всего сознательнаго стремленія никогда не пользоваться шаблонами.

Дѣйствительно, при шаблонномъ отношенія къ этому больному діагностическая ошибка напрашивается сама собой: неясные хроническіе синовиты колѣнъ, «летучія» боли въ плечевыхъ суставахъ, сырая квартира и заболѣваніе сердца въ анамнезѣ—и діагнозъ «хроническаго суставнаго ревматизма» готовъ, затѣмъ неизбѣжный салициловый натръ, аспиринъ и.... маленькія дозы іодистаго калия, а у состоятельнаго больного—лечение грязями или Wiesbaden, а затѣмъ... обвиненія неповинной медицины въ безпомощности... Сколько такихъ случаевъ я видѣлъ...

Чтобы покончить съ главой о распознаваніи сифилитическихъ артропатій, я въ заключеніе позволю себѣ еще указать вамъ, что при полномъ отсутствіи анамнестическихъ данныхъ и типичныхъ признаковъ сифилитическаго пораженія суставовъ врачъ-практикъ, для выясненія діагноза въ подозрительныхъ на lues случаяхъ, долженъ умѣть пользоваться для своихъ цѣлей всякаго рода побочными обстоятельствоми, касающимися изслѣдуемаго больного; я имѣю въ виду: самую личность больного, его семейное и социальное положеніе, его профессію, образованіе, психическое его состояніе и т. п.

Я хочу сказать, это именно здѣсь—у больныхъ, у которыхъ подозрѣвается lues, врачъ, для выясненія истины, а слѣдовательно—и для успѣха леченія, иногда долженъ быть не только врачомъ, но до известной степени и психологомъ. Выше я привелъ вамъ два случая, гдѣ больные мальчики были мнѣ присланы сифилитологами и гдѣ отцы ихъ, будучи близки съ этими врачами-спеціалистами, съ самаго начала разговора со мною сами начинали убѣждать меня, что сифилисомъ не болѣли. У сыновей ихъ были болѣе или менѣе характерныя для lues'a пораженія суставовъ, допускавшія діагнозъ и безъ анамнеза, но это сопоставленіе близости къ сифилитологамъ и настойчиваго, ничѣмъ съ моей стороны не вызваннаго отрицанія lues'a, при согласіи подвергнуть своихъ сыновей специфическому леченію, съ которымъ отцы видимо были отлично знакомы—послужило въ моихъ глазахъ обстоятельствомъ, въ значительной степени подтверждающимъ мой діагнозъ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ я почти не сомнѣвался, что отцы были пациентами приславшихъ ихъ врачей.

Разрѣшите рассказать вамъ еще одинъ случай изъ моей практики, который я всегда вспоминаю, когда говорятъ объ анамнезѣ при сифилисѣ.

Когда я былъ еще ассистентомъ, меня какъ-то разъ, очень поздно вечеромъ, экстренно, пригласили къ неизвѣстной мнѣ больной. Я поѣхалъ. Войдя въ небольшую, но не безъ претензіи къ дешевой роскоши убранную квартиру, я въ первой комнатѣ увидѣлъ карточный столъ, за которымъ сидѣло 4 игрока; одинъ изъ нихъ—немолодой, полный господинъ въ отставномъ военномъ сюртукѣ, человѣкъ, видимо проведшій «бурную» жизнь, что называется «бывалый», увидя меня, приветалъ, поздоровался

и, назначая игру, попросилъ меня пройти къ женѣ. Въ сравнительно нарядномъ будуарѣ я засталъ довольно красивую женщину лѣтъ 30-ти, на видъ совершенно здоровую. Она объяснила мнѣ, что у нея уже нѣ сколько недѣль болятъ оба колѣна. Я выразилъ удивленіе, почему же я понадобился ей именно сегодня, экстренно, почти ночью. Она пояснила, что давно просила мужа позвать врача, онъ обѣщалъ, но не исполнялъ ея просьбу и, наконецъ, сегодня она уже очень энергично потребовала, чтобы врачъ былъ немедленно, такъ какъ ее измучали боли. Мало же этотъ господинъ интересуется своей супругой—подумалъ я. При осмотрѣ я нашелъ хроническіе, пожалуй, подострые серозные синовиты колѣнныхъ суставовъ съ утолщеніемъ капсулъ, мягкой крепитацией и нѣкоторой тугоподвижностью. Боли, по словамъ больной, были постоянны, днемъ и ночью одинаковы. Дальнѣйшее изслѣдованіе больной было довольно затруднительно, такъ какъ она неприятно ломалась, считая это видимо скучнымъ и ненужнымъ. Послѣ нѣсколькихъ самыхъ обычныхъ вопросовъ моихъ, на которые она тоже отвѣчала нехотя, она вдругъ прервала меня озадачившимъ меня возгласомъ: «пожалуйста, докторъ, не думайте, что у меня былъ сифилисъ». До этого момента я думалъ о какой-нибудь формѣ «хроническаго ревматизма», но послѣ этого сталъ думать о латентическихъ артритяхъ. Успокоивъ какъ будто обиженную больную, я изъ дальнѣйшихъ разговоровъ успѣлъ узнать, что беременной она никогда не была, ничѣмъ по ея словамъ не болѣла, но разъ только, будучи уже замужемъ, страдала какой то странной болью въ области *orificiі urethrae*, отъ чего лечилась у гинеколога, котораго она назвала. Гинекологъ этотъ, нынѣ уже давно умершій, пользовался во врачебныхъ кругахъ не вполне безупречной репутаціей, вслѣдствіе того, что у дамъ лечилъ все, особенно то, что должно было остаться въ секретѣ. Далѣе я понималъ, что мужъ ея торгуетъ лошадьми, большой игрокъ, мало бываетъ дома и много развѣзжаетъ по своимъ дѣламъ. Вся эта обстановка, но главное обиженный безъ причины тонъ больной и ея ничѣмъ не вызванная фраза, наконецъ леченіе у сказаннаго врача—все это вмѣстѣ натолкнуло меня на мысль, что у больной былъ *lues*, и что она это прекрасно знаетъ; если это такъ, думалъ я, то и характеръ артритовъ становится яснымъ. Однако я не позволилъ себѣ увлечься своими психологическими этюдами и назначилъ больной литій и массажъ. Когда я уходилъ, мужъ, все не отрываясь отъ игры, простился со мною, ничего не спрашивая у меня, а бросивъ мнѣ вслѣдъ только фразу: «вѣдъ у моей жены, конечно, просто, ревматизмъ». Черезъ нѣсколько дней я снова посѣтилъ больную; отъ массажа ей стало гораздо хуже; каждый сеансъ настолько обострялъ боли, что онѣ дѣлались невыносимыми. Я назначилъ КJ и ртутный пластырь на колѣни. Вечеромъ я получилъ записку, извѣщавшую меня, чтобы я больше прѣзжать не беспокоился. Еще черезъ нѣсколько дней мой шефъ и учитель прочиталъ мнѣ цѣлую нотацію за легкомысленный діагнозъ и за мою безтактность. Оказалось, что его пригласили послѣ меня къ этой

больной на консультацію съ наиболѣе извѣстнымъ у насъ тогда сифилидологомъ. Мужъ и жена очень жаловались на меня, сильно бранили меня за то, что я будто призналъ у больной сифилисъ, хотя я въ дѣйствительности сказалъ женѣ, что у нея ревматизмъ, слова «сифилисъ» не произносилъ, а мужа съ перваго посѣщенія больше и не видѣлъ. Мой шефъ и сифилидологъ ничего, даже подозрительнаго, не нашли, но видимо діагноза не поставили. Мнѣ оставалось пристыженно молчать, но я не только въ душѣ не отказался отъ своего распознаванія, а во всемъ поведеніи супруговъ увидѣлъ полное подтвержденіе, что я разгадалъ загадку.

Года чрезъ 1½ ко мнѣ на домашній приѣмъ явилась та же дама, истощенная, сильно состарившаяся и совершенно больная; она рассказала мнѣ со слезами, что лечилась у разныхъ врачей и, чувствуя постепенное ухудшеніе своего состоянія и не получая облегченія, отправилась за діагнозомъ въ Москву, къ покойному проф. Г. А. Захарьину. Послѣдній, какъ всегда, очень подробно изслѣдовалъ больную, прямо сказалъ ей, что у нея тяжелый сифилисъ и спросилъ ее: «неужели никто изъ вашихъ врачей не лечилъ васъ отъ сифилиса?» Когда больная ему отвѣтила, что былъ одинъ молодой ассистентъ, который назначилъ ей іодъ и ртуть, Захарьинъ сказалъ ей коротко: «отправляйтесь сейчасъ же къ этому врачу и просите его, чтобы онъ лечилъ васъ». Отъ сопровождавшей больную сестры ея я узналъ, что она разошлась съ мужемъ, теперь въ очень тяжеломъ положеніи и такъ нравственно угнетена, что близка къ психозу. Осмотрѣвъ больную, я нашелъ періоститы почти по всему скелету, въ такомъ количествѣ и на такихъ костяхъ, какъ я больше никогда не видѣлъ; такъ, между прочимъ, имѣлись періоститы обѣихъ подвздошныхъ костей, на внутренней ихъ поверхности (что можно было констатировать при гинекологическомъ изслѣдованіи), а также — въ области гребешковъ ихъ; поражена была и нижняя челюсть. Ночныя боли бывали невыносимы; больная была очень малокровна, истощена и раздражительна. Остальныхъ подробностей я не помню; знаю одно, что сестрѣ я высказалъ совершенно опредѣленно мое мнѣніе о плохомъ исходѣ для больной, особенно — если она не будетъ лечиться. Я считалъ, что предо мною тяжелый случай lues'a, такъ называемый syphilis gravis. Къ сожалѣнію, послѣ двухъ инъекцій ртутныхъ препаратовъ больная снова исчезла, и больше я ее не видѣлъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ я узналъ отъ кого-то изъ врачей, что она погибла отъ крайне тяжелыхъ, очень бурно протекавшихъ, гуммозныхъ пораженій внутреннихъ органовъ.



## Лекція ІХ.

Мм. Гг.

Теперь намъ предстоитъ остановиться на вопросѣ о леченіи сифилитическихъ артропатій гуммознаго періода. При этомъ считаю излишнимъ касаться здѣсь общихъ мѣстъ и литературы, такъ какъ со всѣми подробностями терапіи сифилиса вы легко можете ознакомиться изъ специальныхъ руководствъ и монографій, авторы которыхъ, конечно, болѣе компетентны въ этомъ дѣлѣ, чѣмъ я; моей задачей я считаю изложеніе вамъ главнымъ образомъ моихъ личныхъ взглядовъ на леченіе только сифилиса суставовъ, такъ какъ въ этомъ отношеніи, какъ вы знаете, я обладаю достаточнымъ собственнымъ матеріаломъ и нѣкоторою опытностью, которая, можетъ быть, послужитъ на пользу и вамъ.

Что въ каждомъ случаѣ сифилитическаго пораженія сустава мы должны начинать наше леченіе съ леченія общаго, антисифилитическаго, не стоитъ и говорить—это понятно само собою и извѣстно всякому, но какъ имъ пользоваться, какъ его примѣнять для достиженія наилучшаго успѣха—это вопросъ, по моему, далеко еще недостаточно выясненный среди хирурговъ и врачей-практиковъ, по крайней мѣрѣ среди нашихъ русскихъ товарищей, въ чемъ я имѣю случай убѣждаться чуть-ли не ежедневно.

Съ нѣкоторыми основными принципами моими въ этомъ отношеніи вы уже познакомились изъ цѣлаго ряда вышеприведенныхъ исторій болѣзней, позвольте же сегодня только итогировать и систематизировать отчасти уже сказанное и указать вамъ на тѣ крупныя, по моему, ошибки при леченіи сифилитическихъ артритовъ, съ которыми постоянно приходится встрѣчаться въ практической жизни.

Всѣ хорошо знаютъ, что іодъ наиболѣе могущественное средство въ нашихъ рукахъ при борьбѣ съ гуммозными, особенно поздними пораженіями скелета, но далеко не всѣ умѣютъ имъ пользоваться и получать при его помощи желательные результаты <sup>1)</sup>.

Обычно у насъ въ практикѣ почему-то принята одна ходячая доза іодиетаго калия или натрія, это—приблизительно 1,0 grm. pro die; про-

<sup>1)</sup> Многіе не считаютъ іодъ средствомъ специфически-антисифилитическимъ, какъ ртуть, и непременно требуютъ поэтому, для достиженія стойкаго результата, ртутнаго или смѣшаннаго леченія. Нисколько не оспаривая этого взгляда, я могу только сказать, что въ очень большомъ числѣ случаевъ сифилитическихъ артропатій я видѣлъ прекрасные и очень стойкіе результаты при леченіи только іодомъ.

писываютъ чаще всего 4,0 на 180,0 воды и даютъ этого раствора 3 ложки въ день, очень рѣдко повышая эту дозу до 2,0 grm. pro die; по крайней мѣрѣ другого назначенія іодистаго калия въ практикѣ у насъ я почти никогда не встрѣчалъ <sup>1)</sup>).

Если эта доза не дѣйствуетъ или мало дѣйствуетъ,—а при сифилитическихъ артритахъ это бываетъ часто, — то леченіе это либо продолжается очень долго и все же безцѣльно, либо его признаютъ нецѣлесообразнымъ и замѣняютъ его другимъ, либо посылаютъ больного въ курорты, либо даже отказываются отъ діагноза, считая проведенное леченіе пробнымъ. Но тутъ-то и кроется вся ошибка—французы, не только сифилидологи, но и хирурги, уже давно совѣтуютъ примѣнять при гуммозныхъ пораженіяхъ скелета гораздо большія и даже очень большія дозы іодистаго калия; то-же мы встрѣчаемъ и у германскихъ сифилидологовъ (Lang). Такъ, напр., въ руководствѣ по хирургіи Le Dentu и Delbet, въ отдѣлѣ о заболѣваніяхъ суставовъ авторы этого отдѣла Maucelaire и Dujaquier прямо указываютъ, что для леченія сифилиса суставовъ потребны высокія дозы іодистаго калия, отъ 6,0 до 10,0 grm. въ день; о такихъ же дозахъ говоритъ и Lang. Между тѣмъ у насъ почему-то такихъ дозъ какъ будто боятся и въ хирургической практикѣ почти никогда не употребляютъ.

Что касается меня, то я уже много лѣтъ пользуюсь іодистымъ калиемъ именно въ этихъ дозахъ и, какъ вы видѣли, не имѣю основанія отказываться отъ нихъ. Скажу больше, я не считаю, что больной, мѣсяцами принимавшій іодистый калий въ малыхъ дозахъ, дѣйствительно лечился іодомъ; въ такихъ случаяхъ, гдѣ больной, а иногда и его врачъ уже потеряли вѣру въ іодистое леченіе, я все-же назначаю тотъ-же іодистый калий, но въ большихъ дозахъ, и подчасъ достигаю блестящихъ результатовъ. Конечно, такое леченіе не можетъ и не должно быть слишкомъ продолжительнымъ, а при опредѣленіи всего количества іода, которое можетъ быть введено въ организмъ даннаго больного въ теченіе одного курса леченія, слѣдуетъ строго индивидуализировать и не допускать шаблона; вы видѣли случай, гдѣ мы довольствовались сравнительно небольшими количествами принятаго больными іода, но вы видѣли и такую больную, которая за три мѣсяца пребыванія въ клиникѣ приняла всего около  $\frac{1}{2}$  килограмма іодистаго калия, и это—только съ громадной пользой для ея здоровья.

Само собою разумѣется, что при назначеніи kalii jodati необходимо всегда считаться съ возможностью, что больной вообще іода не переноситъ и легко подвергается іодизму, а также и съ тѣмъ, что у нѣкоторыхъ субъектовъ іодистый калий, даже въ молоткѣ, сильно раздражаетъ желудочно-кишечный каналъ. Поэтому у взрослыхъ больныхъ, отношеніе орга-

<sup>1)</sup> Имѣю здѣсь въ виду только хирурговъ и врачей-практиковъ, не касаясь сифилидологовъ и отчасти невропатологовъ, которые, сколько мнѣ извѣстно, пользуются іодомъ гораздо энергичнѣе.

низма которыхъ къ іоду мнѣ еще не извѣстно, я всегда начинаю леченіе съ обычной дозы въ 1,0 grm. pro die и затѣмъ, убѣдившись въ отсутствіи признаковъ іодизма, черезъ нѣсколько дней начинаю повышать дозу и дохожу ad maximum для даннаго случая, т. е. до 4--6—8—10 grm. и больше въ день. Мы уже видѣли съ вами не разъ, что большинство старыхъ сифилитиковъ не только отлично переносятъ такія большія дозы и очень большія количества іода, но иногда прямо расцвѣтаютъ, возрождаются подѣ влияніемъ его; такое почти магическое влияніе іода на общее состояніе и самочувствіе сифилитиковъ настолько характерно, что можетъ даже служить намъ въ темныхъ случаяхъ лишнимъ діагностическимъ признакомъ. Къ сожалѣнію, встрѣчаются и такіе организмы, гдѣ іодъ переносится плохо или вовсе не переносится,\* но и тутъ не слѣдуетъ при первой неудачѣ тотчасъ отъ него отказываться, такъ какъ иногда, при нѣкоторомъ навыкѣ, все же удастся и въ такихъ случаяхъ приучить больного къ іоду, если и не къ большимъ дозамъ его, то хотя бы къ среднимъ. Если же больной не переноситъ и среднихъ дозъ, то обыкновенно онъ плохо относится и къ малымъ, и тогда лучше совершенно отказаться отъ іодистаго леченія per os, такъ какъ при этихъ условіяхъ оно становится совершенно безцѣльнымъ.

Долженъ еще сказать, что изъ всѣхъ препаратовъ іода я предпочитаю именно іодистый калий и пресловутаго вреднаго влияния калийной соли на сердце не боюсь и никогда на своихъ больныхъ вреда отъ нея не видѣлъ; іодистаго натрія при сифилисѣ никогда не употребляю, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, онъ почему-то дѣйствуетъ гораздо слабѣе и не даетъ такого эффекта, какъ іодистый калий. Изъ другихъ препаратовъ іода я примѣняю и цѣню еще іодистое желѣзо (въ формѣ сиропа), но только у дѣтей, преимущественно въ случаяхъ мало выраженаго наследственнаго сифилиса, какъ, напр., при артралгіяхъ и ночныхъ боляхъ въ костяхъ безъ объективныхъ явленій, а также въ тѣхъ неявныхъ случаяхъ такъ назыв. «золотухи», гдѣ извѣстное участіе наследственнаго Ines'a мы можемъ только предположить; въ такихъ легкихъ случаяхъ іодистое желѣзо иногда отлично замѣняетъ іодистый калий и подчасъ очень цѣнно, если послѣдній не переносится ребенкомъ. За послѣднее время мы стали примѣнять и іодипинъ въ видѣ внутримышечныхъ инъекцій; повидимому, препаратъ этотъ вполне пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится щадить желудокъ, по крайней мѣрѣ я получалъ отъ него недурные результаты, напр., въ случаѣ табетической артропатіи у сифилитика съ гастрическими кризами; судя по нашимъ наблюденіямъ, іодипинъ не такъ скоро вызываетъ іодизмъ, какъ іодистый калий, принимаемый per os, давая возможность вводить сразу въ организмъ очень большія дозы іода, но утверждать этого, за недостаточностью моихъ наблюденій, я пока не могу; во всякомъ случаѣ средство это не лишено и тѣневыхъ сторонъ: во 1-хъ, инъекціи его требуютъ самой скрупулезной асептики, иначе легко остаются болѣзненные инфильтраты, во 2-хъ, и

при умѣлой техникѣ, инъекціи эти довольно болѣзненны, а для чувствительныхъ и нѣжныхъ больныхъ прямо мучительны.

Всѣ мои попытки найти изъ массы предложенныхъ въ послѣднее время новыхъ препаратовъ іода такой, который вполнѣ замѣнилъ бы іодистый калий, не вызывая іодизма и при этомъ достаточно энергично дѣйствуя, остались пока безъ результата, а потому я до сихъ поръ считаю, что іодистое леченіе у сифилитика дѣйствительно проводится рационально, когда мы можемъ пользоваться почти *ad libitum* все тѣмъ-же старымъ другомъ—іодистымъ калиемъ.

Въ доброкачественно протекающихъ случаяхъ, особенно при позднихъ гуммозныхъ артропатіяхъ, я, на основаніи большого опыта, считаю одного леченія іодомъ достаточнымъ и получаемый результатъ обыкновенно стойкимъ, но въ случаяхъ болѣе раннихъ гуммозныхъ процессовъ въ суставахъ, а также при злокачественно протекающемъ сифилисѣ и въ торнидныхъ формахъ наследственнаго *lues'a* съ склонностью къ рецидивамъ и появленію свѣжихъ гуммозныхъ гнѣздъ, я считаю необходимымъ пользоваться, кромѣ іода, и ртутью, либо въ формѣ смѣшаннаго леченія, либо назначая ртутное леченіе по окончаніи курса леченія іодомъ. Далѣе, какъ мы видѣли при разборѣ одного нашего клиническаго больного, на практикѣ попадаются и такіе случаи, гдѣ сифилитическое пораженіе суставовъ поддается іоду только въ извѣстной степени или вовсе не поддается—это второе показаніе для леченія ртутью. Наконецъ, я употребляю еще ртуть въ случаяхъ идиостинкразіи къ іоду, а также въ случаяхъ смѣшанныхъ и неясныхъ, какъ пробное леченіе.

Рекомендую осторожность въ примѣненіи іодистаго калия, особенно въ высокихъ дозахъ, у такихъ больныхъ, у которыхъ есть подозрѣніе на возможность встрѣтиться съ туберкулезомъ, такъ какъ уже давно извѣстно, что туберкулезъ не любитъ іода; въ такихъ случаяхъ нѣкоторые авторы, какъ, напр., *Sergent*, считаютъ болѣе осторожнымъ, при назначеніи пробнаго леченія съ діагностическою цѣлью, предпочитать ртутное леченіе іодистому; и я готовъ присоединиться въ извѣстной степени къ такому совѣту, хотя и не думаю, какъ нѣкоторые другіе врачи, что введеніе ртути *largamani* туберкулезному больному уже такъ безвредно, даже если онъ одновременно и сифилитикъ.

Напротивъ, я опасаясь ртути въ случаѣ сифилитическихъ артритовъ на почвѣ рѣзко выраженной подагры, особенно у пожилыхъ субъектовъ.

Изъ ртутныхъ препаратовъ я предпочитаю, какъ и многіе, ртутную мазь въ видѣ классическихъ фрикцій; по моему опыту, старомодныя втиранія *unguenti mercurialis*, хотя и неопытны, дѣйствуютъ у нашихъ больныхъ быстрѣе, вѣрнѣе и эффектнѣе, чѣмъ всякаго рода инъекціи, къ которымъ я прибѣгаю только тогда, когда втиранія почему-либо не примѣнимы; введеніемъ ртути *per os* я пользуюсь, конечно, только въ исключительныхъ случаяхъ и при какихъ-либо особыхъ обстоятельствахъ.

Вотъ приблизительно тѣ основныя правила, которыхъ я придержи-

ваюсь въ общемъ при антисифилитическомъ леченіи заболѣваній суста-  
вовъ; ближайшіе результаты такого леченія вы могли легко оцѣнить  
при вашихъ личныхъ наблюденіяхъ надъ нашими клиническими и амбу-  
латорными больными.

Выше я уже сказала, что имѣлъ случай наблюдать нѣкоторыхъ  
своихъ больныхъ достаточно долгое время, чтобы имѣть право говорить  
и о стойкости результатовъ; безспорно, что въ нѣкоторомъ, довольно  
большомъ числѣ случаевъ полное выздоровленіе достигается однимъ курсомъ  
специфическаго леченія, но, къ сожалѣнію, достигается это далеко не всегда;  
одни больные, какъ сказано сейчасъ, излечиваются совершенно, другіе,  
съ склонностью къ рецидивамъ, требуютъ повторенія курса леченія,  
третьи бывають принуждены чуть-ли не всю жизнь оставаться подъ над-  
зоромъ врача и періодически подвергаться леченію, чтобы сохранить до-  
бытый результатъ; бывають и такіе случаи, гдѣ одного специфическаго  
леченія недостаточно и гдѣ оказывается необходимымъ оперативное вмѣ-  
шательство, тоже не всегда приводящее къ цѣли, и, наконецъ, въ нѣ-  
которыхъ случаяхъ, къ счастью—очень рѣдкихъ, все наши старанія  
остаются безрезультатными, болѣзнь, несмотря на леченіе, прогрессируетъ  
и приводитъ въ концѣ-концовъ къ летальному исходу.

Перехожу теперь къ мѣстному леченію собственно больного  
сустава.

Здѣсь мы прежде всего должны упомянуть о мѣстномъ примѣненіи  
специфическихъ средствъ въ видѣ ртутной мази и ртутнаго пластыря.  
Мѣстные втиранія ртутной мази *loco dolenti* примѣняются нѣкоторыми  
довольно часто, и, если не ошибаюсь, излюблены особенно нѣкоторыми фран-  
цузскими школами; однако наврядъ-ли можно придавать этому терапев-  
тическому приему серьезное значеніе, наврядъ-ли можно ожидать непо-  
средственнаго вліянія ртути на больныя ткани; полагаю, что если такія  
втиранія и не остаються безъ нѣ котораго благотворнаго вліянія на забо-  
лѣванія суставовъ, то только дѣйствуя на весь организмъ, какъ обык-  
новенныя фрикціи. Еще менѣе рационально стремленіе вліять на гуммо-  
зные гнѣзда при помощи ртутнаго пластыря. Прежде, подъ вліяніемъ  
традицій, я назначалъ иногда *emplastrum mercuriale* на больной су-  
ставъ, назначаю его иногда и теперь, но не для леченія сифилиса су-  
става, а исключительно ради психическаго воздѣйствія на малоинтелли-  
гентныхъ больныхъ, непремѣнно требующихъ примѣненія какого-нибудь  
«лекарства» мѣстно и не понимающихъ, что даваемое имъ «питье» дѣй-  
ствуетъ на больную область.

Такъ же нераціональны, конечно, столь излюбленное въ практикѣ сма-  
зываніе больныхъ суставовъ іодной настойкой и втиранія іодистыхъ ма-  
зей, какого бы состава онѣ ни были.

Что касается, далѣе, чисто хирургическаго леченія сифилитическихъ  
артритовъ (не имѣя здѣсь въ виду оперативнаго вмѣшательства), то им-  
мобилизацію сустава я считаю показанной только въ исключительныхъ

лучаяхъ; обычно она не только не приноситъ здѣсь пользы, но даже чаще вредитъ больному; то-же я думаю и о давящихъ повязкахъ резиновымъ бинтомъ. Какъ правило, все виды сифилитическихъ артритовъ не требуютъ неподвижности, которая подчасъ усиливаетъ здѣсь боли, ухудшаетъ самочувствіе и способствуетъ ригидности конечности. Только въ очень тяжелыхъ случаяхъ сифилитическихъ остеоартритовъ съ глубокими разрушеніями въ суставѣ или въ атипическихъ случаяхъ съ очень значительной болѣзненностью могутъ оказаться полезными шинная повязка или тугоръ, обыкновенно-же и при болѣзненности достаточно бываетъ покоя въ постели. Вы отлично знаете, что одною изъ характерныхъ чертъ сифилитическихъ артритовъ это—очень незначительное нарушение функций больной конечности, даже при видимыхъ рѣзкихъ измѣненіяхъ въ суставѣ; поэтому многіе больные съ гуммоными пораженіями суставовъ на нижнихъ конечностяхъ продолжаютъ свободно ходить, даже безъ помощи палки, не говоря уже о костыляхъ, при заболѣваніяхъ-же суставовъ верхнихъ конечностей продолжаютъ работать, и этому, безъ особыхъ на то причинъ, въ известной мѣрѣ не слѣдуетъ препятствовать; покой сустава здѣсь часто мало способствуетъ успѣху общаго леченія; поэтому совѣтовать больному пользоваться при амбулаторномъ леченіи костылями или носить верхнюю конечность въ косынкѣ приходится лишь въ случаяхъ не типичныхъ, съ сильной болѣзненностью.

Полезно иногда примѣненіе на больной суставъ тепла, особенно сухого, въ видѣ очень горячихъ вѣздушныхъ душей (напр. изъ аппарата Греуя) или суховоздушныя ванны въ камерѣ той или другой системы. По мнѣнію нѣкоторыхъ сифилитологовъ (напр. школа Калинкинской больницы), гуммоные процессы особенно хорошо поддаются леченію тепломъ, а потому уже а priori слѣдовало бы ожидать, что леченіе горячимъ воздухомъ, наряду съ специфическимъ леченіемъ, должно быть полезно при сифилитическихъ артритахъ; однако опытъ показываетъ, что активная гиперемія, вызываемая горячимъ воздухомъ, приноситъ пользу лишь въ концѣ леченія, когда при помощи общаго специфическаго леченія намъ уже удалось побороть склонность болѣзни прогрессировать распространеніемъ свѣжихъ гуммоныхъ инфильтрацій. Въ періодѣ прогресса гуммоныхъ процессовъ въ костяхъ и суставахъ активная гиперемія иногда не только не переносится больными, но даже приноситъ видимое ухудшеніе. Къ теплу отъ мѣшковъ съ горячей водой и къ теплу влажному, какъ при согревающихъ компрессахъ, сифилитическіе артриты относятся очень капризно: иногда подобное примѣненіе тепла облегчаетъ субъективныя ощущенія и пріятно больному (насколько оно полезно при этомъ—не знаю), иногда же оно обостряетъ боли и не переносится больнымъ. Отъ чего это зависить, сказать трудно, во всякомъ случаѣ при сифилисѣ примѣненіе этого рода тепла на больные суставы, конечно, большого значенія не имѣетъ.

Примѣненіе холода, даже при острыхъ сифилитическихъ синовитахъ съ повышеніемъ общей и мѣстной температуры, противопоказано.

Всякаго рода механотерапевтическіе приемы, какъ, напр., массажъ и пассивныя движенія, при сифилисѣ суставовъ также безусловно противопоказаны, какъ и при туберкулезѣ. Массированіе сустава при гумозномъ пораженіи его, какъ правило, вызываетъ ухудшеніе, въ чемъ я убѣждался не разъ и о чемъ вы можете судить по исторіямъ болѣзней нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ; и въ этомъ отношеніи въ практикѣ дѣлаются иногда крупныя ошибки; кто довольствуется простымъ диагнозомъ «хроническій синовитъ», «водянка сустава», «ревматизмъ» и т. п., тотъ несомнѣнно склоненъ назначать при этихъ заболѣваніяхъ леченіе массажемъ и, когда этотъ послѣдній даетъ ухудшеніе, — винить въ этомъ не себя, а неповинный массажъ. По моему опыту, это ухудшеніе болѣе съ склонностью къ прогрессированію процесса въ сифилитическомъ суставѣ подѣ влияніемъ массажа даже характерно и въ темныхъ случаяхъ можетъ служить намъ иногда вспомогательнымъ моментомъ при діагнозѣ. То же нужно сказать и про пассивныя движенія: если предъ вами контрактура и *rigiditas* въ суставѣ сифилитическаго происхожденія съ еще не закончившимся гумознымъ процессомъ, то малѣйшая попытка бороться съ контрактурой насильственными движеніями или пассивной гимнастикой дастъ вамъ тотчасъ же видимое ухудшеніе, хотя самъ больной функционируетъ конечностью и активными движеніями, производимыми въ какихъ-то извѣстныхъ границахъ, ни боли, ни ухудшенія процесса не вызываетъ.

Совершенно другое значеніе получаетъ массажъ, иногда въ комбинаціи съ горячимъ воздухомъ, при леченіи послѣдствій закончившагося сифилитическаго артрита. При подобныхъ условіяхъ, ради борьбы съ атрофіей мускулатуры и ригидностью конечности, и я пользуюсь массажемъ, но требую здѣсь всегда массированія только мускулатуры выше и ниже больного сустава, съ пропускомъ самого сустава, и разрѣшаю этотъ массажъ только очень опытнымъ и умѣлымъ рукамъ, иначе — лучше и покойнѣе имъ не пользоваться.

Какъ припадочное леченіе противъ очень сильныхъ ночныхъ болей, иногда очень изнуряющихъ больныхъ, можно рекомендовать обычныя дозы аспирина или антипирина; средства эти иногда облегчаютъ боли, иногда же приходится прибѣгать къ наркотическимъ, но лучше всего не упускать изъ виду, что эти ночныя боли, мучація иногда больного цѣлые мѣсяцы, скорѣе всего уступаютъ энергичному антисифилитическому леченію, которое иногда даетъ рѣзкое облегченіе уже черезъ нѣсколько дней.

Все мною сказанное касается главнымъ образомъ леченія сифилитическихъ артропатій въ больницѣ и у больныхъ бѣднѣйшихъ слоевъ общества; въ такъ называемой частной практикѣ, у больныхъ болѣе обеспеченныхъ, нами, конечно, должны руководить тѣ же принципы, но здѣсь, помимо обычнаго леченія сифилиса и артрита, хирургу

приходится считаться еще и съ другими требованіями больныхъ и ихъ врачей и подчасъ рѣшать вопросы, касающіеся другихъ способовъ леченія гуммознаго сифилиса.

Прежде всего спрашивается, какъ относиться къ леченію lues'a въ специальныхъ курортахъ (съ сѣрными водами), какъ, напр., Пятигорскъ, Aachen, Baden bei Wien и т. п.? Извѣстно, что въ публикѣ, а отчасти и между врачами, существуетъ очень часто встрѣчаемое стремленіе для леченія сифилиса пользоваться курортами, и намъ хирургамъ, поэтому, нерѣдко приходится отвѣчать на вопросъ — не лучше-ли лечить пораженный сифилисомъ суставъ въ курортѣ? Я лично, какъ и очень многіе, придаю сѣрнымъ водамъ при леченіи сифилиса гуммознаго и поздняго наследственнаго — съ которыми хирургамъ только и приходится имѣть дѣло — очень мало или никакого значенія. Терапевтическіе успѣхи при леченіи въ этихъ курортахъ я объясняю себѣ не водами, конечно, а другими моментами: отчасти климатическими условіями (напр. Пятигорскъ), отчасти болѣе строгой обстановкой леченія и режима больного, и, главное — тѣмъ, что лечится больной тамъ у врачей очень богатыхъ опытомъ, искусившихся въ леченіи всѣхъ формъ сифилиса. Поэтому, если больной можетъ и желаетъ лечиться въ такомъ курортѣ или врачъ его туда посылаетъ, то я обычно этому не противлюсь, но самъ никогда больныхъ туда не посылаю, а если посылаю, то лишь при какихъ-либо особыхъ условіяхъ, если, напр., больной почему-либо не можетъ серьезно лечиться дома; поступаю такъ, ибо не сомнѣваюсь, что сифилитическій артритъ, за какимъ-либо рѣдкимъ исключеніемъ, можно также хорошо вылечить въ Петербургѣ, какъ и въ Aachen'ѣ, только съ меньшими расходами.

Гораздо большее значеніе я придаю въ нѣкоторыхъ случаяхъ перемѣщенію больного въ лучшія климатическія условія. Несомнѣнно существуетъ такой злой сифилисъ, который гораздо лучше и скорѣе поддается леченію подъ лучами южнаго солнца, въ тепломъ континентальномъ климатѣ (не въ горахъ только), чѣмъ въ туманахъ сѣвера; несомнѣнно есть и такіе организмы, которые при нашихъ обычныхъ условіяхъ и суровомъ климатѣ очень слабо противодѣйствуютъ сифилитическому яду — для такихъ субъектовъ югъ, солнце и тепло при леченіи гуммознаго сифилиса безспорно приносятъ пользу. Особо важное значеніе получаетъ климатическое леченіе при нѣкоторыхъ торпидныхъ формахъ поздняго наследственнаго lues'a у дѣтей и подростковъ. При леченіи гуммознаго сифилиса вообще и наследственнаго въ особенности очень большую роль играетъ общее питаніе организма и степень кахексїи; питаніе у наследственнаго сифилитика можетъ быть настолько подорвано, а кахексїя настолько развита, что съ энергическимъ специфическимъ леченіемъ сразу не всегда поступишь, и вотъ въ такихъ-то случаяхъ, если больные достаточно для того обезпечены, временное перемѣщеніе ихъ на югъ и даже зимой въ субтропическій климатъ (Алжиръ, Еги-



петь) дѣйствительно въ значительной степени можетъ способствовать общему специфическому леченію или облегчить его.

Остается сказать еще нѣсколько словъ о леченіи сифилитическихъ артритовъ столь излюбленными публикой минеральными грязями (Саки, Евпаторія, Одесскіе лиманы, Аренсбургъ), рапными ваннами, маточными разеолами и минеральными водами типа Kreuznach'a—леченія, назначаемыя чаще всего при такъ называемой «золотухѣ», куда входятъ, конечно, и нѣкоторыя формы наслѣдственнаго lues'a. О значеніи этихъ терапевтическихъ приѣмовъ при пара- или метасифилитическихъ заболѣваніяхъ, о которыхъ мы такъ мало знаемъ, а также при смѣшанныхъ формахъ, я говорить не буду, имѣя въ виду лишь ясное гумозное и наслѣдственное пораженія скелета и суставовъ.

О примѣненіи минеральныхъ грязей мѣстно я долженъ сказать то же что уже сказалъ по поводу вліянія на сифилисъ суставовъ тепла: въ законченыхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло лишь съ послѣдствіями и остатками гумозныхъ процессовъ въ костяхъ и суставахъ, припарки изъ минеральной грязи иногда имѣютъ свои показанія, и я ими охотно пользуюсь, но при свѣжихъ прогрессирующихъ гумозныхъ процессахъ, по моимъ наблюденіямъ, онѣ остаются безъ вліянія или ухудшаютъ процессъ.

Что касается общаго примѣненія минеральныхъ грязей, то, вѣдь, вліяніе ихъ на организмъ основано, главнымъ образомъ, на усиленіи обмѣна веществъ, такъ же, какъ и вліяніе всякаго рода соленыхъ ваннъ; при этомъ самымъ энергичнымъ въ этомъ отношеніи слѣдуетъ признать леченіе Сакскими грязями. Не сомнѣваясь въ благотворномъ вліяніи этихъ способовъ леченія въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ требуется такой усиленный обмѣнъ веществъ, я, разсуждая теоретически, не вижу, однако, ясныхъ показаній къ леченію грязями и солеными ваннами тамъ, гдѣ усиленіе обмѣна веществъ, какъ моментъ, временно ослабляющій организмъ, не безопасно. Несомнѣнно, что общія грязевыя и соленыя ванны, способствуя, съ одной стороны, всасыванію экссудатовъ и выведенію изъ организма всякаго рода патологическихъ продуктовъ, ослабляютъ, съ другой стороны, силы организма и этимъ понижаютъ въ немъ способность противодѣйствія болѣзнетворному яду, а это-то и нежелательно. Это теоретическое соображеніе подтверждается и на практикѣ: у больныхъ, у которыхъ организмъ уже справился съ болѣзнетворнымъ ядомъ и достаточно окрѣпъ, леченіе грязями даетъ результатъ въ смыслѣ рассасыванія въ тканяхъ патологическихъ продуктовъ, а у тѣхъ больныхъ, организмъ которыхъ съ трудомъ борется съ этимъ ядомъ, усиленный обмѣнъ веществъ, ослабляя больного, способствуетъ процессу болѣзни и, слѣдовательно, мѣстно ухудшаетъ болѣзненный процессъ. Такъ, я помню нѣсколько случаевъ наслѣдственно-сифилитической водянки колѣна (hydrops fibrinoso-villosus) у юношей, гдѣ антисифилитическимъ леченіемъ мнѣ удавалось излечить собственно специфическій процессъ въ костяхъ и синовиальной (полное отсутствіе какихъ-либо болей, совершенно свободное владѣніе конечностью

и прекрасное общее состояніе), но гдѣ нельзя было добиться всасыванія эксудата,—леченіе грязями въ Сакахъ, Евпаторіи и Одессѣ въ одинъ, два сезона давало полное выздоровленіе. Съ другой стороны я напому вамъ и ту больную, о которой я говорилъ въ концѣ прошлой лекціи: дама эта отправилась на леченіе грязями съ незначительнымъ гуммознымъ синовитомъ колѣнъ, не подвергаясь специфическому леченію, во всякомъ случаѣ—въ сравнительно сносномъ состояніи, но въ такомъ, когда болѣзнь прогрессировала, не встрѣчая противодѣйствія; нѣсколько ваннъ ослабили ея организмъ и обезсилили его въ борьбѣ съ болѣзью, и этого было достаточно, чтобы больная, едва стоя на ногахъ, была принуждена бѣжать за спасеніемъ къ Захарьину, вся «покрытая» гуммозными періоститами, быстро появившимися во время леченія грязями, одинъ за другимъ; въ дальнѣйшемъ она все же не подвергла себя специфическому леченію и погибла отъ захвата гуммозными процессами всего скелета и внутреннихъ органовъ. Можно-ли сомнѣваться, что въ такихъ случаяхъ леченіе грязями можетъ быть прямо пагубнымъ для больного.

Менѣе рѣзкое ухудшеніе при несвоевременномъ леченіи сифилитическихъ артритовъ грязями мнѣ приходилось видѣть еще нѣсколько разъ. Поэтому посылку на грязелеченіе больныхъ съ гуммознымъ сифилисомъ и поздними наслѣдственными пораженіями суставовъ безъ разбора—я считаю ошибкой и тѣмъ большей, чѣмъ сильнѣе избранная грязь. Леченіе же гуммозныхъ и наслѣдственно-сифилитическихъ артритовъ грязями на сѣверѣ, какъ, напр., въ Аренсбургѣ и Гапсалѣ, я считаю всегда и при всякихъ обстоятельствахъ противопоказаннымъ.

Все сказанное касается въ меньшей степени и леченія солеными ваннами и разсолами, будь это на Лиманѣ, въ Старой Руссѣ, Біарлицѣ или Крейцнахѣ. Если этого рода леченіе при подходящихъ условіяхъ можетъ быть и не вредно для сифилитиковъ, то оно во всякомъ случаѣ безцѣльно и, пожалуй, не безопасно въ томъ смыслѣ, что заставляетъ терять драгоцѣнное время, использовать которое можно съ гораздо большей пользой, подвергая больного съ сифилитическимъ артритомъ специфическому леченію.

## Лекція X.

Мм. Гг.

Переходя къ оперативнымъ вмѣшательствамъ при сифилитическихъ артропатіяхъ, я прежде всего долженъ отмѣтить, что таковыя при интересующихъ насъ заболѣваніяхъ суставовъ бываютъ показаны, по моему опыту, сравнительно рѣдко. Поэтому имѣющійся у насъ въ этомъ отношеніи фактической матеріаль слишкомъ недостаточенъ и бѣденъ для того, чтобы на основаніи его позволить себѣ попытку установить систематически вполне опредѣленные показанія къ операціямъ при сифилисѣ суставовъ. Литература даетъ здѣсь тоже очень немного.

Думаю, что будетъ полезнѣе всего, не вдаваясь въ общія разсужденія, изложить вамъ только то, что далъ мнѣ въ этомъ отношеніи собственный опытъ.

Мы видѣли съ вами на цѣломъ рядѣ случаевъ, какое громадное значеніе имѣетъ при леченіи сифилиса суставовъ правильно примененное специфическое леченіе и какихъ прекрасныхъ результатовъ имъ можно достигнуть, поэтому я въ своей практикѣ прибѣгаю здѣсь къ оперативнымъ вмѣшательствамъ, какъ правило, лишь въ крайности или по какимъ-либо особымъ соображеніямъ.

Уже а priori, однако, надо допустить, что и вліяніе специфическаго леченія должно имѣть свои границы. Ясно, что антисифилитическимъ леченіемъ мы можемъ вліять непосредственно только на специфическіе процессы и — отчасти — посредственно на тѣ относительно свѣжія измѣненія въ тканяхъ, окружающихъ гуммозный очагъ, кои вызываютъ собою лишь реакцію этихъ тканей на раздраженіе, вызываемое въ нихъ специфическимъ ядомъ. Это первая группа случаевъ.

Если же эти реактивные процессы, подъ вліяніемъ интенсивности раздраженія или продолжительности его, привели уже къ стойкимъ измѣненіямъ въ тканяхъ или къ ихъ разрушенію, — напр., склерозирующій оститъ, остеофиты, гиперостозъ, стойкія измѣненія въ хрящахъ, фиброзно-рубцовое перерожденіе синовиальной и капсулы, некрозъ кости и т. п., — то, конечно, специфическое леченіе можетъ только остановить развитіе и уничтожить раздражающій элементъ, т. е. гуммозные очаги и инфильтраціи, и анулировать вліяніе на ткани сифилитическаго яда, но не въ состояніи повліять на стойкія измѣненія не специфическаго характера. Это будетъ вторая группа случаевъ.

Наконецъ, на практикѣ, мы встрѣчаемся и съ такими отдѣльными

случаями, гдѣ намъ почему-либо не удается повліять антисифилитическимъ леченіемъ даже на специфическій процессъ, т. е. на самый гумозный очагъ; зависѣть это можетъ иногда отъ причинъ, намъ неизвѣстныхъ, можетъ быть — отъ индивидуальныхъ особенностей даннаго субъекта, можетъ быть — отъ злокачественности, особой вирулентности сифилитического яда въ данномъ случаѣ, иногда — просто отъ невозможности примѣнить антисифилитическое леченіе, ни въ какой формѣ больнымъ не переносимое.

Понятно, что въ первой группѣ случаевъ мы обычно можемъ достигнуть однимъ специфическимъ леченіемъ полного излеченія, *restitutio ad integrum*, либо, въ крайности, настолько вылечить суставъ и возстановить его функцію, чтобы больной былъ вполне работоспособенъ. Здѣсь, слѣдовательно, показаній къ операціямъ не встрѣчается, развѣ только при совершенно исключительныхъ обстоятельствахъ.

Во второй группѣ случаевъ мы можемъ достигнуть антисифилитическимъ леченіемъ еще очень многого — главное вылечить сифилисъ, но, конечно, не послѣдствія его. Здѣсь мы прежде всего, по отношенію къ операціямъ, должны, руководствоваться общими правилами объ оперативныхъ вмѣшательствахъ при заболѣваніяхъ суставовъ вообще.

Операція можетъ здѣсь имѣть и *indicatio vitalis* (напр. нагноеніе и глубокія разрушенія костей), но чаще она преслѣдуетъ другія цѣли — по возможности возстановить функцію сустава и, слѣдовательно, работоспособность больного, но при непремѣнномъ условіи, если операція въ состояніи вернуть больному работоспособность въ большей степени, чѣмъ одно специфическое и консервативное леченіе.

Обязательность строгой оцѣнки этого послѣдняго условія еще болѣе усугубляется, если операція преслѣдуетъ только косметическую цѣль.

Непреклонныя требованія жизни при условіяхъ нашего соціального строя выработали и еще одно условное показаніе къ операціи при сифилитическихъ артритяхъ, какъ и при туберкулезныхъ (*Rudgier*), а именно — иногда мы бываемъ принуждены прибѣгнуть къ операціи только ради сокращенія срока леченія, и это въ зависимости отъ соціального положенія больного, подчасъ не располагающаго ни временемъ, ни средствами для продолжительнаго леченія.

Въ третьей группѣ случаевъ, гдѣ специфическое леченіе не достигаетъ цѣли, мы обращаемся къ операціи волей-неволей, но здѣсь оперативное вмѣшательство представляетъ собою не больше какъ *ultimum refugium*.

Долженъ обратить ваше вниманіе еще на одно обстоятельство: по моему, чѣмъ опытнѣе хирургъ, тѣмъ меньше ему будетъ попадаться случаевъ, относящихся къ этой третьей группѣ, и тѣмъ болѣе онъ будетъ имѣть дѣла съ случаями, принадлежащими къ первой группѣ. Приведу вамъ примѣръ: въ прежнее время, когда я не такъ умѣлъ пользоваться антисифилитическимъ леченіемъ, какъ теперь, я довольно часто встрѣ-

чалъ случаи гуммозныхъ поражений костей, въ которыхъ я считалъ показанной трепанацію кости и производилъ эту операцію сравнительно часто, въ послѣдніе годы я что-то не помню случаевъ этой операціи при гуммозныхъ оститахъ, вѣроятно, потому, что научился лечить ихъ безъ операцій, іодомъ и ртутью; приглашаю васъ слѣдовать въ этомъ отношеніи въ вашей будущей практической дѣятельности моему примѣру, и вы убѣдитесь, что оперировать при сифилитическихъ артритамъ вамъ придется очень рѣдко.

Что касается собственно оперативныхъ приемовъ при сифилисѣ суставововъ, то я прежде всего остановлю ваше вниманіе на пункціи сустава съ послѣдовательнымъ промываніемъ его. Безобиднымъ и простымъ оперативнымъ приемомъ этимъ, какъ вы знаете, я пользуюсь при сифилитическихъ суставныхъ водянкахъ очень охотно, но примѣнять его мнѣ приходилось до сихъ поръ только при водянкѣ колѣна. При сифилитической водянкѣ плечевого, локтевого, лучезапястного и голеностопнаго суставововъ мнѣ никогда къ пункціи сустава прибѣгать не приходилось, такъ какъ при заболѣваніи этихъ суставовъ я всегда обходился однимъ специфическимъ леченіемъ. Полагаю, однако, что если бы мнѣ встрѣтился такой случай водянки означенныхъ суставововъ, то я предпочелъ бы пункціи артротомію.

При водянкѣ колѣна я пунктирую и промываю суставъ при двухъ показаніяхъ: 1) въ случаяхъ, гдѣ подъ влияніемъ специфическаго леченія исчезаютъ всѣ патологическія явленія, за исключеніемъ эксудата, который вслѣдствіе слишкомъ значительнаго перерожденія синовиальной не всасывается и остается *in statu quo*, или всасывается, но очень медленно; 2) я пунктирую иногда просто ради скорѣйшаго достиженія результата леченія. Въ богатой практикѣ, у людей, не желающихъ подвергаться даже и самой незначительной операціи, я достигалъ всасыванія такихъ эксудатовъ, послѣдовательно, послѣ излеченія собственно сифилитическаго процесса, леченіемъ, напр., грязями, на что обыкновенно требуется не менѣе двухъ лѣтъ, въ клиникѣ же и въ больницахъ, гдѣ больные стремятся по возможности скорѣе вернуться здоровыми къ работѣ, я очень цѣню промываніе сустава.

Предупреждаю, однако, что если вы желаете получить отъ прокола и промыванія сустава желательный эффектъ, то этимъ простымъ оперативнымъ приемомъ слѣдуетъ пользоваться при соблюденіи извѣстныхъ условій и не относиться къ нему «слегка».

Произвожу я проколъ всегда подъ хлороформомъ, такъ какъ послѣдовательныя манипуляціи, если онѣ должны быть дѣйствительны, довольно болѣзненны и неприятны, а ненаркотизированный больной лишаетъ хирурга свободы дѣйствій; можно, конечно, пользоваться и спинномозговой анестезіей, но если нѣтъ особыхъ противопоказаній къ хлороформу, то примѣненіе его въ обычной больничной обстановкѣ въ подобныхъ случаяхъ проще и менѣе хлопотливо; вѣроятно, для этой цѣли пригодна и

мѣстная анестезія, но я ее пока при проколѣ колѣна не применяю и потому ничего сказать не могу. Употребляю я для прокола простой, очень толстый троакаръ, черезъ каналъ котораго, выпустивъ экссудатъ, вливаю въ полость сустава изъ ирригатора теплый 3% растворъ карболовой кислоты; когда суставъ растянется жидкостью *ad maximum*, я произвожу, закрывъ пальцемъ канюлю, въ возможно широкихъ размѣрахъ пассивныя движенія въ суставѣ (*Pumpbewegungen*) и разминаю его съ тою цѣлью, чтобы жидкость проникла во все карманы и завороты синовиальной; затѣмъ я выпускаю промытую жидкость, повторяю такое промываніе до тѣхъ поръ, пока вливая жидкость не вытекаетъ обратно совершенно прозрачной, и накладываю крахмальную, неподвижную повязку; при послѣднемъ промываніи надо обратить вниманіе, чтобы карболоваго раствора не осталось въ суставѣ. Въ первые два—три дня больной обыкновенно жалуется на боли въ суставѣ вслѣдствіе появленія въ колѣнѣ легкаго, ирритативнаго, подостраго синовита, иногда съ незначительнымъ повышеніемъ  $t^0$ . Затѣмъ больной остается въ повязкѣ около 2-хъ недѣль и продолжаетъ, прерванное на 2—3 дня, леченіе іодистымъ калиемъ. По снятіи повязки колѣно обычно нѣсколько болѣзненно и въ немъ иногда имѣется небольшое количество экссудата; тогда назначается легкая давящая повязка фланелевымъ бинтомъ, осторожныя пассивныя движенія, легкій массажъ мускулатуры бедра и голени (но не сустава!) и, если есть возможность и больной это хорошо переноситъ, души горячаго воздуха; при первой возможности я заставляю больного ходить. Обыкновенно болѣзненность скоро исчезаетъ, подвижность восстанавливается, остатки экссудата всасываются. При выполненіи вышеприведенныхъ деталей промываніе колѣна при сифилитической водянкѣ безусловно можетъ быть признано цѣлесообразнымъ.

Если вы меня спросите, почему я употребляю для промыванія растворъ карболовой кислоты и придаю-ли я какое-либо значеніе именно этой послѣдней, я отвѣчу: конечно, значенія именно карболовой кислотѣ я не придаю, а употребляю ее потому, что этотъ растворъ даетъ нужное мнѣ раздраженіе синовиальной въ желаемой степени.

Очень вѣроятно, что одинаковый результатъ могутъ дать и другіе раздражающіе растворы, но пока я получалъ желательный эффектъ отъ 3% раствора *acidī carbolicī*, отъ раствора же, напр., сулемы 1:1000 такого эффекта не получалъ, вотъ почему я промываю суставы именно карболовымъ растворомъ. Объясняю я себѣ дѣйствіе промыванія извѣстнымъ химическимъ и, можетъ быть, механическимъ раздраженіемъ синовиальной, послѣдствіемъ чего въ этой послѣдней развивается воспалительная реакція, но реакція въ той степени, которая нужна намъ для терапевтическихъ цѣлей, какъ благотворное вліяніе на инфекціонныя гранулемы и на процессы рассасыванія. Вы, вѣдь, знаете, что наши современные приемы леченія инфекціонныхъ гранулемъ сводятся къ тому, чтобы вызвать въ пораженныхъ тканяхъ активную гиперемію или реактивное

воспаленіе, степень котораго мы можем дозировать по желанію. Такъ дѣйствуютъ свѣтъ, горячій воздухъ, механическіе и химическіе раздражители, такъ дѣйствуетъ и растворъ карболовой кислоты, какъ подходящій при нѣкоторыхъ гуммозныхъ синовитахъ химическій раздражитель.

Слѣдующую категорію операций, примѣняемыхъ при сифилитическихъ артритяхъ, представляютъ разнаго рода артро- и артрэктоміи, съ резекціей суставныхъ концовъ костей и безъ таковой.

Извѣстно, что въ 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или <sup>6</sup>/<sub>10</sub> всѣхъ сифилитическихъ артритовъ мы встрѣчаемся съ пораженьями локтя и колѣна, а у мужчинъ заболѣванія этихъ двухъ суставовъ представляютъ даже 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или <sup>4</sup>/<sub>5</sub> всѣхъ сифилитическихъ артропатій, поэтому понятно, что чаще всего приходится и оперировать при заболѣваніи этихъ суставовъ.

Мнѣ лично при лuet'ическихъ артритяхъ плеча, лучезапястного и голеностопнаго суставовъ дѣлать артротоміи не приходилось.

Пораженія плечевого сустава, чисто сифилитическаго, гдѣ бы была показана резекція плечевой головки, я не видѣлъ и полагаю, что если такіе случаи и могутъ встрѣтиться, то лишь какъ исключенія изъ общаго правила и, слѣдовательно, какъ большая рѣдкость.

Резекцій сагри и голеностопнаго сустава при артритяхъ вообще я давно уже избѣгаю до крайней степени, такъ какъ, по моему опыту, онѣ даютъ худшіе функціональные результаты, чѣмъ тѣ, кои могутъ быть получены при консервативномъ леченіи; тѣмъ болѣе не показаны резекціи въ этихъ суставахъ при сифилисѣ—болѣзни, противъ которой мы располагаемъ столь могущественными средствами, какъ іодъ и ртуть. Во всякомъ случаѣ мнѣ думается, что если бы мнѣ и пришлось оперировать при сифилитическихъ заболѣваніяхъ этихъ двухъ суставовъ, то я ограничился бы операциями атипическими, т. е. выскабливаніями и самыми экономическими резекціями, принципиально воздерживаясь отъ всякаго рода типическихъ резекцій.

О тазобедренномъ суставѣ нечего и говорить—здѣсь артротомія и резекція представляютъ собой настолько серьезное, а у взрослыхъ даже не безопасное для жизни вмѣшательство, что прибѣгать къ нему слѣдуетъ вообще только при очень строго установленныхъ показаніяхъ, а такого рода даже условныхъ показаній при тѣхъ немногихъ случаяхъ сифилитическаго коксита, которые мнѣ пришлось видѣть, я не встрѣчалъ и пока и представить себѣ не могу.

При гуммозныхъ заболѣваніяхъ костей стопы я посовѣтовалъ бы, въ случаѣ необходимости вмѣшательства, довольствоваться острой ложкой; при сифилитическихъ же пораженьяхъ межфаланговыхъ суставовъ, особенно на рукахъ, я считаю всякаго рода оперативныя вмѣшательства прямо противопоказанными, такъ какъ видѣлъ отъ нихъ не разъ, во времена увлеченія ножомъ, напрасно искалѣченныя руки.

Такимъ образомъ, говоря далѣе объ артротоміяхъ и резекціяхъ при

сифилитическихъ артритовъ, я могу имѣть въ виду только локтевой и колѣнный суставы.

При поражении локтевого сустава, благодаря анатомическимъ условіямъ и принимая во вниманіе желательность образованія въ немъ хорошаго неартроза, мы чаще бываемъ принуждены прибѣгать къ резекціямъ, чѣмъ къ другого рода артротоміямъ. Повидимому, большинство хирурговъ и пользуется резекціями при сифилитическихъ артритовъ локтя, но не часто, какъ объ этомъ можно, напр., судить по статистикѣ Middeldorpf'a. Насколько я ограничиваю показанія къ резекціямъ и этого сустава при сифилитическихъ артритовъ его, видно уже изъ того, что во всемъ моемъ матеріалѣ я нашелъ всего два случая относящихся сюда резекцій и другихъ припомнить не могу; очень вѣроятно, даже несомнѣнно, что при томъ большомъ числѣ случаевъ сифилитическихъ артропатій, которое мнѣ пришлось наблюдать въ теченіе 25 лѣтъ моеѣ самостоятельной хирургической дѣятельности, было гораздо больше случаевъ сифилитическихъ артритовъ локтя, которые, по мнѣнію другихъ, подлежали-бы резекціи, но, повидимому, я съ одной стороны, будучи поклонникомъ резекцій вообще, рѣдко находилъ показанія къ этой операціи при сифилисѣ локтя, съ другой стороны, больныя, будучи достаточно удовлетворены результатами специфическаго леченія, не соглашались на предлагаемую операцію; изъ сказаннаго я долженъ заключить, что и при arthritis luetica cubiti показаніе къ резекціи представляетъ исключеніе изъ общаго правила <sup>1)</sup>).

<sup>1)</sup> Въ указанной статистикѣ Middeldorpf'a собрано 563 случая резекцій локтя, изъ коихъ только въ 4-хъ случаяхъ операція произведена при сифилитическомъ артритѣ, кромѣ того авторъ этотъ ссылается еще на статистику Giebe, собравшаго 829 резекцій локтя, въ числѣ которыхъ 4 резекціи ради сифилиса сустава, итого значить 1392 случая резекцій локтя съ 8 резекціями при сифилитическомъ поражении локтевого сустава, что представляетъ собою всего 0,5—0,7% на общее число резекцій локтя.

Кстати: въ этой же работѣ Middeldorpf'a я нашелъ попутно попытку отвѣтить на вопросъ—какіе суставы чаще поражаются сифилитическими артритами? Middeldorpf собралъ изъ литературы (въ 1886 г.) 90 случаевъ сифилитическихъ заболѣваній суставовъ, въ которыхъ было поражено 123 сустава; не безынтересно сопоставить его вычисленія съ моими:

	У Middeldorpf'a.	У меня.
колѣнный суставъ . . . . .	48,00%	52,4%
локтевой . . . . .	20,00%	16,0%
голеностопный и мелкіе суставы стопы . . . . .	10,58%	13,1%
плечевой суставъ . . . . .	4,07%	11,5%
запястье . . . . .	7,32%	2,1%
суставы ручн. пальцевъ . . . . .	5,70%	2,1%
тазобедренный суставъ . . . . .	2,45%	1,6%
грудино-ключичный суст. . . . .	—	1,0%
суставы нижней челюсти . . . . .	1,55%	—
полиартритъ . . . . .	3,33%	0,3%

Парные суставы (колѣнные, локтевые, голеностопные и лучезапястные), по Middeldorpfу, были поражены 29 разъ на 90, т. е. 32,2%, у меня 21 разъ на 277, т. е. 7,5%.



Вотъ мой случай:

(24) Лб.-Гв. Павловскаго полка рядовой Г. Ф., 23 лѣтъ, прибылъ въ завѣдуемое мною хирургическое отдѣленіе Красносельскаго военнаго госпиталя 5/VI 1889 г., жалуясь на боли въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ, усиливающіяся по ночамъ, и на сведеніе въ этомъ суставѣ.

Анамнезъ совершенно отрицательный. Самъ больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы здоровы. T<sup>0</sup> нормальна. Никакихъ другихъ указаній на lues, кромѣ типичнаго заболѣванія сустава, не имѣется.

Лѣвый локтевой суставъ припухъ; бороздки по краямъ olecranon'a сглажены и здѣсь выпячивается ясно утолщенная и крепитирующая при давленіи капсула; повидимому, въ суставѣ имѣется небольшое скопленіе жидкости. При давленіи на край olecranon'a и на capitulum radii сильная боль; утолщенія суставныхъ концовъ костей не замѣтно. Конечность согнута подъ тупымъ угломъ, полное разгибаніе и сгибаніе невозможны. Очень сильныя ночныя боли.

Диагнозъ. Osteoarthritis gummosa et synovitis villosa cubiti sin. Lues hereditaria (?) tarda.

Леченіе <sup>1)</sup>. Согрѣвающий компрессъ (?) на больной суставъ и іодистый калий по gr. XV pro die?); затѣмъ разныя втиранія, эластическій бинтъ (?), массажъ (?) и, наконецъ, энергичное леченіе фрикціями—въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ не дали никакого результата (и немудрено, прибавлю я теперь); отъ массажа видимое ухудшеніе. Больной сильно страдаетъ отъ болей по ночамъ и проситъ избавить его отъ нихъ чѣмъ бы то ни было. 9/VIII мною сдѣлана артротомія съ частичной резекціей. Разрѣзъ прямо на головку луча, который тотчасъ подъ головкой оказался утолщеннымъ, а на наружной поверхности покрытымъ мелкими остеофитами; головка луча удалена долотомъ, причемъ въ ней констатированъ склерозирующій оститъ; изъ полости сустава вытекло немного серознаго экссудата; капсула ясно утолщена, синовиальная покрыта сплошь villousными разроженіями; сдѣланъ второй разрѣзъ по Langenbeck'у; внутренняя поверхность olecranon'a и прос. coronoideus удалены долотомъ для проведенія сквознаго дренажа (тогда мы тампонажи еще не употребляли); доступная часть синовиальной выскоблена острой ложкой и полость сустава промыта карболовымъ растворомъ. Раны зашиты; антисептическая перевязка; конечность положена на Volkmanп'овскую резекціонную шину. Нормальное заживленіе раны per primam до дренажа при нормальной t<sup>0</sup>.

4/IX, т. е. на 26 день р. ор., дренажъ и шина удалены. Массажъ кисти и предплечья, затѣмъ—мускулатуры всей конечности; фарадизація и пассивныя движенія. Ночныя боли послѣ операціи совершенно исчезли; остались еще боли при попыткахъ къ пассивнымъ движеніямъ.

18/IX Ф. переведенъ почти совершенно здоровымъ въ Николаевскій военный госпиталь для леченія гимнастикой, массажемъ и фара-

<sup>1)</sup> Здѣсь я долженъ указать, что случай этотъ наблюдался мною 20 лѣтъ тому назадъ въ большемъ отдѣленіи военнаго госпиталя, когда я самъ еще не выработалъ извѣстныхъ принциповъ при леченіи сифилитическихъ артритовъ, а ординаторы мои вели больныхъ самостоятельно, поэтому несомнѣнно, что при леченіи этого случая были сдѣланы ошибки, которыя таковыми тогда не могли считаться.

дизаціей. По сообщенію д-ра Рабиновича, лечившаго тамъ больного, функціональный результатъ обѣщаетъ быть прекраснымъ.

(25) И. С., крестьянинъ, 25 лѣтъ, поступилъ въ клинику 2/1 1901 г., жалуясь на малую подвижность и на боли въ правомъ локтевомъ суставѣ; боли препятствуютъ ему работать и беспокоятъ по ночамъ.

Происходитъ С., очень мало развитой и довольно ограниченный субъектъ, изъ здоровой, по его мнѣнію, крестьянской семьи Псковской губерніи. Знаетъ только, что нѣсколько старшихъ братьевъ и сестеръ его умерло въ раннемъ дѣтствѣ. Живущіе братья и сестры, числомъ четыре, «кажется, здоровы». Самъ больной былъ всегда хилымъ и хворымъ ребенкомъ, часто страдалъ головными болями. Никакихъ бывшихъ у него болѣзней, кромѣ заболѣванія руки, не помнить. По занятіямъ онъ чернорабочій; холостъ; временами злоупотребляетъ спиртными напитками; венерическія болѣзни и lues отрицаетъ. Приблизительно на 6 году у него, безъ всякой, повидимому, причины, появился нарывъ въ области праваго локтя; долгое время выдѣлялся гной, но все-же черезъ нѣсколько времени все зажило. На 15 году тотъ-же правый локтевой суставъ подвергся какой-то травмѣ, послѣ чего больной не могъ вполнѣ сгибать и разгибать локоть, что, однако, не мѣшало ему заниматься тяжелой работой. Въ ноябрѣ 1899 г. С. въ пьяномъ видѣ снова ушибъ правый локтевой суставъ и, придя въ себя, замѣтилъ что суставъ сильно опухъ и очень болѣзненъ, причѣмъ боли стали усиливаться по ночамъ. Опухоль постепенно уменьшилась, боли утихли, хотя не вполнѣ, и больной продолжалъ работать до середины марта 1900 г., когда, т. е. за 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, долженъ былъ оставить работу изъ-за болей и рѣзкаго уменьшенія подвижности въ больномъ суставѣ. Около мѣсяца онъ пролежалъ дома, а затѣмъ съ мѣсяць пробылъ въ одной изъ городскихъ больницъ, гдѣ лечился массажемъ (?) и горячимъ пескомъ. Послѣ этого (и несмотря на леченіе—замѣчу я) боли почти прекратились. За самое послѣднее время боли и опухоль въ суставѣ то появлялись, то исчезали, но препятствовали ему работать, а ночныя боли очень его измучили.

Б. средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, очень ослабленнаго питанія. Общіе покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Подкожно-жирный слой развитъ очень слабо. Паховыя лимфатическія железы увеличены. Мышечная система развита умѣренно. Т<sup>0</sup> нормальна. Внутренніе органы не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы кромѣ склонности къ запорамъ. Мочи 1 100, уд. вѣса 1 015, нормальнаго состава.

Никакихъ указаній на lues въ общемъ состояніи больного отмѣтить не удается.

Правая верхняя конечность значительно тоньше лѣвой; особенно атрофированы *m. m. biceps et triceps*. Согнута конечность въ локтѣ подъ прямымъ угломъ. Локтевой суставъ представляется опухшимъ—увеличенъ поперечникъ его во фронтальной плоскости. Кожа въ области локтя видимо истончена; между *olecranon* и *cond. int. humeri* втянутый, звѣздчатый, пигментированный рубецъ. При ощупываніи *olecranon* представляется рѣзко утолщеннымъ насчетъ костной массы; мышелки плеча почти не измѣнены. Капсула утолщена, упруго эластична; ямки по бокамъ *olecranon*'а сглажены; въ суставѣ можно прощупать неровности и мягкую крепитацию. При надавливаніи *ole-*

сcapon и головка radii сильно болѣзненны. Наибольшая окружность сустава на 3 см. больше, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Активное сгибаніе отъ прямого угла на 15°, разгибаніе не идетъ дальше прямого угла. Pronatio и supinatio почти отсутствуютъ и болѣзненны. Пассивныя движенія вызываютъ сильныя боли и возможны въ тѣхъ-же границахъ, какъ и активныя. Сильныя ночныя боли.

Діагнозъ: Osteoarthritis gummosa fibrosa et synovitis villosa cubiti dext.

Леченіе. Назначенъ К.І. въ среднихъ дозахъ и 9/1 мною сдѣлана резекція локтя изъ разрѣза по Langenbeck'у. Удалены olecranon, головка radii и proc. subitalis humeri надъ мышцами. При вскрытіи сустава въ немъ оказалось небольшое количество кашицеобразной массы (фибринозные свертки); синовиальная покрыта разросшимися ворсинками до величины вишневоы косточки; мѣстами синовиальная напоминаетъ по виду своему овечью шкуру; особенно густо покрыта ворсинками синовиальная у локтевого отростка и въ карманахъ у головки radii; нѣкоторыя ворсины оторваны и свободно плаваютъ въ экссудатѣ въ видѣ рисовыхъ тѣлецъ. При отпилѣ olecranon'a, очень утолщеннаго склерозирующимъ оститомъ, въ толщѣ его найдена гупма, окруженная твердой, какъ слоновою костью, костной массой. Къ сожалѣнію, о состояніи хрящей въ исторіи болѣзни не сдѣлано отмѣтокъ. Вся синовиальная выскоблена острой ложкой; суставъ промытъ и затампированъ іодоформной марли; рана зашита. Неподвижная крахмальная повязка.

Нормальное заживленіе per primam до тампоновъ.

26/1, т. е. черезъ 17 дней послѣ операціи, начаты фарадизація мышцъ плеча, движенія и гимнастика въ оперированномъ суставѣ.

14/II, т. е. на 36 день послѣ операціи, больной выписанъ. Движенія въ правомъ локтѣ вполне безболѣзненны; полная пассивная и хорошая активная подвижность въ суставѣ. Несомнѣнно, что конечность будетъ вполне работоспособна. Общее состояніе больного подъ вліяніемъ леченія іодомъ значительно поправилось.

Вырѣзанная часть синовиальной и увеличенныя ворсины были подвергнуты д-ромъ Дитерихсомъ микроскопическому изслѣдованію и дали тѣ же картины, какъ и въ случаѣ l'romatis arborescentis. приведенномъ выше (см. стр. 33), т. е. типичный гуммозный ворсинчатый синовитъ.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ отчасти путемъ исключенія, главнымъ образомъ—на основаніи характерной клинической картины артрита, представлявшаго собой въ обоихъ случаяхъ типичный pseudotumor albus syphiliticus, въ первомъ случаѣ—болѣе свѣжій, во второмъ—болѣе застарѣлый. Не менѣе типична была и найденная нами при артротоміи патолого-анатомическая картина, подтвердившая клиническое распознаваніе, причѣмъ во второмъ случаѣ было произведено и микроскопическое изслѣдованіе синовиальной и ворсинъ.

Въ случ. 24 частичная резекція — операція, которой я тогда увлекался,—была произведена вслѣдствіе полной безрезультатности специфическаго леченія и дала во всѣхъ отношеніяхъ хорошій результатъ. Теперь, при просмотрѣ этой исторіи болѣзни, у меня вкралось сомнѣніе, не объясняется-ли здѣсь безрезультатность леченія тѣмъ, что я не вос-

пользовался тогда достаточно широко іодистымъ калиемъ и разрѣшилъ давать его въ слишкомъ малыхъ дозахъ; правда, больного энергично лечили ртутными втираніями, но мы теперь отлично знаемъ, что въ подобныхъ случаяхъ однѣ фрикціи, безъ предварительнаго или одновременнаго леченія іодомъ, нерѣдко не даютъ желательнаго эффекта; долженъ признаться, что если бы этотъ случай попалъ въ мои руки не 20 лѣтъ тому назадъ, а теперь, то можетъ быть, я обошелся бы безъ оперативнаго вмѣшательства. Кромѣ того, я усматриваю тутъ и другую ошибку, это—примѣненіе частичной резекціи; теперь я несомнѣнно сдѣлалъ бы резекцію полную, потому что при частичныхъ резекціяхъ въ локтѣ получить хорошій функциональный результатъ гораздо труднѣе,—иногда и при самомъ тщательномъ и умѣломъ послѣдовательномъ леченіи все-же образуется контрактура и малоподвижной суставъ, слѣдовательно не достигается главная цѣль операціи при такого рода артритяхъ.

Въ случаѣ 25 резекція, и на этотъ разъ полная, была произведена по двумъ слѣдующимъ соображеніямъ: 1) б. принадлежалъ къ рабочему классу, желалъ вылечиться по возможности скорѣе и получить подвижную въ локтѣ конечность, 2) заболѣваніе сустава было старое, а контрактура существовала 10 лѣтъ, поэтому а priori можно было сказать, что безъ резекціи дать больному то, что онъ желаетъ, невозможно. Результатъ получился отличный, такъ какъ уже при выпискѣ имѣлась очень хорошая подвижность въ резецированномъ суставѣ и можно было съ увѣренностью сказать, что б. современемъ будетъ вполне работоспособенъ.

Считаю бесполезнымъ добавить здѣсь еще, что при анкилозахъ и контрактурахъ въ локтѣ, влѣдствіе закончившихся сифилитическихъ артритовъ, съ резекціями слѣдуетъ быть особенно осторожнымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются значительныя измѣненія въ периартикулярныхъ тканяхъ отъ бывшихъ здѣсь гуммозныхъ процессовъ, язвъ, свищей и т. п. При такихъ условіяхъ даже и послѣ полныхъ резекцій все же остается большая склонность къ образованію новыхъ контрактуръ и даже анкилоза, а при болѣе обширномъ изсѣченіи костей легко получается болтающийся суставъ (*Schlottergelenk*), который во всякомъ случаѣ въ отношеніи функціи конечности хуже, чѣмъ анкилозъ даже подъ тупымъ угломъ.

Нѣсколько иначе представляется вопросъ объ артротоміяхъ при сифилісѣ колѣннаго сустава. Конечно, и здѣсь прежде всего надо имѣть въ виду тѣ показанія къ оперативнымъ вмѣшательствамъ на суставахъ, кои признаются общими при всякаго рода артритяхъ, какъ, напр., при нагноеніи въ суставѣ. Далѣе, чаще всего здѣсь приходится прибѣгать къ операціямъ при старыхъ гиперпластическимъ синовитахъ, при *pseudotumor albus*, а такъ же при сильно развитыхъ формахъ ворсинчатого синовита, близкихъ къ древовидному жировику, при *lipoma arborescens* и *arthritis deformans syphilitica*, поэтому въ колѣнѣ намъ больше приходится имѣть дѣло при операціяхъ съ перерожденной синовиальной и

капсулой, чѣмъ съ процессами въ костяхъ; къ тому-же очень заботиться здѣсь о функциональномъ результатѣ не приходится—важно, чтобы послѣ артротоміи конечность была прямая и позволяла бы больному ступать на нее, анкилозъ здѣсь препятствуетъ относительно, а подвижность въ суставѣ послѣ артротоміи колѣна желательна, но — роскошь. Поэтому, если при пораженіяхъ локтя мы предпочитаемъ полную типичную резекцію, то при сфилитическомъ заболѣваніи колѣна на первый планъ выступаетъ *arthrectomia synovialis*, резекція же костей должна быть по возможности частична, экономична и атипична.

Иллюстраціей къ сказанному можетъ служить слѣдующій случай:

(26) И. М., крестьянинъ, 58 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9/1. 1905 г., жалующься на искривленіе правой нижней конечности и боли въ ней при ходьбѣ.

М. родился въ деревнѣ Тверской губ. Отецъ его умеръ—какихъ лѣтъ и отъ чего не знаетъ; мать умерла 72 лѣтъ, «отъ старости». Б. женатъ, имѣлъ 7 человекъ дѣтей, изъ коихъ живъ одинъ мальчикъ, остальные ребята умерли маленькими; выкидышей у жены не было. Б. по занятіямъ хлѣбопекъ, временами живетъ въ деревнѣ.

Въ дѣтствѣ М. ничѣмъ не хворалъ; на 21 г. болѣлъ сифилисомъ.

Не помнитъ сколько лѣтъ тому назадъ оступился на правую ногу въ то время, какъ несъ тяжелый кулъ; въ колѣнѣ тогда что-то хрустнуло, но никакихъ непосредственныхъ послѣдствій это не имѣло. Черезъ годъ или два въ этомъ колѣнѣ появилась опухоль и незначительныя боли, не препятствующія больному работать; въ лечебницѣ посоветовали носить эластическій бинтъ, послѣ чего опухоль и боли прошли. Лѣтъ 8 тому назадъ б. почувствовалъ, что правая нога начинаетъ кривиться, образуя уголь, открытый кнаружи (*genu valgum*); колѣно опухло и появились боли при ходьбѣ, но б. продолжалъ работать. Опухоль и боли оставались въ томъ-же положеніи, но искривленіе постепенно усиливалось. Лѣтомъ 1904 г., т. е. за 1½ года до поступления въ клинику, б. бросилъ работу, такъ какъ больная нога стала ему сильно мѣшать—при помощи палки онъ могъ уже пройти только самое незначительное разстояніе.

Б. правильнаго сложенія и средняго питанія. Кожа чистая, но, какъ и видимыя слизистыя оболочки, блѣдная. Подкожно-жирный слой развитъ умѣренно. Лимфатическія железы не увеличены. Артеріи склерозированы: на голеняхъ ясно просвѣчиваютъ расширенныя вены. Мышечная и костная системы развиты нормально Т<sup>0</sup> нормальная. Надъ обѣими ключицами и подъ лѣвой ключицей легкое притупленіе перкуторнаго тона и выдохъ; въ остальныхъ частяхъ легкихъ везикулярное дыханіе и малые пузырьчатые хрипы. Граница сердца нормальна, тоны чисты, но глуховаты. Пульсъ правильный, 68. Органы пищеваренія, селезенка, почки и нервная система никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Мышечатура всей правой нижней конечности атрофирована, особенно на бедра, окружность его посрединѣ 39 см. противъ 45 на здоровой сторонѣ. *Genu valgum* съ угломъ въ 165°; при сидячемъ положеніи искривленіе сглаживается. Колѣнный суставъ, какъ видно на рис. 23, значительно увеличенъ въ объемъ—окружность черезъ средину *patellae* 41,5 см. противъ 35,5 на здоровомъ колѣнѣ. Капсула рѣзко

и ясно утолщена, но утолщение это неравномерно; при ощупывании чувствуется мягкий хруст; полость сустава растянута жидкостью тоже неравномерно; *patella patans*; при глубокомъ ощупывании получается впечатлѣніе присутствія въ экссудатѣ небольшихъ постороннихъ тѣлъ. Внутренніе мышелки бедра и голени утолщены, особенно первый, и бугристы; *tuberositas tibiae* тоже значительно увеличена въ объемѣ



Рис. 23. *Osteoarthritis gummosa genus. Lues acquisita.* (Собственное наблюдение).

по сравненію съ здоровой стороной. Движенія въ больномъ коленѣ нѣсколько болѣзненны; уголъ максимальнаго сгибанія активнаго =  $65^{\circ}$ , пассивнаго =  $58^{\circ}$ . *Pedes plani*; компенсаторный *pes varus* на больной конечности. Б. можетъ ходить съ палкой, но сильно хромя, съ большимъ трудомъ, съ незначительными болями, вследствие чего онъ совершенно неработоспособенъ.

Діагнозъ. *Osteoarthritis gummosa gen. dextr.*; *ostitis gummosa epiphys. tibiae et condyl. int. femoris*; *hydrops fibinoso-villosus syphilitic.*; *genu valgum ex deformatione epiphys. femoris et tibiae.*

Б. демонстрированъ до начала леченія въ засѣданіи Медико-Хирургическаго Общества, въ присутствіи, между прочимъ, двухъ нашихъ извѣстныхъ сифилидологовъ.

Леченіе. Назначенъ іодистый калий въ восходящихъ дозахъ, котораго онъ принялъ за 18 дней (съ 15/1 по 3/п) 64,0 грамма. Никакого результата; измѣренія 3/п показали, что окружность колѣна уменьшилась на срединѣ *patellae* на  $\frac{1}{2}$  стм. (?), увеличилась надъ чашкой на  $1\frac{1}{2}$  стм., подъ чашкой—на 2 стм.

17/п мною произведена подъ хлороформомъ артродомія съ частичной резекціей.

При вскрытіи сустава дугообразнымъ разрѣзомъ изъ полости его вытекло довольно большое количество сѣрозно-фибринознаго экссудата, въ которомъ плавали сгустки фибрина и рисовыя тѣльца. Капсула утолщена неравномерно, мѣстами до  $\frac{1}{2}$  стм., фиброзной консистенціи; синовиальная представляетъ значительныя неровности и мѣстами покрыта довольно крупными ворсинчатыми разроженіями; суставные хрящи на бедрѣ и большеберцовой кости типично измѣнены, въ нихъ характерныя для сифилитическаго хондрита узуръ и дефекты съ рѣзко-обрѣзанными краями и замѣной хряща соединительной тканью; на хрящѣ бедра звѣздчатый рубецъ; въ одномъ мѣстѣ *cond. int. femoris* подъ хрящемъ полость величиной съ горошину, выполненная грануляціями — субхондральная гумма; на эпифизахъ обѣихъ костей, въ мѣстахъ прикрепленія капсулы и по краямъ хрящей обильныя небольшіе остеофиты. Капсула вырѣзана ножницами, *condylus intern. femoris* спилень на уровнѣ нормальной суставной линіи, причѣмъ ему придана округлая форма; тонкія пластинки подхрящевыхъ слоевъ кости сняты вмѣстѣ съ хрящами широкимъ долотомъ, по возможности съ сохраненіемъ формы суставныхъ концовъ. При этомъ въ обѣихъ костяхъ, особенно во внутренемъ мыщелкѣ бедра, обнаруженъ склерозирующий оститъ. Тампонація іодоформной марли; шовъ, неподвижная повязка.

Нормальное пооперационное теченіе съ повышеніемъ  $t^0$  до 38,5, но безъ всякаго нагноенія.

Послѣ операци б. принялъ еще 32,0 грамма іодистаго калия, который пришлось оставить вълѣдствіе появившагося поноса.

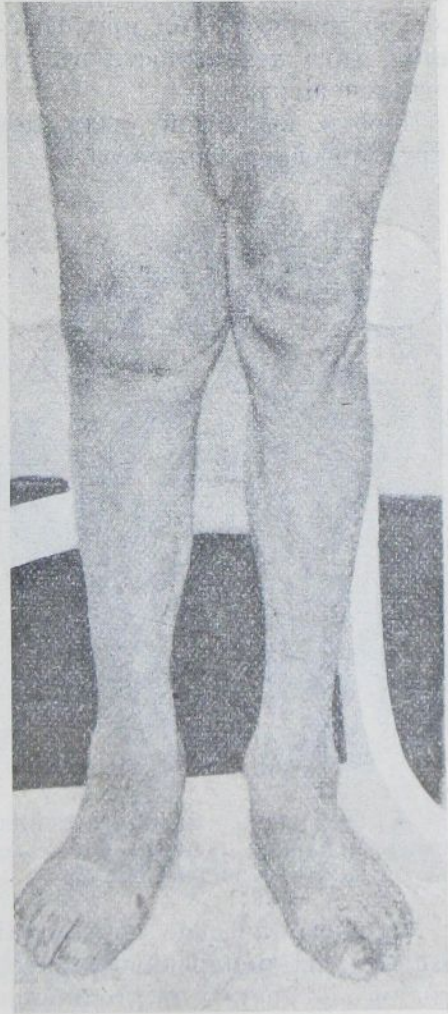


Рис. 24. Тотъ-же случай, что на рис. 23, черезъ 70 дней послѣ операци.

20/ш, т. е. на 31 день р. опер., отмѣчено: «полное заживленіе; поднимаетъ ногу свободно, сгибаетъ съ большимъ затрудненіемъ.

Назначенъ массажъ и фарадизація мускулатуры.

29/ш. При помощи костылей ходить хорошо.

7/iv. Немного сгибаетъ ногу въ колѣнѣ; *m. quadriceps* разгибаетъ голень.

28/iv, т. е. на 70 день послѣ операція, выписанъ; болѣе нѣтъ, ходить довольно свободно съ палкой; движенія въ суставѣ очень ограничены. Б. доволенъ результатомъ операція (см. рис. 24). Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ б. приходилъ въ клинику: ходить свободно безъ палки, хотя подвижности въ суставѣ почти нѣтъ; вполнѣ удовлетворенъ леченіемъ.

Передъ выпиской былъ демонстрированъ въ заведеніи Медико-Хирургическаго Общества.



Рис. 25. Срѣзь черезъ ворсины, arteriitis obliterans; милиарная гумма. (Тотъ-же случай, что на рис. 23).



Рис. 26. Срѣзь черезъ синовиальную; arteriitis obliterans syphilitica. (Тотъ-же случай, что на рис. 23 и 25).

Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ изъ сустава частей показало: на поперечныхъ срѣзкахъ черезъ ворсины (см. рис. 25) найдены мелкіе сосуды съ утолщенными стѣнками, вблизи нихъ гранулемы, которыя слѣдуетъ признать за милиарныя гуммы; въ синовиальной (см. рис. 26) такіе же сосуды, изъ коихъ нѣкоторые почти совершенно облитерированы; въ хрящѣ (см. рис. 27) бѣдность кѣлочными элементами въ поверхностномъ слоѣ и разволакиваніе хряща параллельно плоскости хряща (явленіе по Gies'у и др. характерное для сифилитическаго хондрита).

Диагнозъ въ приведенномъ случаѣ былъ не труденъ: вся картина пораженія сустава была вполнѣ характерна для сифилиса, и больной признавалъ бывшую въ молодости инфекцію; продолжительность заболѣванія сустава (болѣе 10 лѣтъ) и значительная деформація его при долго сохранившихся функціяхъ конечности (больной бросилъ работу за 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года до поступленія въ клинику, главнымъ образомъ изъ-за искривленія ноги)



говорили противъ туберкулеза; нервная система была въ порядкѣ. Патолого-анатомическая картина, найденная при артротоміи, была очень характерна и, даже безъ микроскопическаго изслѣдованія, не оставляла никакихъ сомнѣній въ томъ, что мы действительно имѣли дѣло съ сифилисомъ; но и микроскопическое изслѣдованіе вполне подтвердило діагнозъ: характерное пораженіе сосудовъ въ синовиальной (у завѣдомаго сифилитика), милиарныя гуммы ворсинокъ и *chondritis syphilitica*; особенно убѣдительною я считаю картину разволакиванія хряща, на рис. 27, совершенно схожую съ рисункомъ Gies'a.

Показанія къ операціи въ этомъ случаѣ тоже понятны сами собой: во 1-хъ, леченіе іодомъ не дало за 18 дней никакого результата; было ясно, что значительныя измѣненія въ суставѣ зависятъ главнымъ образомъ отъ послѣдствій долго гнѣздившихся тамъ гуммозныхъ процессовъ и отчасти уже потеряли специфическій характеръ, слѣдовательно антисифилитическое леченіе могло только купировать эти специфическіе процессы, но не могло повліять на глубокія измѣненія въ тканяхъ не специфическаго характера, во 2-хъ, б. былъ неработоспособенъ, главнымъ образомъ — вслѣдствіе искривленія конечности (*genu valgum*), препятствовавшего ему ходить и долго стоять (хлѣбопекъ), поэтому излечить синовитъ, даже если бы это и удалось, было мало, нужно было выпрямить конечность и дать ей устойчивость. Произведенная операція и дала, какъ мы видѣли, желаемый результатъ.

Другимъ примѣромъ артротоміи при сифилисѣ колѣна можетъ служить вышеописанный мною (см. стр. 30, случ. 4) случай сифилитическаго древовиднаго жировика, при которомъ показанія къ операціи были тоже достаточно ясны. Наконецъ, въ одной изъ ближайшихъ лекцій я сообщу вамъ еще случаи артротоміи при *arthritis deformans syphilitica*.

Думаю, что такимъ образомъ, условія, вызывающія при сифилисѣ

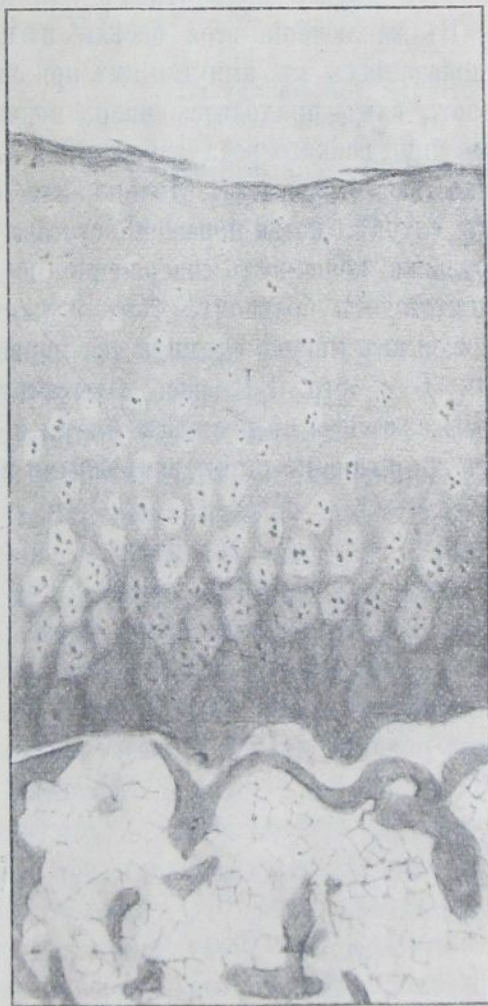


Рис. 27. *Chondritis syphilitica*; разволакиваніе хряща. (Тотъ-же случай, что на рис. 23, 25 и 26).

колѣна *arthrectomia synoviale*, для васъ ясны изъ приведенныхъ примѣровъ, остается добавить, что къ этой артректоміи иногда приходится добавлять небольшія изсѣченія и выскабливанія пораженныхъ суставныхъ концовъ, показаній же къ типичной резекціи колѣна, по случаю гуммознаго процесса въ немъ, мнѣ встрѣчать не приходилось, думаю, что если резекція и можетъ здѣсь оказаться показанной, то лишь кливновидная при анкилозѣ колѣна подъ угломъ или при очень рѣзкой контрактурѣ.

Въ заключеніе этой бесѣды я не могу обойти молчаніемъ и вопроса о показаніяхъ къ ампутаціямъ при сифилитическихъ артритяхъ, но здѣсь сказать вамъ приходится мало; показанія тутъ могутъ быть только общія, какъ при всякаго рода заболѣваніяхъ суставовъ вообще—жертвовать конечностью мы можемъ только для спасенія жизни больного, либо въ томъ случаѣ, когда пораженіе сустава неизлечимо, улучшеніе невозможно, а больная конечность совершенно не способна функционировать и больше препятствуетъ больному, чѣмъ служитъ ему. Иллюстраціей къ такого рода положеніямъ могутъ служить два приведенныхъ выше случая (см. стр. 37, случ. 6 и стр. 81, рис. 20): ампутаціи бедра—при *osteoarthritis syphilitica cariosa et necrotica genu*, и ампутаціи голени—при почти полномъ разрушеніи стопы гуммозными процессами въ суставахъ и костяхъ ея.

## Лекція XI.

«La syphilis fait souvent le lit de la tuberculose».

(L and ou zy. Associations morbides; syphilis et tuberculose; terrain et graine.—Congr. p. l'étud. de la tuberculose. 1891. T. II.

Цит. по Sargent).

Мм. Гг.

При классификації сифилитическихъ артритовъ, какъ вы знаете, я выдѣлилъ въ отдѣльную, четвертую группу смѣшанные артриты, т. е. такія заболѣванія суставовъ, гдѣ поврежденіе послѣднихъ объясняется взаимодействіемъ двухъ или нѣсколькихъ этиологическихъ моментовъ, между прочимъ—и сифилисомъ. Съ клинической точки зрѣнія—въ смыслѣ затрудненій при распознаваніи и леченіи—однимъ изъ наиболѣе интересныхъ сочетаній разныхъ инфекцій, мнѣ кажется, слѣдуетъ признать одновременное воздѣйствіе на суставъ двухъ наиболѣе распространенныхъ хроническихъ инфекціонныхъ болѣзней—сифилиса и туберкулеза.

Мы уже видѣли съ вами не разъ, какъ трудно иногда дифференцировать сифилитическій артритъ отъ туберкулезнаго и какъ нерѣдко встрѣчаются сифилитическіе артриты, не поддающіеся нашему обычному леченію; мы знаемъ также, что существуютъ и туберкулезные артриты, съ совершенно атипическимъ теченіемъ, представляющіе совершенно своеобразную клиническую картину—можетъ быть, и очень вѣроятно, что все это объясняется довольно просто, а именно тѣмъ, что артриты эти не чисто сифилитическіе и не только туберкулезные, а смѣшанные, такъ назыв. французами гибриды, метисы сифилиса и туберкулеза.

Дѣйствительно, уже а priori нельзя отрицать, что сифилитикъ можетъ заболѣть туберкулезомъ, а туберкулезный больной—заразиться сифилисомъ; нельзя отрицать и того, что ребенокъ можетъ унаслѣдовать сифилисъ отъ родителей и заболѣть туберкулезомъ или родиться отъ туберкулезныхъ родителей и получить сифилисъ, напр. отъ кормилицы. Опытъ показываетъ, что на практикѣ такія комбинаціи на самомъ дѣлѣ и встрѣчаются, а если это такъ, то мы, разсуждая даже теоретически, должны допустить, что вліяніе этихъ двухъ инфекцій на одинъ и тотъ же суставъ не можетъ не измѣнить клиническую картину артрита и не придать ему своеобразной фізіономіи.

Не сомнѣваюсь, что подобные артриты должны клинически протекать

иначе, чѣмъ чистыя, типичныя формы бугорчатыхъ или сифилитическихъ заболѣваній суставовъ.

Терапевты, дерматологи и сифилидологи уже давно и довольно много занимались разработкой затронутого мною здѣсь вопроса и пришли уже къ нѣкоторымъ выводамъ; къ сожалѣнію, мы очень мало слышали о томъ же отъ хирурговъ и пока о гибридныхъ формахъ сифилитико-туберкулезныхъ заболѣваній суставовъ знаемъ очень мало или почти ничего не знаемъ.

Въ 1907 г. въ Парижѣ вышла очень интересно написанная книга Em. Sergent, ученика Gaucher, специально посвященная вопросу о сочетаніяхъ сифилиса и бугорчатки и озаглавленная коротко «Syphilis et tuberculose». Въ этой книгѣ, богатой приводимыми наблюдениями и фактами, вы можете, напр., прочесть, что гуммозная каверна въ легкихъ можетъ быть вторично инфицирована туберкулезомъ, что разныя сочетанія сифилиса съ туберкулезомъ придаютъ всей картинѣ заболѣванія легкихъ и теченію болѣзни своеобразный отпечатокъ, и т. п.; вообще вы можете почерпнуть изъ этой книги много интереснаго и практически важнаго по отношенію къ смѣшаннымъ заболѣваніямъ легкихъ, гортани и т. д. Въ этой же книгѣ приводится наблюдение Leloig'a, доказавшаго гистологически и бактериологически въ одномъ случаѣ сифилида кожи у туберкулезной больной, заразившейся сифилисомъ, одновременное существованіе въ больныхъ тканяхъ туберкулезныхъ и сифилитическихъ гранулемъ (гибридный дерматозъ). Говоритъ Sergent и о гибридахъ сифилиса и туберкулеза въ костяхъ и суставахъ, о «смѣшанныхъ бѣлыхъ опухоляхъ», но въ этой главѣ, несмотря на свое специальное знакомство съ литературой предмета, ограничивается лишь теоретическими разсужденіями и фактическаго матеріала вовсе не даетъ, вѣроятно, потому, что его не существуетъ. Такое малое знакомство наше со смѣшанными формами при пораженіяхъ суставовъ объясняется, во 1-хъ, бѣдностью матеріала для анатомическихъ изслѣдованій, во 2-хъ, отсутствіемъ до самаго послѣдняго времени въ нашихъ рукахъ—въ противоположность терапевтамъ—такихъ клиническихъ способовъ изслѣдованія, кои позволяли бы намъ распознавать эти смѣшанныя формы и клинически изучать ихъ. Лишь недавно наука дала намъ два могущественныхъ въ этомъ отношеніи средства, это—реакціи Pirquet и Calmette'a на туберкулезъ и реакцію Wassermann'a на сифилисъ.

Теперь намъ предстоитъ, пользуясь этими методами изслѣдованія, искать такіе артриты, гдѣ обѣ реакціи дадутъ намъ положительныя результаты, и клинически изучать такія формы, не упуская случая производить микроскопическія изслѣдованія, гдѣ это окажется возможнымъ. Долженъ, однако, тутъ же отмѣтить, что и эти методы изслѣдованія пока не могутъ быть признаны вполне точными, такъ какъ, во 1-хъ, реакція Wassermann'a въ извѣстномъ % случаевъ гуммознаго сифилиса не даетъ результатовъ, а во 2-хъ, положительный результатъ реакціи отъ

туберкулина не позволяет еще утверждать, что пораженъ туберкулезомъ именно суставъ и что у даннаго субъекта нѣтъ въ организмѣ какого-нибудь другого, скрытаго туберкулезнаго очага <sup>1)</sup>. Но, какъ бы ни было, мы тѣмъ не менѣе располагаемъ теперь способами изслѣдованія, которые, по мнѣнію многихъ авторовъ, въ состояніи дать намъ если не все, то во всякомъ случаѣ—очень многое, а этимъ, конечно, надо пользоваться. О прививкѣ патологическихъ матеріаловъ отъ больныхъ морскимъ свинкамъ и о поискахъ за Косч'овскими палочками и спирохэтами я не говорю, такъ какъ эти приемы пока могутъ дать намъ для цѣлей диагностики очень немного: отрицательные результаты прививокъ мало доказательны, какъ и положительные, требующіе иногда много времени; Косч'овскія палочки въ тканяхъ больнаго сустава найти трудно, а часто вовсе не удается, спирохэтъ же, сколько мнѣ извѣстно, при гуммозныхъ пораженіяхъ суставовъ пока не находили.

Передъ тѣмъ, какъ переходить къ клинической части занимающаго насъ вопроса, позвольте мнѣ ознакомить васъ съ нѣкоторыми общими понятіями о возможныхъ сочетаніяхъ сифилиса и бугорчатки и также указать вамъ разныя комбинаціи при совмѣстномъ вліяніи этихъ двухъ болѣзнетворныхъ ядовъ.

Прежде всего—какъ понимать гибридные формы? Въ сущности настоящей гибридаціи, метизаціи, скрещиванія здѣсь нѣтъ, такъ какъ сочетаніе двухъ инфекціонныхъ формъ третьей, новой болѣзни не даетъ; каждый изъ двухъ ядовъ вліяетъ на ткани отдѣльно, самостоятельно, но одновременно, рядомъ одинъ съ другимъ, вызывая въ одной ткани два разныхъ патологическихъ процесса (*juxtaposition de lésions*). Такъ, напр., надо понимать гибридную форму *lupus'a* въ случаѣ Leloir'a. При этомъ одинъ процессъ можетъ прогрессировать отдѣльно, а другой—временно пребывать въ латентномъ состояніи. Такимъ образомъ «скрещиванія» не будетъ, но такое взаимодействіе двухъ причинъ и двухъ патологическихъ процессовъ дастъ только гибридацію въ клинической картинѣ, т. е. дастъ не новую болѣзнь, а новую клиническую картину, отличающуюся отъ таковой же при чистомъ сифилисѣ и чистомъ туберкулезѣ.

<sup>1)</sup> Въ клиникѣ Küttner'a Coenen примѣнилъ реакцію Wassermann'a въ 70 случаяхъ, изъ числа коихъ было 30 вѣрныхъ случаевъ позднихъ формъ приобрѣтеннаго и наследственнаго *lues'a*; реакція оправдала себя въ 87% всѣхъ случаевъ сифилиса. Karsowski получилъ положительныя данныя во всѣхъ 18 случаяхъ сифилиса, гдѣ онъ испытывалъ серологическую реакцію. У самого Wassermann'a реакція при наличности проявленія сифилиса дала желательное указаніе въ 90% всѣхъ случаевъ, при отсутствіи симптомовъ болѣзни, т. е. въ скрытомъ, латентномъ періодѣ—40 50% и 60—90% вообще при имѣвшей мѣсто инфекціи. В. Н. Томашевскій сообщилъ мнѣ, что данныя Citron'a, записанныя Томашевскимъ на лекціи послѣдняго, лѣтомъ 1908 г. были слѣдующія:

- при первичныхъ формахъ +90%
- при раннихъ формахъ съ симптомами +93%
- при раннихъ формахъ безъ симптомовъ +80%
- при позднихъ формахъ съ симптомами +91%
- при позднихъ формахъ безъ симптомовъ +57%.

Что касается, далѣе, разныхъ условій, при которыхъ возможно себѣ представить сочетаніе сифилиса съ бугорчаткой въ костяхъ и суставахъ, то я позволю себѣ дать вамъ поясненія въ этомъ отношеніи на примѣрахъ.

1) Больной съ туберкулезомъ сустава можетъ получить и сифилисъ. Эту возможность я представляю себѣ, напр., такъ: въ дѣтствѣ или отрочествѣ больной имѣлъ туберкулезное пораженіе сустава, процессъ закончился, не оставивъ послѣ себя рѣзко выраженныхъ послѣдствій въ суставѣ или оставивъ таковыя; взрослымъ онъ получаетъ сифилисъ и успешно лечится; черезъ нѣсколько лѣтъ этотъ больной получаетъ травму бывшаго больнымъ сустава, и здѣсь разгорается новый артритъ: вотъ этотъ-то артритъ можетъ быть туберкулезнымъ (въ видѣ рецидива) или сифилитическимъ, но можетъ быть одновременно и тѣмъ, и другимъ, т. е. въ суставѣ могутъ развиваться и туберкулы и гуммы. Несомнѣнно, что клиническая картина и теченіе болѣзни въ послѣднемъ случаѣ должны быть своеобразны, но въ чемъ выразится эта своеобразность проявленій болѣзни, мы пока не знаемъ, за неимѣніемъ достаточно обстоятельныхъ наблюденій въ этомъ направленіи.

2) Больной, зараженный, напр., въ раннемъ дѣтствѣ сифилисомъ, заболѣваетъ въ юношескіе годы, т. е. въ гуммозномъ періодѣ сифилиса, туберкулезомъ сустава; и тутъ можетъ развиваться гибридная форма артрита, о которой мы можемъ сказать не болѣе, чѣмъ мы сказали про пораженіе сустава въ первомъ случаѣ.

Безспорно, подобные смѣшанные артриты при приобрѣтенномъ сифилисѣ должны представлять собой извѣстный клиническій интересъ, но все же слѣдуетъ думать, что приведенныя комбинаціи являются исключеніями и потому наврядъ-ли могутъ имѣть большое практическое значеніе.

Гораздо чаще должны встрѣчаться смѣшанныя формы артритовъ при наследственномъ сифилисѣ; тогда получается третья возможность взаимодѣйствія двухъ патологическихъ ядовъ:

3) Ребенокъ съ раннимъ наследственнымъ сифилисомъ или юноша съ поздней наследственной формой инфицируется туберкулезомъ, и у него заболѣваетъ суставъ; очень возможно, что и этимъ путемъ можетъ получиться гибридная форма артропатіи, имѣющей клинически тоже свою физиономію; при распространенности сифилиса и туберкулеза и при очень нерѣдкомъ проявленіи *lues'a* въ видѣ позднихъ наследственныхъ формъ смѣшанные артриты такого происхожденія должны встрѣчаться на практикѣ довольно часто и, при нашемъ маломъ знакомствѣ съ особенностями ихъ клинической картины, представлять не малыя діагностическія затрудненія; а между тѣмъ своевременное распознаваніе такихъ артритовъ безспорно очень желательно, такъ какъ они и въ отношеніи прогноза, и въ отношеніи терапіи тоже должны отличаться отъ чистыхъ формъ, въ чемъ я не разъ имѣлъ случай убѣждаться на дѣлѣ; относящіеся сюда примѣры изъ моихъ клиническихъ наблюденій я приведу ниже.

Согласно современнымъ научнымъ взглядамъ на наслѣдственность туберкулеза, мать, больная бугорчаткой, можетъ передать ее своему ребенку, хотя такой прирожденный туберкулезъ, по мнѣнію авторовъ, наблюдается сравнительно рѣдко; можетъ-ли это заболѣваніе быть передано потомству отцомъ, какъ сифилисъ, пока нельзя считать доказаннымъ такъ же, какъ и то, что такъ называемая «золотуха» представляетъ собой скрытый, латентный, наслѣдственный туберкулезъ. Во всякомъ случаѣ несомнѣнно, что ребенокъ, родившійся отъ туберкулезныхъ родителей и даже въ туберкулезной семьѣ, обладаетъ особой восприимчивостью къ этой инфекціи. Такимъ образомъ, мы можемъ представить себѣ и четвертую комбинацію взаимодѣйствія сифилиса и туберкулеза.

4) Ребенокъ, унаслѣдовавшій отъ матери туберкулезъ въ видѣ заболѣванія сустава, можетъ одновременно страдать и наслѣдственнымъ сифилисомъ отъ отца или заразиться таковымъ въ раннемъ дѣтствѣ, напр. отъ кормилицы или отъ окружающихъ — спрашивается, не будетъ-ли заболѣваніе у него сустава тоже представлять извѣстныя особенности въ своей клинической картинѣ? Полагаю, что и на этотъ вопросъ отвѣтъ можетъ быть только утвердительный. Что же касается вліянія «золотухи» (если подъ нею понимать особую восприимчивость къ туберкулезу у субъектовъ, родившихся отъ туберкулезныхъ родителей) на теченіе сифилиса, то таковое отмѣчено многими клиницистами уже очень давно — извѣстно, что сифилитическія пораженія у «золотушныхъ» получаютъ своеобразное, атипическое, торпидное теченіе и особенно склонны къ нагноеніямъ. Не безынтересно еще, что, по мнѣнію нѣкоторыхъ французскихъ авторовъ, сифилисъ, привитый на «золотушную» почву, предпочтительно локализуется въ тканяхъ, которыя преимущественно поражаются «золотушно-туберкулезными процессами»<sup>1)</sup>.

Не слѣдуетъ, далѣе, упускать изъ виду, что пріобрѣтенный сифилисъ можетъ быть излеченъ, но у бывшаго сифилитика все же остается особая, специфическая почва, тоже крайне способствующая заболѣванію туберкулезомъ и, вѣроятно, такъ или иначе видоизмѣняющая теченіе этого послѣдняго. Также и при наслѣдственномъ сифилисѣ — послѣдній можетъ быть переданъ родителями ребенку, какъ таковой, и можетъ проявиться у него въ раннихъ или позднихъ формахъ, можетъ и вовсе не проявляться или выразиться въ видѣ парасифилитическаго заболѣванія; и все-же ребенокъ этотъ, не будучи въ строгомъ смыслѣ слова сифилитикомъ, останется ребенкомъ сифилитиковъ, т. е. унаслѣдовавшимъ отъ нихъ, если не сифилисъ, то ту-же специфическую почву.

Съ другой стороны, мы уже видѣли, что туберкулезъ передается по наслѣдству, какъ болѣзнь, очень рѣдко, но очень часто ребенокъ тоже наслѣдуетъ отъ туберкулезныхъ родителей извѣстную специфическую почву, т. е. — то, что нѣкоторые называютъ «золотухой», скрофулезомъ.

<sup>1)</sup> «La scrophule amène la syphilis sur ses domaines» (цит. по Sergent).

Такимъ образомъ—можно себѣ представить субъектовъ, родившихся съ одной уже готовой наслѣдственной почвой, а можетъ быть—и съ обѣими; при всѣхъ этихъ комбинаціяхъ,—по мнѣнію многихъ авторовъ, къ которымъ склоненъ присоединиться и я,—проявленія туберкулеза и сифилиса должны протекать болѣе или менѣе атипично; получается-ли здѣсь только одновременное присутствіе въ организмѣ специфическихъ почвъ (*juxtaposition de terrains*) или настоящая гибридизація почвъ—сказать трудно. Изъ клиническихъ наблюденій мы только знаемъ, что у такихъ субъектовъ развиваются особыя формы пораженія тканей, которыя мы не можемъ признать ни типично туберкулезными, ни типично сифилитическими, именно такія формы, которыя еще Ricord такъ картинно окрестилъ названіемъ «*scrophulates de vérole*».

Что касается спеціально суставовъ, то несомнѣнно, что гибридные формы артритовъ существуютъ, но, къ сожалѣнію, какъ я уже сказала, онѣ почти не изучены, и мы знаемъ о нихъ такъ мало, что я затруднился бы говорить объ ихъ клинической картинѣ вообще—надѣюсь, что это задача будущаго, а пока я принужденъ ограничиться лишь приведеніемъ примѣровъ:

(27) N. N., юноша, 20 лѣтъ, поступилъ въ клинику въ февралѣ 1907 г., жалуясь на опухоль въ лѣвомъ колѣнѣ и на боль въ немъ при движеніяхъ.

Родился больной въ одной изъ приволжскихъ губерній, въ очень бѣдной семьѣ сельскаго псаломщика. Семья такъ плохо питалась, что мать потеряла молоко, и ребенка воспитали искусственнымъ кормленіемъ, очень скуднымъ; такое же недостаточное питаніе продолжалось и позже; поэтому больной былъ всегда слабымъ и хилымъ ребенкомъ. Учился N. N. въ реальномъ училищѣ, которое окончилъ. Живетъ уроками и продолжаетъ бѣдствовать. Родители больного живы и здоровы: матери 44 года, отцу 40 лѣтъ; послѣдній отрицаетъ, что когда-либо болѣлъ лues'омъ; у матери выкидышей не было; братья и сестры больного здоровы; болѣлъ и умеръ отъ воспаления легкихъ въ 6-мѣсячномъ возрастѣ только старшій братъ.

Въ раннемъ дѣтствѣ N. N. перенесъ корь, а 8-ми лѣтъ болѣлъ маляріей.

Настоящая болѣзнь колѣна началась 12 лѣтъ тому назадъ, т. е. когда больному было 8 лѣтъ. Сначала появились довольно сильныя боли въ колѣнѣ, которыя ухудшались при ходьбѣ и появлялись періодически; вскорѣ стала замѣтной и опухоль сустава, быстро увеличившаяся, что и заставило обратиться къ врачу; послѣдній призналъ туберкулезъ, сдѣлалъ пункцію сустава и выпустилъ жидкость, послѣ чего опухоль уменьшилась, но все же совершенно не исчезла; однако больной послѣ этого прокола ходилъ и чувствовалъ себя настолько хорошо, что нѣсколько лѣтъ не лечился. Четыре года тому назадъ опухоль колѣна снова увеличилась, стала препятствовать больному при ходьбѣ и заставила его снова обратиться къ врачу; послѣдній лечилъ заболѣваніе колѣна «давящими повязками» (вѣроятно резиновымъ бинтомъ), которыя накладывались на 15 минутъ по нѣсколько разъ въ день. Сначала леченіе это приносило пользу, но недолго—опухоль продолжала увеличиваться и настолько стала мѣ-



пять больному ходить въ послѣднее время, что онъ и его родители рѣшили обратиться въ клинику.

При изслѣдованіи мы нашли:

Больной средняго роста очень плохого питанія; подкожно-жирный слой развитъ очень слабо; общіе покровы землисто-сѣраго оттѣнка. Слизистыя оболочки блѣдны; на лицѣ и спинѣ аспе; общій видъ больного кахектической. Мышечная система развита слабо. Лимфатическія железы на шеѣ и въ подмышечныхъ ямкахъ увеличены. «Куриная грудь». Въ легкихъ ничего ненормальнаго. Сердце здорово; пульсъ 60. Зубы Hutchinson'овскіе, очень типичные. Наклонность къ запорамъ. Мочи 1300, нормальнаго состава, при уд. вѣсѣ 1015. Сухожильные рефлексы нѣсколько повышены. T° 36,8.

Лѣвый колѣнный суставъ значительно увеличенъ въ объемѣ: окружность праваго колѣна черезъ средину patellae 37 см., лѣв. 41, надъ чашкой — прав. 35,5, лѣв. 38,5, подъ чашкой — прав. 35,5, лѣв. 38. Опухоль сустава зависитъ отъ скопленія въ ней жидкости — флюктуация и patella patans; капсула утолщена, неравномерно растянута; мѣстами въ ней можно прощупать утолщеніе въ формѣ блишекъ и тяжей; при движеніяхъ мягкая крепитация. Форма костей не измѣнена. Конечность нѣсколько согнута въ колѣнѣ; мускулатура бедра атрофирована; попытки къ движеніямъ вызываютъ боли. Больной ходитъ при помощи палки, но хромяя и ощущая довольно интенсивныя боли, вѣдствие чего много и свободно ходить не можетъ. Ночныхъ болей нѣтъ.

Діагнозъ окончательно не былъ установленъ. Предполагаема поздняя наследственная форма сифилиса — *hydrops fibrinosus artic. syphiliticus* — и назначено пробное лечение.

Лечение. Назначены КJ въ восходящихъ дозахъ и покойное положеніе въ кровати. Черезъ 6 дней констатировано уменьшеніе опухоли колѣна, окружность котораго черезъ средину patellae = 39 см. вмѣсто 41. Въ послѣдующія 3 недѣли опухоль сустава больше не уменьшалась, болезненность оставалась приблизительно *in statu quo*, поэтому послѣ 4-хъ недѣль леченія іодистымъ калиемъ назначены еще фрикціи ртутной мази по 4,0 грм.; 24/iii сдѣлана пункция сустава (по ошибкѣ ординатора безъ послѣдовательнаго промыванія сустава, какъ это у насъ принято); выпущено 100 куб. см. серознаго экзудата съ фибринозными хлопьями; положена неподвижная повязка.

Къ 3/iv, т. е. черезъ 41 день леченія, больнымъ принято всего 180,0 грм. іодистаго калия и сдѣлано 12 фрикцій; окружность колѣна чрезъ средину patellae 37 см. вмѣсто 41, надъ чашкой 34 вмѣсто 38,5, подъ чашкой 34 вмѣсто 38. Боли продолжаютъ при попыткахъ къ движеніямъ или ходьбѣ. Общее состояніе мало улучшилось. Лечение сустава горячимъ воздухомъ.

13/ix опухоль сустава снова увеличилась до 41 см. Общее состояніе ухудшается.

17/iv: Въ верхушкѣ праваго легкаго констатировано жесткое дыханіе.

24/iv. Въ наркозѣ проколъ сустава и промываніе 2% растворомъ карболовой кислоты; при этомъ выпущена кровянисто-серозная жидкость. Послѣвъ на питательныя среды далъ отрицательный результатъ. Морская свинка, которой въ брюшную полость была вприснута жидкость изъ больного сустава, пала на 3 день отъ случайной причины; при вскрытіи никакихъ патологическихъ явленій со стороны брюшины у свинки не найдено.

Въ послѣдующіе дни  $t^0$  два раза повышалась до  $38,8^0$  resp.  $38,1^0$ , въ остальное время нормальна. Самочувствіе лучше, болей нѣтъ.

9/v. Повязка снята. Эксудата очень мало, но ясное утолщенье *condyli interni femoris*, гдѣ и рѣзкая болѣзненность при надавливаніи. Попытки къ движеніямъ очень болѣзненны. Съ этого же дня субфебрильная  $t^0$ ; ночные поты; рѣзкое ухудшеніе общаго состоянія; ясный процессъ въ правой верхушкѣ.

14/v, на 82 день леченія, больной переведенъ въ другое лечебное заведеніе, а вскорѣ затѣмъ въ санаторію, въ Финляндію.

По полученнымъ свѣдѣніямъ въ больномъ колѣнѣ быстро стала развиваться *tumor albus*, а процессъ въ легкомъ продолжалъ прогрессировать. Среди лѣта больной отправился домой, гдѣ вскорѣ и погибъ при явленіяхъ чахотки.

Полагаю, что случай этотъ крайне поучителенъ и до извѣстной степени хорошо иллюстрируетъ вышесказанное про смѣшанные артриты.

При поступленіи больного въ клинику мы имѣли передъ собой, по видимому, обычный случай фибринозной водянки колѣна у кахектическаго, истощеннаго юноши, существовавшей 12 лѣтъ, причеиъ 8 лѣтъ заболѣваніе сустава, ухудшаясь лишь временами, въ общемъ не препятствовало больному функционировать конечностью. Признать въ этомъ заболѣваніи туберкулезное пораженіе колѣна мы, при поступленіи больного, не имѣли никакого основанія. Правда, всеиъ извѣстно, что существуютъ туберкулезныя водянки суставовъ (*hydrops tuberculosus*), особенно въ колѣнныхъ суставахъ, но характеризуются онѣ очень значительной болѣзненностью, ранней потерей функций конечности и, насколько мнѣ пришлось видѣть, никогда не остаются *in statu quo* такъ долго, т. е. въ теченіе 8—10 лѣтъ, какъ это было въ данномъ случаѣ.

Суставъ былъ болѣзненъ съ самаго начала заболѣванія, но болѣзненность эта была такъ незначительна, что не препятствовала больному ходить, не хроая, временами даже безъ палки, и, во всякомъ случаѣ, такъ мало беспокоила больного, что не помѣшала ему окончить среднеучебное заведеніе. Нельзя было оспаривать, что обычно туберкулезныя водянки колѣна такъ не протекають, и если уже было допускать, что въ данномъ случаѣ водянка все же туберкулезнаго происхожденія, то во всякомъ случаѣ нельзя было не признать, что случай вполне атипичный.

Гораздо больше данныхъ было для того, чтобы думать о наследственномъ сифилисѣ; прежде всего за это говорила сама форма артропатіи, такъ какъ, вѣдь, сифилитическіе артриты колѣна чаще всего проявляются именно въ формѣ хроническихъ серозно-фибринозныхъ синовитовъ (*hydrops fibrinosus*); далѣе, за то же говорила продолжительность болѣзни безъ рѣзкихъ колебаній, сравнительно незначительное и поздно наступившее нарушеніе функций конечности, неравноиѣрное растяженіе капсулы и мѣстныхъ (гуммозныхъ?) утолщеній въ ней. Правда, анамнеза не было, также, какъ и другихъ указаній на *lues*, кромѣ очень характерныхъ *Hutchinson*'овскихъ зубовъ, но вы знаете, какую малую цѣну мы должны придавать въ подобныхъ случаяхъ анамнезу.

Всякаго рода другіе этиологическіе моменты,—какъ напр. остатокъ остраго суставнаго ревматизма, атипическая наследственная подагра и т. д.,—легко исключались за неимѣніемъ какихъ-либо данныхъ въ этомъ направленіи.

Поэтому, принявъ все вышеуказанное во вниманіе, я уже при первомъ осмотрѣ больного высказалъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ какой-то гибридной формой сифилиса и туберкулеза, причемъ я больше склонялся въ пользу наследственнаго сифилитическаго артрита на «туберкулезно-золотушной» почвѣ.

Назначенное леченіе іодистымъ калиемъ при покойномъ положеніи въ кровати сначала дало рѣзкое улучшеніе и какъ будто подтвердило правильность моихъ предположеній, что и заставило меня сдѣлать затѣмъ двѣ ошибки—поставить хорошее предсказаніе и допустить продолженіе леченіе іодомъ.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни вскорѣ разрушило наши розовыя надежды—общее состояніе видимо не улучшалось, а въ мѣстныхъ явленіяхъ съ извѣстнаго момента вдругъ прекратилось улучшеніе. Несмотря на самое энергическое леченіе, болѣзнь оставалась нѣкоторое время *in statu quo*; боли не уменьшались; при второй пункции получился кровянисто-серозный экссудатъ, никогда мною не наблюдавшійся при чисто сифилитическихъ артритахъ и говорившій какъ бы за свѣжую туберкулезную высыпь въ синовиальной; появились тревожные симптомы въ видѣ субфебрильной  $t^0$  и верхушечнаго процесса; вскорѣ можно было констатировать и свѣжій процессъ во внутреннемъ мышцелѣ бедра. Стало яснымъ, что на первый планъ грозно выступаютъ явленія туберкулезной инфекции. Къ сожалѣнію, подтверженіе этихъ опасеній не заставило себя долго ждать, и клиническая картина болѣзни въ послѣднемъ ея періодѣ ясно показала, что больной погибаетъ отъ туберкулеза. Тѣмъ не менѣе я продолжалъ и продолжаю думать, что въ данномъ случаѣ заболѣваніе сустава было смѣшанное, не чисто туберкулезное, и что примѣсь сифилиса имѣлась здѣсь несомнѣнно; подтверженіе такого предположенія я вижу не только въ вышеприведенныхъ соображеніяхъ, но въ томъ несомнѣнномъ фактѣ, что подъ вліяніемъ специфическаго леченія сначала получилось безспорное улучшеніе; очень можетъ быть, что упадокъ питанія,—подъ вліяніемъ пребыванія больного въ нозокоміальной атмосферѣ и введенія большихъ дозъ іода, а такъ же раздраженіе сустава первой пункцией,—послужилъ причиной для пониженія противодѣйствія организма больного имѣвшемуся одновременно съ сифилисомъ латентному, пассивному туберкулезу и вызвалъ острую вспышку послѣдняго.

Смѣю думать, что въ приведенной исторіи болѣзни можно найти и нѣкоторые штрихи, позволяющіе намъ,—правда, въ очень блѣдной формѣ,—представить себѣ извѣстный клинический симптомокомплексъ, характерный для гибридныхъ формъ сифилитико-туберкулезныхъ артритовъ:

1) При маломъ нарушеніи функций сустава—торпидное, атоническое,

затяжное теченіе артрита въ видѣ водянки сустава, мало характерной для чистаго туберкулеза.

2) Болѣзненность сустава, не типичная для сифилитическаго артрита.

3) Безспорно «золотушно-туберкулезная» почва при наличности хотя бы одного признака наслѣдственнаго сифилиса (въ данномъ случаѣ типичные сифилитическіе зубы).

4) Первоначальный эффектъ специфическаго леченія на мѣстный процессъ при отсутствіи ясно выраженаго благоприятнаго вліянія на общее состояніе здоровья больного.

Можетъ быть въ будущемъ окажется полезнымъ пользоваться указанными особенностями въ картинѣ болѣзни при распознаваніи интересующихъ насъ здѣсь гибридныхъ формъ.

Такимъ образомъ описанный случай представляетъ собою примѣръ сифилитическаго артрита на «золотушно-туберкулезной» почвѣ и либо вспышку туберкулеза, либо вторичную инфекцію при существующемъ сифилисѣ.

Теперь позвольте демонстрировать вамъ больного, котораго мы наблюдаемъ въ настоящее время и у котораго имѣется обратное, т. е. туберкулезное пораженіе кости вблизи сустава на почвѣ наслѣдственнаго lues'a или, можетъ быть, одновременное пораженіе кости туберкулезомъ и гуммознымъ процессомъ. Исторія болѣзни этого молодого человѣка слѣдующая:

(28) М. П., 24 лѣтъ, поступилъ въ клинику 28/ix 1909 г., жалуясь на опухоль и боли въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ.

Больной — студентъ, происходитъ изъ зажиточной крестьянской семьи Ярославской губерніи, гдѣ родился и жилъ въ деревнѣ до 10 лѣтъ, 2 года пробылъ въ Сибири, 4 года затѣмъ жилъ опять дома, 5 лѣтъ учился въ гимназіи на югѣ Россіи, а съ 21 года живетъ и учится въ Петербургѣ. Условія жизни были всегда вполне удовлетворительныя. Курить и пить спиртные напитки съ 18 лѣтъ, но очень умеренно. Женатъ около 9 мѣсяцевъ; женѣ 20 лѣтъ, она совершенно здорова и беременна на 8 мѣсяцѣхъ.

Мать больного умерла 22-хъ лѣтъ отъ чахотки. Отцу 52 года, въ общемъ онъ здоровъ, но болѣетъ глазами. Больной единственный сынъ въ семьѣ.

М. П. никакими острыми инфекціонными болѣзнями, а также сифилисомъ не болѣлъ.

Съ 8-лѣтняго возраста въ плечѣ и голени лѣвой стороны появились ломящіе боли, главнымъ образомъ по ночамъ, державшіяся 3—4 дня и повторявшіяся по 3—4 раза въ годъ. Боли эти проходили отъ растиранія; съ 16 лѣтъ онѣ исчезли. Три года тому назадъ значительно опухли железы на лѣвой сторонѣ шеи и были вылучены, отчего остался рубецъ.

Въ прошломъ году въ области діафиза лѣвой плечевой кости, въ верхней половинѣ ея, внезапно появились боли, которыя были особенно сильны ночью; въ болящей области развилась опухоль и покраснѣла кожа. Лечился какими-то впрыскиваніями (уколами), коихъ сдѣлано было 12. Проболелъ 3 мѣсяца и выздоровѣлъ. Въ июль текущаго года появилась боль въ нижней трети голени, которая въ те-

чение 3-хъ дней очень усилилась, причемъ днемъ она была незначительна, но дѣлалась мучительной по ночамъ. Съ августа боли стали постоянными, но все же рѣзко усиливались ночью. Послѣдній мѣсяць ходилъ мало. Лечился іодомъ, отъ котораго улучшения не было. По словамъ больного, ему было сдѣлано изслѣдованіе крови (реакція Wassermann'a), давшая отрицательный результатъ, послѣ чего лечение іодомъ оставлено. За самое послѣднее время сильныя поты по ночамъ.

Больной средняго роста (173 см.), правильнаго сложенія. Общія покровы и видимыя слизистыя блѣдны; на груди и спинѣ pityriasis versicolor. Питаніе плохое, подкожно жирный слой развитъ очень слабо. Мускулатура дряблая. Лимфатическія железы на правой сторонѣ шеи и въ пахахъ увеличены и болѣзненны; на лѣвой сторонѣ шеи рубецъ отъ вылуценія железъ. Общій habitus туберкулезнаго больного. Грудная кѣтка узкая, плохо развитая; при перкуссіи нигдѣ при тупленія не найдено, при аускультациі вездѣ везикулярное дыханіе безъ хриповъ, только съ лѣвой стороны подѣ ключицей удлиненный выдохъ. Сердце нормально; пульсъ 76. Зубы хорошіе; языкъ обложенъ; брюшныя органы ничего ненормальнаго не представляютъ; аппетитъ плохъ; склонность къ запорамъ. Мочи 1800, уд. в. 1017, слабкокислой реакціи; слѣды бѣлка; подѣ микроскопомъ ураты. Нервная система здорова. Вѣсъ тѣла 3 п. 6 ф.

Лѣвый голеностопный суставъ увеличенъ въ объемѣ: окружность чрезѣ лодыжки праваго 23 см., лѣв. 27 см.; опухоль эта зависитъ, повидимому, отчасти отъ нѣкотораго утолщенія суставнаго конца tibiae, отчасти отъ периартикулярной инфильтраціи и отечности; тотчасъ надѣ суставомъ утолщеніе голени насчетъ опухоли нижней  $\frac{1}{4}$  tibiae; опухоль покрыта нѣсколько покраснѣвшей кожей, на-ощупь мѣстами пастозна, мѣстами даетъ ощущеніе неясной флюктуациі; окружность нижняго конца голени надѣ суставомъ на правой конечности 19, на лѣвой—22 см. Мускулатура лѣвой голени атрофирована. Надавливаніе на опухшую часть tibiae болѣзненно. Подвижность въ голеностопномъ суставѣ ограничена: сгибаніе активное  $15^{\circ}$ , пассивное  $22^{\circ}$ , разгибаніе активное  $5^{\circ}$ , пассивное  $8^{\circ}$ ; при этомъ боль не въ суставѣ, а въ области опухоли tibiae, въ сухожиліяхъ.

Субъективно—постоянныя боли въ области сустава и выше, усиливающіяся по ночамъ и при попыткѣ ступить на ногу, однако, ходить можетъ, но хромая и съ болью. Въ лѣвой паховой складкѣ пакетъ болѣзненныхъ железъ. Въ области болѣвшеі плечевой кости ничего объективнаго, кромѣ нѣкотораго утолщенія кости на границѣ средней и верхней трети.

На рентгенограммѣ въ области голеностопнаго сустава, въ нижнемъ суставномъ концѣ tibiae нѣсколько мелкихъ гнѣздъ и незначительное наслоеніе снаружи, то же и въ плечевой кости, гдѣ два большихъ гнѣзда.

Диагнозъ: Osteomyelitis et osteoperiostitis tuberculosa extr. infer. tibiae sin. periarthrititis et synovitis chron. irritativa art. talo-crural. sin., osteomyelitis tuberculosa humeri. Почва наследственнаго сифилиса.

Теченіе болѣзни и лечение: Больной положенъ въ постель, никакого леченія; на 2 день: боли меньше, краснота увеличивается, на 3 день флюктуациа яснѣе; положена легкая неподвижная повязка; на 4 день чувствуетъ себя лучше; на 5 день при перемѣнѣ повязки констатировано, что флюктуациа нѣтъ, опухоль и краснота уменьши-

лись. Въ слѣдующіе дни опухоль то уменьшается, то увеличивается (до 29 см.).

14/х. Реакціи Pirquet и Calmett'a дали рѣзкій положительный результатъ.

16/х. Назначены втиранія ungu. mercurialis по 4,0 грм.

19/х. Окружность голени въ области опухоли вмѣсто 29—26 см.

22/х. Окружность 25 см., болей нѣтъ. Аппетитъ значительно улучшился. Самочувствіе хорошее. Чувствуетъ себя замѣтно бодрѣе.

23/х. Краснота меньше. Крахмальная повязка.

Сегодня послѣ втираній и покоя въ теченіе мѣсяца мы можемъ констатировать рѣзкое улучшеніе: опухоль уменьшилась на 5 см. въ окружности, периартикулярная инфильтрація и краснота кожи то же, отечность исчезла. Болей самостоятельныхъ нѣтъ.

Въ томъ, что данный субъектъ страдаетъ туберкулезомъ, не можетъ быть сомнѣній, за это говоритъ слѣдующее: прежде всего, конечно, положительный рѣзкій результатъ кожной, а также и глазной реакціи на туберкулинъ, затѣмъ бывшее пораженіе вылушенныхъ лимфатическихъ железъ шеи (типичный рубецъ); далѣе,—то обстоятельство, что мать больного, вскорѣ послѣ его рожденія, погибла отъ чахотки, наконецъ, habitus больного и картина мѣстнаго процесса въ tibia: разлитая, настожная на-ощупь воспалительная опухоль кости при несомнѣнной склонности къ обостренію воспалительнаго процесса и распаду; во всякомъ случаѣ мѣстная картина совершенно не похожа на гуммозный остео-періоститъ. Рентгеноскопія показываетъ глубокія гнѣзда въ нижней части tibiae и въ діафизѣ плеча при нѣкоторомъ утолщеніи кости въ этихъ мѣстахъ въ зависимости отъ періостита; однако на основаніи этой рентгенограммы я не взялся бы сказать, что это за гнѣзда—туберкулезные фокусы или глубокія гуммы, а можетъ быть то и другое. Во всякомъ случаѣ эта картина не противорѣчитъ предположенію о туберкулезѣ. Базалось бы, о чемъ здѣсь больше говорить? Однако, вдумываясь въ исторію болѣзни этого случая и принимая во вниманіе локализацию болѣзненнаго процесса, мы должны признать, что для туберкулезнаго пораженія скелета какъ анамнезъ, такъ и мѣсто расположенія болѣзненныхъ фокусовъ нельзя признать типичными, а, скорѣе, слѣдуетъ даже считать атипичными.

Дѣйствительно, изъ разсказа больного мы слышали, что боли въ плечѣ и голени появились у него 16 лѣтъ (!) тому назадъ и въ теченіе 8 лѣтъ, съ 8-лѣтняго до 16-лѣтняго возраста, безпокоили его временами, но главнымъ образомъ ночью; далѣе, что въ прошломъ году сильно заболѣло лѣвое плечо ниже сустава, при этомъ плечо опухло и покраснѣло; боли были особенно невыносимы ночью. Тогда больному было сдѣлано 12 какихъ-то инъекцій, и черезъ 3 мѣсяца все прошло. Лѣтомъ текущаго года ради заболѣванія голеностопнаго сустава онъ обратился къ извѣстному хирургу, который сначала ему назначилъ антисифилитическое леченіе, но послѣ отрицательнаго результата реакціи Wassermann'a отмѣнилъ это леченіе, оставившееся на этотъ разъ безрезультатнымъ.

Согласитесь, что все это очень мало характерно, скажу больше, — всё это не характерно для процесса туберкулезного. Трудно себя представить, чтобы туберкулезная инфекция, унаследованная ли от матери, или приобретенная, дав локализацию в плечевой и большеберцовой костях, вызывала бы только периодически ночные боли в этих костях в течение 8 лет, ничем больше не проявляясь; так же не характерно для бугоркового процесса вторичное проявление болей в плече, на этот раз очень сильных, но все же ночных, наряду с значительной опухолью мягких частей и краснотой, и исчезновение всех этих явлений через 3 месяца после лечения инъекциями, вероятно, ртутного препарата. Видимо картина болезни тогда настолько походила на сифилитический гуммозный процесс, что заставляла врачей прибегать к специфическому лечению. То же повторилось и текущим летом, что и заставило лечащего хирурга применить серодиагностическую реакцию на сифилис. Наконец, должен сказать, что и локализация процесса в диафизе плеча и экстраартикулярно в нижнем суставном конце tibiae при отсутствии явного поражения сустава (в котором можно признать наличие разрыва притивного синовиума), и периартикулярная инфильтрация совершенно не типичны для туберкулеза, а скорее характерны для сифилиса.

Вы можете, однако, спросить меня, но что же в данном случае указывает на сифилис, когда мы не имеем ни соответственного анамнеза, никаких побочных указаний на бывший сифилис в семье, ни каких-либо других проявлений этой болезни, и еще встречаемся с отрицательным указанием серологической реакции. На это я отвечу вам: анамнеза здесь быть не может, раз мы не говорили с отцом больного, указаний на сифилис в семье мы ожидать тоже не можем, раз мать погибла молодой, родив одного ребенка, отрицательный результат Wassermann'овской реакции сифилиса не исключает, зато продолжительность, доброкачественность процесса в костях, локализация в диафизе плеча и бывшее, повидимому, благотворное влияние на местный процесс специфического лечения, наконец, *dolores osteoscopi nocturni* — все это заставляет меня допустить, не утверждать, что сифилис в данном случае сыграл какую-то роль. Я и не утверждаю, что у больного этого наследственный сифилис, но имю полное основание думать, что сифилитическая почва у него имеется; про данную картину болезни можно именно сказать словами *Sergent* «это собственно не сифилис и не туберкулез, это что-то гибридное»<sup>1)</sup>.

Вот те соображения, по которым я назначил больному, кроме банальной неподвижной повязки, еще втирания ртути, тем более, что из практики терапевтов мы хорошо знаем благотворное иногда влияние ртути на течение туберкулеза легких у сифилитиков. Повидимому,

<sup>1)</sup> «Ce n'est pas franchement de la syphilis, ni franchement de la tuberculose, c'est quelque chose d'hybride».

правильность избраннаго леченія подтверждается—въ теченіе 2-хъ недѣль мѣстный процессъ рѣзко улучшился, такъ же, какъ и общее состояніе больного. На-дняхъ больной, снабженный костылями и протезомъ, выписывается съ совѣтомъ воспользоваться климатическимъ леченіемъ на югѣ.

Я позволилъ себѣ подробно остановиться на этихъ двухъ случаяхъ, вполне сознавая, что, при всемъ ихъ большомъ клиническомъ интересѣ, они, за отсутствіемъ анатомическихъ и бактериоскопическихъ изслѣдованій, мало доказательны для выясненія вопроса о гибридныхъ формахъ сифилиса и туберкулеза при пораженіи суставовъ, но тѣмъ не менѣе мнѣ кажется, что они до нѣкоторой степени иллюстрируютъ, какъ клиническіе примѣры, вышеприведенныя мною теоретическія соображенія и отчасти указываютъ, какихъ путей мы должны бы держаться въ будущемъ для новой и важной въ практическомъ отношеніи главы ученія о заболѣваніяхъ суставовъ.

На-дняхъ я имѣю въ виду оперировать одного больного этой категоріи и надѣюсь въ ближайшей нашей бесѣдѣ подѣлиться съ вами тѣмъ, что мы найдемъ при анатомическомъ изслѣдованіи такого гибриднаго артрита.

Когда эта лекція была уже сдана въ наборъ, мною были получены свѣдѣнія о второй разъ произведенной больному подъ № 28 реакціи Wassermann'a, давшей этой же осенью въ другомъ лечебномъ учрежденіи, по словамъ больного, отрицательный результатъ. На этотъ разъ результатъ былъ положительный. Фактъ этотъ интересенъ въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, серологическое изслѣдованіе показало, что больной дѣйствительно сифилитикъ, чѣмъ и объясняется благотворное вліяніе ртутнаго леченія на несомнѣнно туберкулезное пораженіе костей; во 2-хъ, положительный результатъ Wassermann'овской реакціи, полученной послѣ поставленнаго нами діагноза, служитъ прекраснымъ примѣромъ, насколько важны и теперь клиническое наблюденіе и правильно поставленный клиническій разборъ случая.



## Лекція XII.

Мм. Гг.

Въ прошлой нашей бесѣдѣ я познакомилъ васъ съ двумя случаями смѣшаннаго пораженія костей и суставовъ. Первый мой случай принадлежитъ тому времени, когда мы не располагали еще серологической реакціей Wassermann'a и не пользовались еще съ діагностической цѣлью прививками туберкулина; поэтому наше заключеніе о характерѣ заболѣванія колѣна въ этомъ случаѣ могло быть основано только на клиническомъ наблюденіи болѣзни, окончившейся, по словамъ родныхъ, смертью отъ «чахотки». Такимъ образомъ случай этотъ, очень поучительный съ моей точки зрѣнія, можетъ быть признанъ другими мало доказательнымъ и, пожалуй, спорнымъ. Во второмъ случаѣ за наличность у больного туберкулезнаго очага говорили реакціи Pirquet и Calmette'a, сифилитическую же почву я діагносцировалъ лишь на основаніи атипичнаго для туберкулеза пораженія костей съ атипичнымъ же въ этомъ отношеніи теченіемъ болѣзни, при несомнѣнно ясно выраженныхъ въ началѣ болѣзни ночныхъ боляхъ. Назначенное пробное леченіе ртутью благотворно повліяло на болѣзненный процессъ и какъ бы подтвердило мое предположеніе; вторично примѣненное серологическое изслѣдованіе дало положительный результатъ. Такимъ образомъ этотъ второй случай можно считать уже болѣе доказательнымъ, хотя полной увѣренности въ томъ, какого рода пораженіе было въ костяхъ и какого происхожденія былъ периартритъ голеностопнаго сустава, не было и въ этомъ наблюденіи. Реакція Wassermann'a показала намъ, что больной дѣйствительно (наслѣдственный) сифилитикъ, далѣе мы знаемъ, что онъ родился отъ туберкулезной, повидимому, матери, наконецъ, кожная и глазная реакція показали, что больной страдаетъ одновременно туберкулезомъ; эти данныя, согласно современнымъ взглядамъ большинства авторовъ, показываютъ у больного наличность двухъ почвъ (*juxtaposition de terrains*), но какого рода мѣстный процессъ въ костяхъ—туберкулезный, сифилитическій или смѣшанный, т. е. имѣется-ли здѣсь *juxtaposition de lésions*—остается невыясненнымъ, за отсутствіемъ анатомическаго изслѣдованія пораженныхъ костей. Мы можемъ съ одинаковымъ правомъ допустить, что имѣющийся у больного мѣстный процессъ—туберкулезный, гуммозный и смѣшанный. Слѣдовательно, говорить совершенно убѣжденно о смѣшанномъ оститѣ и периартритѣ мы не можемъ и въ этомъ случаѣ.

Сегодня позвольте представить вамъ больного, котораго я опериро-

валъ двѣ недѣли тому назадъ и о которомъ я могу судить не только на основаніи клиническаго разбора, теченія болѣзни, результатовъ туберкулиновой и Wassermann'овской реакцій, но и на основаніи анатомическаго изслѣдованія больного сустава и добытыхъ изъ него больныхъ тканей.

Исторія болѣзни этого случая слѣдующая:

(29) Ф. Б., 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 17/x 1909 г., жалуясь на боли и опухоль въ лѣвомъ колѣнѣ, препятствующія ему ходить и работать.

Больной—крестьянинъ Новгородской губерніи, въ которой онъ родился и жилъ до 17 лѣтъ. Переѣхалъ затѣмъ въ Петербургъ, гдѣ служитъ чернорабочимъ. Матеріальная обстановка жизни всегда была очень скудной. Спиртные напитки пьетъ умеренно; курить. Холостъ.

Отецъ больного умеръ 13 лѣтъ тому назадъ, еще не старымъ, послѣ сильной простуды. Мать умерла 50 лѣтъ, отъ чего—больной не знаетъ. Сколько дѣтей было у матери—не знаетъ; онъ можетъ сказать только, что нѣсколько братьевъ и сестеръ умерло въ дѣтствѣ, а двое живы: братъ 30 л. и сестра 23 л.—оба здоровы.

Болѣлъ-ли въ дѣтствѣ—не помнитъ; 4 года тому назадъ перенесъ брюшной тифъ; въ общемъ пользовался хорошимъ здоровьемъ. Венерическими болѣзнями и сифилисомъ не болѣлъ.

Весной 1908 г. почувствовалъ боль въ лѣвой нижней конечности, сначала незначительную, но постепенно усиливавшуюся.

Больной продолжалъ работать до января 1909 года, значить въ теченіе приблизительно 9—10 мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни; затѣмъ работать больше не могъ. Боли имѣли всегда характеръ постоянный, усиливаясь послѣ продолжительной ходьбы, но не исчезая и ночью, при покоѣ. Мѣсяцевъ 6 послѣ начала болѣзни колѣно стало увеличиваться въ объемъ и перестало вполне разгибаться. 3/ш 1909 г. больной поступилъ въ нашу клинику.

Въ исторіи болѣзни прошлаго года мы находимъ слѣдующій status при поступленіи.

При хорошемъ общемъ состояніи картина заболѣванія была такова: лѣвый колѣнный суставъ значительно увеличенъ въ объемъ, окружность его черезъ средину *patellae* на  $6\frac{1}{2}$  стм. больше, чѣмъ на здоровой сторонѣ; опухоль сустава неравномѣрная, больше выдается *recessus suprapatellaris*; кожа въ области колѣна блѣднѣе нормальной; мѣстная  $t^{\circ}$  рѣзко повышена; увеличенъ объемъ сустава отчасти насчетъ утолщенія капсулы, отчасти насчетъ утолщенія суставного конца *femoris*; флюктуаціи, выпота нѣтъ; *patella* малоподвижна; въ области *recessus suprapatellaris* и у нижняго края *patellae* въ суставной сумкѣ прощупываются ограниченныя опухоли эластической консистенціи. При надавливаніи сильная болѣзненность въ *condyl. intern. femoris et tibiae*. Конечность согнута въ колѣнѣ подъ угломъ въ  $165^{\circ}$ . Мускулатура больной конечности атрофирована: окружность правой голени  $35\frac{1}{2}$  стм., лѣвой—34 стм., праваго бедра, на высотѣ 20 стм. отъ *patellae*,  $43\frac{1}{2}$ , лѣваго— $37\frac{1}{2}$ , въ паховой складкѣ прав. 54, лѣв. 50. Сгибаніе—активно  $105^{\circ}$ , пассивно— $95^{\circ}$ , разгибаніе—активно и пассивно— $166^{\circ}$ . Больной жалуется на постоянныя, ноющія боли въ колѣнѣ; ходить безъ костылей или палки не можетъ. Рентгеноскопія ясныхъ измѣней въ костяхъ не показала. Кожная и глазная пробы на туберкулинъ дали положительную реакцію.

Поставленъ діагнозъ условный—*lues hereditaria tarda, synovi-*

tis gummosa hyperplastica et osteoperiostitis femoris, можетъ быть—смѣшанная форма; назначено пробное леченіе іодистымъ калиемъ по 2,0 pro die. Въ виду рѣзкаго улучшенія быстрое повышение дозъ до 10,0 въ день; никакихъ явленій іодизма; съ 21/III по 14/IV принято всего 175,0 іодистаго калия. 1/IV, т. е. черезъ 10 дней, «начинаетъ ходить безъ палки, почти не хромяя». 8/IV «ходить довольно свободно». При выпискѣ 15/IV, т. е. послѣ 24 дней леченія іодомъ, «ходить свободно, едва прихрамывая», опухоль уменьшилась, контрактура тоже, сгибаніе — активно 95° (вмѣсто 105°), пассивно — 93° (вмѣсто 95°), разгибаніе—активно 172° (вмѣсто 166°), пассивно—176° (вмѣсто 166°); такимъ образомъ объемъ движеній активно—77° (вмѣсто 61°, т. е. больше на 16°), пассивно—83° (вмѣсто 71°, т. е. на 12° больше).

Прибавился въ вѣсѣ на 9<sup>1</sup>/<sub>4</sub> фунта (3 п. 21 ф., вмѣсто 3 п. 11<sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф.). Выписанъ вслѣдствіе закрытія клиники.

17/X 1909 г., т. е. черезъ 6 мѣсяцевъ, больной снова поступилъ въ клинику, жалуясь на боли и опухоль въ томъ же лѣвомъ колѣнѣ, и рассказалъ:

Послѣ выхода изъ клиники въ прошломъ апрѣлѣ онъ сталъ исполнять тяжелую работу по нагрузкѣ судовъ и сначала работалъ свободно, но постепенно снова появились и постепенно усилились боли въ колѣнѣ; начала увеличиваться и опухоль; къ осени работать стало тяжело, и больной принужденъ былъ опять обратиться въ клинику.

Общее состояніе больного такое же, какъ и прошлой весной; внутренніе органы, какъ мы видѣли, никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ; можно только отмѣтить, что онъ нѣсколько похудѣлъ—потерялъ въ вѣсѣ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф. (вѣсѣ тѣла 3 п. 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф.—вмѣсто 3 п. 21 ф. весной), что можетъ быть объяснено не столько болѣзнью, сколько тяжелой работой при неудовлетворительномъ питаніи.

Лѣвая нижняя конечность согнута въ колѣнѣ подъ угломъ въ 150°; колѣно веретенообразно припухло, окружность его черезъ средину patellae на 4,5 см. больше, чѣмъ на здоровой сторонѣ; выпячивается больше recessus suprapatellaris; въ остальныхъ частяхъ капсула сустава рѣзко и равномерно утолщена; выпота и хруста нѣтъ; patella мало подвижна. При ощупываніи ясно замѣтно мѣстное повышение t°, рѣзкая болѣзненность при надавливаніи въ суставномъ концѣ бедра и во внутреннемъ мышцелкѣ tibiae; утолщеніе костей опредѣлить не удается.

Сгибаніе—активно 100° (вмѣсто 95° при выпискѣ въ апрѣлѣ), пассивно—90° (вмѣсто 93°); разгибаніе—активно 162° (вмѣсто 192°), пассивно—170° (вмѣсто 176°); умѣренная боль при активныхъ движеніяхъ, значительная—при пассивныхъ. Мускулатура конечности значительно атрофирована—окружность средины лѣваго бедра на 4,5 см. меньше, чѣмъ на правой конечности.

Больной жалуется на постоянныя ноющія боли въ колѣнѣ; функція конечности рѣзко понижена, гораздо больше, чѣмъ въ прошломъ году при поступленіи; больной ступаетъ съ трудомъ вслѣдствіе болей, очень сильно хромяетъ и совершенно неспособенъ. T° тѣла субфебрильная—37° съ десятыми.

Рентгеноскопія не дала какихъ-либо указаній на измѣненіе костей, развѣ нѣкоторое утолщеніе эпифизовъ.

Реакція Wassermann'a дала положительный результатъ.

Діагнозъ. Synovitis granulosa tuberculosa (tumor albus tuberculosis) на почвѣ synovitis hyperplasticae gummosae hereditariae.

22/х. Мною произведена подъ хлороформомъ артротомія: по вскрытіи сустава поперечнымъ разрѣзомъ (по Textor'y) вытекло небольшое количество кровянисто-серознаго эксудата; синовиальная очень утолщена, до  $1\frac{1}{2}$  стм., сѣраго цвѣта, довольно гладкая, фунгозныхъ массъ на ней не замѣтно, на *ligamenta cruciata* бородавчатыя разрощенія, въ полости сустава, въ области *condyli interni femoris* значительная масса фибринозныхъ массъ; на обѣихъ мышцахъ бедра большія, рѣзко обрѣзанныя по краямъ узуръ хряща; на мѣстѣ недостачи хряща довольно свѣжая, отечная соединительная ткань, мѣстами толщиной до  $\frac{1}{4}$  стм.; подъ этимъ соединительнотканнымъ рубцомъ кость мѣстами очень склерозирована, мѣстами гнѣздно разрыхлена (бывшія мѣста субхондральныхъ гуммъ), но не каріозна; на оставшемся хрящѣ мѣстами помутнѣніе съ желтымъ оттѣнкомъ (*rappus*); такія же измѣненія хряща на *patella*. (Типичная картина *osteochondritis syphilitica*). Синовиальная по возможности вырѣзана ножницами, размягченныя мелкія гнѣзда въ кости выскоблены острой ложкой; два короткихъ тампона, шовъ на *ligam. patellae* проорг. и на кожу; шина Volkman'a.

Пооперационное теченіе до сихъ поръ нормальное. О результатѣ операциі пока не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ съ операциі прошло всего недѣли двѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало въ синовиальной и въ ворсинахъ ея свѣжую высыпь типичныхъ бугорковъ съ характерными гигантскими клѣтками, окруженными эпителиодными клѣтками и поясомъ воспалительной инфильтраціи. Кромѣ того мѣстами въ толщѣ синовиальной и въ ворсинахъ замѣтны какія-то небольшія мелкоклѣточные скопленія, очень похожія на милиарныя гуммы; мѣстами также типично измѣненные сосуды (*arteriitis syphilitica?*) изъ коихъ нѣкоторыя совершенно облитерированы; рубецъ на мѣстѣ недостачи хряща состоитъ изъ молодой, отечной соединительной ткани; въ небольшомъ срѣзанномъ при операциі кусочкѣ хряща—ничего особеннаго, кромѣ блѣдности хрящевыхъ клѣтокъ съ неясными контурами; разволакиванія хряща, какъ описано у Gies'a, въ имѣвшемся у насъ кусочкѣ мы найти не могли. Окраской на туберкулезныя бациллы таковыхъ въ вырѣзанныхъ тканяхъ найти не удалось (см. прилагаемые рисунки 28 и 29).

Приведенная только что исторія болѣзни очень и очень поучительна.

Прошлой весной, основываясь только на клинической картинѣ случая, я остановился на діагнозѣ сифилитическаго артритъа, не отрицая возможности смѣшанной формы; руководствовался я при этомъ главнымъ образомъ тѣмъ, что объективныя проявленія болѣзни сугубо мало соответствовали степени нарушенія функціи конечности: больной болѣлъ около года и въ теченіе 9—10 мѣсяцевъ болѣзни продолжалъ исполнять тяжелый трудъ чернорабочаго по нагрузкѣ судовъ—работу, наврядъ-ли доступную человѣку съ туберкулезомъ колѣна. При поступленіи больного въ клинику прошлой весной деформація въ колѣнѣ была значительная, больной былъ уже неработоспособенъ, но до послѣдняго дня ходилъ, хотя—хромая и съ болью, но все же ходилъ, и безъ костылей, а это тоже мало говорило въ пользу туберкулеза; наконецъ, предположеніе о *lues*'ѣ подтверждалось и цѣлымъ рядомъ другихъ явленій—неравномерность

растяженія сумки, мѣстныя утолщенія въ ней, сравнительно малая бо-  
лѣзненность при движеніяхъ, которыя для туберкулеза были слишкомъ  
мало ограничены. Мы имѣли, правда, реакцію отъ туберкулина, хотя и  
не очень рѣзкую, но что же это доказывало? Принимая во вниманіе су-  
ществующіе въ литературѣ взгляды на значеніе офтальморекціи, мы  
могли только сказать, что у больного гдѣ-то имѣется туберкулезный  
очагъ, но на основаніи клинической картины не могли признать, что  
очагъ этотъ представляетъ собой именно больное колѣно—этому, какъ  
я сказалъ, противорѣчила клиническая картина. Поэтому мы предполо-  
жили, что у даннаго больного съ латентнымъ туберкулезомъ имѣется

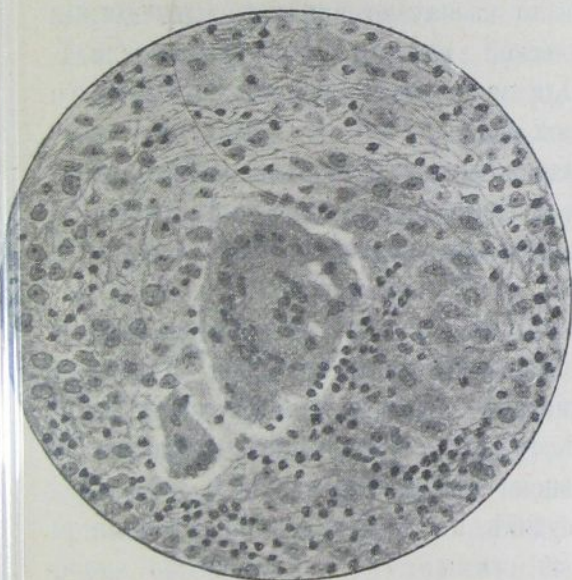


Рис. 28. Срѣзь черезъ ворсину случ. 29.  
Бугорокъ.

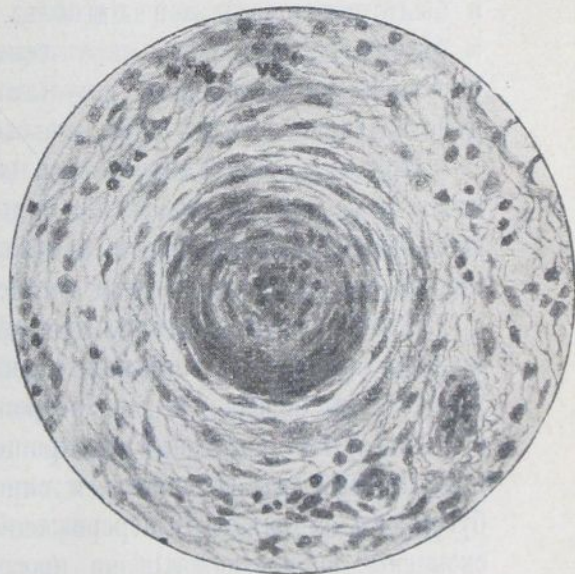


Рис. 29. Срѣзь черезъ ворсину случ. 29.  
*Arteriitis obliterans syphilitica* (?).

сифилитическое пораженіе колѣна или смѣшанная форма артрита. Было  
назначено пробное леченіе іодомъ въ восходящихъ дозахъ. Выше я ука-  
залъ, что при подозрѣніи на примѣсь туберкулеза лучше отъ іода воз-  
держиваться, прибѣгая къ ртути, но имѣя вообще въ числѣ своихъ на-  
блюденій не мало блестящихъ результатовъ отъ леченія сифилитическихъ  
артропатій іодомъ, мы позволили себѣ отступить въ этомъ случаѣ отъ  
правила и назначили іодъ, несмотря на имѣвшіяся у даннаго больного  
подозрѣнія на примѣсь туберкулеза.

Какъ видно изъ исторіи болѣзни, леченіе іодомъ дало и здѣсь же-  
лаемый эффектъ: не только хорошо переносились очень большія количе-  
ства его, но быстро и рѣзко улучшился процессъ въ колѣнѣ и попра-  
вилось общее состояніе больного, давъ на  $9\frac{1}{4}$  ф. прибыли въ вѣсѣ  
тѣла. Такое бесспорно благотворное вліяніе іода еще болѣе убѣдило насъ  
въ томъ, что, несмотря на наличность видимо скрытаго туберкулеза, по-

раженіе колѣна было чисто сифилитическое. Съ такимъ убѣжденіемъ мы и выписали больного.

Когда мы увидѣли его снова нынѣшней осенью, все наши сомнѣнія воскресли снова: общій видъ опухоли сустава, очень рѣзкая болѣзненность и почти полная невозможность пользоваться конечностью—все это теперь скорѣе заставляло признать въ этомъ неясномъ случаѣ бугорковое страданіе сустава; однако результатъ прошлогодняго леченія не позволялъ вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно исключить и наличность сифилиса, и поэтому оставалось одно—допустить, что предъ нами дѣйствительно смѣшанная форма артрита, въ которомъ прошлой весной превалировали симптомы гуммозной артропатіи, теперь же, при возвратѣ болѣзни,—явленія туберкулеза. Въ этомъ направленіи, какъ вы знаете, и былъ поставленъ мой діагнозъ; не было назначено никакого леченія, а рѣшено ждать результата гемолитической реакціи. Послѣдняя дала безспорно положительный результатъ. Для меня стало яснымъ, что мы дѣйствительно имѣемъ дѣло съ гибридной формой.

Принимая во вниманіе довольно далеко зашедшій болѣзненный процессъ и социальное положеніе больного, не допускавшее продолжительнаго консервативнаго леченія, я предложилъ больному оперативное вмѣшательство и получилъ на то его согласіе.

Какъ мы уже видѣли, при артротоміи мы нашли макроскопически крайне характерную картину сифилитическаго артрита: *synovitis hyperplastica* съ бородавчатыми разрощеніями и—главное—*osteochondritis syphilitica* (съ остатками подхрящевыхъ гуммъ). Микроскопъ показалъ прежде всего въ ворсинахъ и синовиальной свѣжую, повидимому, сыпь бугорковъ, а рядомъ—перерожденіе сосудовъ и какія-то мелкоклѣточные скопленія, очень похожія на просовидныя гуммы.

По этому поводу я долженъ напомнить вамъ то, о чемъ я отчасти уже говорилъ во второй моей лекціи, при описаніи сифилитическаго дровиднаго жировика суставовъ. Вы помните я указывалъ вамъ, что, согласно современнымъ взглядамъ патолого-анатомовъ, различить иногда подъ микроскопомъ сифилитическій процессъ отъ туберкулезнаго бываетъ очень трудно, «такъ какъ оба заболѣванія даютъ часто одну и ту же картину» (Landois). Теперь позвольте мнѣ договорить здѣсь то, что тогда осталось отчасти недосказаннымъ, но не вдаваясь, однако, и теперь въ слишкомъ большія подробности, коимъ не мѣсто въ клиническихъ лекціяхъ.

Прежде всего скажу, что вопросъ объ отличительныхъ гистологическихъ признакахъ отдѣльныхъ видовъ гранулемъ и, спеціально, бугорка отъ просовидной гуммы,—вопросъ довольно старый. Въ русской литературѣ онъ разобранъ еще въ 1882 г. Орловымъ. Было время, когда типичнымъ признакомъ бугорка считалась наличность въ гранулемѣ гигантскихъ клѣтокъ, затѣмъ выяснилось, что клѣтки эти встрѣчаются и при сифилисѣ, для бугорка же характерны гигантскія клѣтки особаго

типа, описанныя Langhans'омъ; въ послѣднее время Baumgarten (1901 г., цитировано по Landois) высказалъ убѣжденіе, что клѣтки Langhans'a не специфичны для туберкулеза; Durante, Busse, Stockmann, Landois и друг. находили ихъ при сифилитическомъ миокардитѣ и въ гуммахъ мускулатуры, а Shiota—при проказѣ. Тогда же, въ 1901 г., Baumgarten точно установилъ гистологическія отличія въ строеніи бугорка и гуммы; но все же большинство современныхъ авторовъ считаетъ эти отличія не всегда достаточно выраженными и находитъ возможнымъ съ увѣренностью говорить о бугоркѣ или гуммѣ только при наличности или отсутствіи характернаго пораженія сосудовъ и при условіи подтвержденія поставленнаго микроскопическаго діагноза путемъ бактериоскопическихъ или серологическихъ изслѣдованій, а также при помощи контрольных прививокъ животнымъ. Для гуммъ, какъ вы уже знаете, характерно развитіе ихъ въ окружности или вблизи сосудовъ, въ свою очередь пораженныхъ болѣе или менѣе типичнымъ (?) патологическимъ процессомъ—эндо- и периаартеритомъ, иногда панартеритомъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Köster, Friedländer, Cornil и Ranvier, Baumgarten, Nonne и друг.), этотъ артеритъ, приводящій иногда къ полной облитерации сосудовъ, ничего специфическаго для сифилиса не представляетъ, по мнѣнію же другихъ (Heubner, Eichhorst, Leyden, Birch-Hirschfeld, Hock, Vogel), онъ оказывается для сифилиса типичнымъ; Marchand считаетъ его особой формой облитерирующаго артерита. Nonne, имѣя въ виду главнымъ образомъ центральную нервную систему, на вопросъ, характерно-ли для сифилиса означенное перерожденіе сосудовъ, отвѣчаетъ—при отсутствіи *spirochaetae pallidae* характерна только гуммозная форма артерита (т. е. гумма въ стѣнкѣ сосуда), поскольку ее можно отличить отъ продуктовъ туберкулеза. Лично я не считаю себя достаточно компетентнымъ, чтобы высказаться въ ту или другую сторону, но, на основаніи своихъ наблюденій надъ несомнѣнно сифилитическими суставами, полагаю, что артеритъ этотъ, при наличности гранулемъ, соответственной макроскопической картинѣ въ суставѣ и подходящемъ клиническомъ теченіи случая, можетъ быть признанъ характернымъ для сифилиса, хотя-бы въ смыслѣ Marchand, и безъ доказаннаго присутствія спирохэтъ, тѣмъ болѣе при существованіи гигантскихъ клѣтокъ въ стѣнкахъ сосудовъ, какъ это было въ препаратахъ Дитерихса и Bosse. Вмѣстѣ съ тѣмъ, я думаю, нельзя отрицать, что иногда само строеніе гранулемы бываетъ достаточно характернымъ, чтобы признать въ ней бугорокъ, а не гумму.

Такимъ образомъ, при расположеніи гранулемъ, съ гигантскими клѣтками или безъ нихъ, вокругъ измѣненныхъ сосудовъ или при одновременномъ существованіи гранулемъ извѣстнаго строенія и артерита мы, уже на основаніи микроскопической картины, обычно съ большой долей вѣроятности можемъ признать процессъ сифилитическимъ.

Сомнѣнія рѣшаются далѣе поисками за Koch'овскими бактеріями и

прививкой патологическихъ продуктовъ въ брюшную полость морской свинкѣ. Положительный результатъ, конечно, рѣшаетъ вопросъ въ пользу туберкулеза, отрицательный—не показываетъ, что туберкулеза нѣтъ.

Въ послѣднее время однимъ изъ способствующихъ рѣшенію вопроса моментовъ являются прививки туберкулина и Wassermann'овская реакція. Какъ вы знаете, положительный результатъ офтальморекціи Calmette'a, по мнѣнію Wolff'a и друг., показываетъ только, что у больного въ организмѣ имѣется туберкулезное гнѣздо, если же, однако, и микроскопическое изслѣдованіе склоняется въ пользу туберкулеза, то поставленное микроскопомъ распознаваніе въ нетипичныхъ случаяхъ можетъ считаться въ значительной степени подтвержденнымъ; отрицательныя данныя туберкулиновой прививки въ подавляющемъ числѣ случаевъ исключаютъ туберкулезъ и, слѣдовательно, говорятъ въ пользу сифилиса. Серологическая реакція Wassermann'a при положительномъ результатѣ, по мнѣнію многихъ современныхъ авторовъ, указываетъ на сифилисъ, конечно, не опредѣляя локализацию его, отрицательный же результатъ этой реакціи не служитъ доказательствомъ, что сифилиса нѣтъ.

Спеціально при заболѣваніяхъ суставовъ я придаю большое рѣшающее значеніе и макроскопической картинѣ, встрѣчаемой нами при операціи или на вскрытіи—кто нѣсколько разъ видѣлъ сифилитическій остеохондритъ, тотъ наврядъ-ли смѣшаетъ его съ туберкулезнымъ поражениемъ.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что результатъ каждаго способа изслѣдованія въ отдѣльности не доказателенъ или мало доказателенъ, но согласный результатъ разныхъ способовъ изслѣдованія въ совокупности даетъ намъ обычно возможность распознавать истинный характеръ процесса.

Допустимъ, что мы находимъ при артротоміи типичный для сифилиса хондритъ, другія анатомическія измѣненія въ суставѣ не противорѣчаютъ картинѣ сифилитическаго артрита, микроскопъ показываетъ гранулемы, хотя бы съ гигантскими клѣтками, но расположенныя вокругъ сосудовъ, которые поражены облитерирующимъ артеритомъ, поиски за Koch'овскими палочками таковыхъ не открываютъ, проба на туберкулинъ даетъ отрицательный, Wassermann'овская реакція положительный результатъ, а при всемъ этомъ теченіе болѣзни соотвѣтствуетъ клинической картинѣ сифилитическихъ артропатій; если все эти данныя налицо, то, согласитесь, не будутъ ли упорныя сомнѣнія въ томъ, какого рода гранулема въ подобномъ случаѣ, безспорной натяжкой, и наврядъ-ли мы сдѣлаемъ ошибку, признавъ при подобныхъ условіяхъ процессъ сифилитическимъ.

Возвращаясь къ нашему случаю, посмотримъ, каковы тѣ данныя, которыя получены нами при всестороннемъ изслѣдованіи его:

1) Макроскопическая картина, найденная нами при артротоміи, очень характерна для сифилиса и нисколько не напоминаетъ собою туберкулезъ.



2) Подъ микроскопомъ мы нашли въ ворсинахъ типичныя бугорки съ гигантскими клѣтками безъ отростковъ, но съ многочисленными ядрами по периферіи клѣтокъ; эти гигантскія клѣтки окружены поясомъ эпителиоидныхъ элементовъ и, затѣмъ, зоной воспалительной инфильтраціи (см. рис. 28) при отсутствіи сосудовъ въ области гранулемъ; на основаніи этой картины и согласно описанію Baumgarten'a мы должны съ большою вѣроятностью признать эти гранулемы за типичныя бугорки, въ чемъ съ нами согласился и специалистъ патолого-анатомъ, видѣвшій наши препараты.

3) Къ сожалѣнію, всѣ попытки окрасить Koch'овскія палочки остались безъ результата; однако мы знаемъ, что фактъ этотъ не лишаетъ насъ права признать эти гранулемы за туберкулы.

4) Обѣ пробы съ туберкулиномъ, кожная и конъюнктивальная, дали еще прошлой весной положительныя данныя.

5) Клиническая картина болѣзни при вторичномъ поступленіи больного въ клинику вполне соответствовала нашимъ представленіямъ о туберкулезныхъ артритяхъ.

Все выше приведенное даетъ намъ право признать, что найденныя нами гранулемы—истинныя бугорки и, судя по микроскопическому виду синовиальной и отсутствію распада, довольно свѣжіе, а процессъ въ синовиальной—процессъ туберкулезный.

Между тѣмъ дальнѣйшія данныя таковы:

6) Клиническая картина случая прошлой весной, при первомъ поступленіи больного въ клинику, была гораздо болѣе характерна для сифилиса, чѣмъ для туберкулеза.

7) Лечение іодомъ тогда дало блестящій мѣстный и общій эффектъ.

8) Макроскопическая картина сустава при артромиіи безспорно противорѣчитъ только что сдѣланному нами выводу о туберкулезномъ характерѣ процесса—типичное пораженіе хряща съ остатками субхондральныхъ гуммъ мы не можемъ не считать продуктомъ сифилиса.

9) При дальнѣйшемъ просмотрѣ микроскопическихъ препаратовъ мы находимъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ синовиальной рѣзко измѣненные сосуды, частью совершенно облитерированные, какія-то мелкоклѣточные скопленія (помимо описанныхъ бугорковъ) и характерную замѣну исчезнувшаго хряща соединительной тканью.

10) Реакція Wassermann'a даетъ положительный результатъ.

Эти послѣднія данныя направляютъ наши мысли въ другую сторону и заставляютъ насъ заключить, что найденная нами грубо-анатомическая картина, измѣненія въ сосудахъ и клѣточные скопленія (отдѣльная отъ бугорковъ) не случайная находка, а дѣйствительно продуктъ сифилиса, что вполне и объясняетъ какъ теченіе болѣзни, такъ и результатъ леченія прошлой весной.

Спрашивается, къ какому же окончательному рѣшенію должны насъ привести, въ концѣ-концовъ, итоги нашихъ изслѣдованій въ совокупности

Мнѣ думается, что возможенъ лишь одинъ выводъ, одинъ отвѣтъ, а именно, что въ данномъ случаѣ мы дѣйствительно имѣемъ передъ собой продуктъ симбіоза, гибридную форму сифилитико-туберкулезной артропатіи, причемъ теченіе болѣзни я позволилъ бы себѣ объяснить такъ: прошлой весной у нашего больного, — при наличности у него наследственнаго сифилиса и скрытаго, латентнаго туберкулеза, — имѣлся гуммозный остеоартритъ съ гиперпластическимъ синовитомъ, иначе нельзя было бы представить себѣ эффекта леченія, да еще очень большими дозами іода; осенью, на почвѣ затихшаго гуммознаго процесса, получилась свѣжая вспышка туберкулеза, приведшая больного во второй разъ въ клинику.

Что касается вопроса, возможно-ли на основаніи нашихъ наблюденій теперь уже попытаться изложить дифференціальную діагностику подобныхъ смѣшанныхъ сифилитико-туберкулезныхъ артритовъ отъ чистыхъ сифилитическихъ и туберкулезныхъ пораженій суставовъ, то я пока не считаю возможнымъ дѣлать это; нѣкоторые выводы въ этомъ направленіи изъ нашихъ исторій болѣзней, можетъ быть, и напрашиваются, но обобщать здѣсь, при столь маломъ клиническомъ матеріалѣ, было бы преждевременно.

Относительно же терапіи въ такихъ случаяхъ я тоже пока могу сказать очень мало — только то, что я видѣлъ въ своихъ случаяхъ. Повидимому, при подозрѣніи на гибридную форму артрита, тѣмъ болѣе, когда это подозрѣніе подтверждено положительными результатами туберкулиновой и Wassermann'овской пробъ, можно считать показаннымъ специфическое леченіе и, какъ правило, леченіе ртутью. Какъ я уже неоднократно говорилъ, нельзя не согласиться съ нѣкоторыми авторами, что леченіе іодомъ при туберкулезѣ въ общемъ противопоказано, но, повидимому, оно все же не всегда такъ опасно, вредно или безцѣльно, какъ это думаютъ. Въ одномъ нашемъ случаѣ (№ 28), какъ вы знаете, мы примѣняли съ успѣхомъ ртутное леченіе, въ другомъ (№ 27) — сначала іодистое, потомъ ртутное. Іодъ у послѣдняго больного былъ избранъ, когда характеръ заболѣванія для насъ былъ еще неясенъ; и сначала іодъ благотворно повліялъ на мѣстный процессъ, но затѣмъ, несмотря на высокія дозы, пользы не приносилъ; безрезультатными оказались и ртутныя втиранія; не думаю, чтобы іодъ принесъ этому больному прямой вредъ, хотя утверждать это съ увѣренностью не могу, такъ какъ первичный процессъ развился у больного на нашихъ глазахъ, вслѣдъ за леченіемъ. Думаю, что въ такихъ случаяхъ не безвредно всякаго рода раздраженіе сустава, какъ, напр., пункціи его; при первой пункціи изъ сустава былъ полученъ серозный экссудатъ, при второй — серозно-кровоянистый; невольно напрашивается вопросъ, не произошло-ли послѣ первой пункціи обостренія процесса въ формѣ свѣжей высыпи туберкулъ; можетъ быть въ такого рода случаяхъ окажется болѣе показанной *arthrectomia synovialis* или атипическая резекція. Въ третьемъ случаѣ (№ 29), только что нами разобранномъ, іодъ въ прошломъ году принесъ больному не-

сомнѣнную пользу, отлично повліялъ какъ на мѣстный процессъ, такъ и на общее состояніе больного, но не надолго; можетъ быть смѣшанное леченіе или примѣненіе ртути послѣ леченія іодомъ дало-бы болѣе стойкій результатъ; такой планъ и былъ у меня, но больному пришлось выписаться съ не вполне оконченнымъ леченіемъ, вслѣдствіе закрытія клиники; очень вѣроятно, что главной причиной ухудшенія было слишкомъ раннее возвращеніе больного къ своей тяжелой работѣ. Въ нынѣшнемъ году я предпочелъ оперативное вмѣшательство, о результатѣ котораго говорить еще рано, такъ какъ съ операціи прошло слишкомъ мало времени.

Прошу васъ имѣть въ виду, что цѣль этихъ двухъ послѣднихъ моихъ лекцій, — не утверждая что-либо окончательно, — намѣтитъ только тотъ путь, слѣдовать по которому въ общихъ чертахъ я вамъ совѣтую въ вашей будущей практической дѣятельности при распознаваніи и леченіи болѣе сложныхъ и еще малоизвѣстныхъ хроническихъ пораженій суставовъ.

## Лекція XIII.

Мм. Гг.

Продолжая наши изслѣдованія комбинированныхъ артритовъ смѣшаннаго происхожденія, въ смыслѣ изученія послѣдствій одновременнаго воздѣйствія на суставы разныхъ инфекціонныхъ болѣзней, намъ слѣдовало бы разсмотрѣть теперь вопросъ, какъ вліяютъ на теченіе сифилитическаго артрита третичнаго періода присоединяющіяся къ такому страданію сочлененія острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, сами по себѣ поражающія суставы, и какова вообще связь, по отношенію къ пораженію суставовъ, этого рода болѣзней съ сифилисомъ, приобретеннымъ или наслѣдственнымъ. Спрашивается, напримѣръ:

1) Если у больного имѣется сифилитическій артритъ и онъ заболѣваетъ острымъ или инфекціоннымъ ревматическимъ полиартритомъ, то отражается-ли это новое заболѣваніе суставовъ на теченіи сифилитическаго артрита?

2) Если, далѣе, больной съ наслѣдственнымъ сифилисомъ, не проявившемся пораженіемъ сустава, инфицируется гонорреей и получаетъ гонорройный артритъ или заболѣваетъ скарлатиной съ скарлатинознымъ пораженіемъ суставовъ, то не могутъ-ли эти острые процессы въ томъ или другомъ сочлененіи, затянувшись, осложниться гуммознымъ артритомъ того же сустава, и не будетъ-ли въ такомъ случаѣ сифилитическій артритъ протекать атипично, своеобразно, и не поддаваться нашей обычной терапіи?

3) Если, наконецъ, то или другое острое заболѣваніе сустава перейдетъ въ хроническую форму или просто оставитъ послѣ себя извѣстный *residuum*, а больной заразится затѣмъ сифилисомъ, то не послужатъ-ли остатки бывшаго заболѣванія сустава предрасполагающимъ моментомъ для развитія въ немъ атипическаго сифилитическаго артрита и т. д.

Не сомнѣваюсь, что, оставаясь на чисто теоретической точкѣ зрѣнія, на всѣ эти вопросы можно и слѣдовало бы отвѣтить утвердительно.

Къ сожалѣнію, клиническихъ наблюденій въ этомъ направленіи, точно и хорошо проведенныхъ, очень мало или почти не существуетъ и, конечно, не потому, что для таковыхъ не найти матеріала, а просто потому, что мы до сихъ поръ на изученіе такихъ болѣе сложныхъ артропатій мало обращали вниманія; общую участь въ этомъ отношеніи раздѣляю и я, и тоже, какъ многіе другіе, почти не располагаю клиниче-

скими наблюдениями, которыми могъ бы подтвердить свои теоретическія соображенія.

Изъ литературы мнѣ припоминаются общія указанія, что смѣшанныя формы гонорройно-сифилитическихъ артритовъ встрѣчаются, протекають своеобразно и требуютъ особой терапіи, не всегда поддаваясь одному антисифилитическому леченію. Schuchardt, описывая единственный, по его мнѣнію, въ литературѣ (1899 г.) случай остраго гуммознаго воспаленія колѣннаго сустава, ссылается на Schuster'a, по словамъ котораго нѣкоторые артриты, повидимому, гонорройнаго характера, быстро излечиваются антисифилитической терапіей, тогда какъ они никакимъ другимъ лечебнымъ средствамъ не поддаются. Въ случаѣ же Schuchardt'a у больной, 19 лѣтъ, клинически было діагностицировано острое гонорройное воспаленіе колѣннаго сустава; значительный выпоть и высокая  $t^0$ ; въ отдѣленіяхъ изъ половыхъ органовъ найдены гонококки; при артрономіи вырѣзанъ кусокъ синовиальной, часть котораго растерта и привита на кровяную сыворотку, полученную кровопусканіемъ у здороваго субъекта; никакихъ микроорганизмовъ не выросло; въ остальномъ кускѣ синовиальной подъ микроскопомъ найдены миллиарныя гуммы вокругъ венъ и капилляровъ; на основаніи микроскопической картины, которая, судя по рисунку, дѣйствительно очень типична, Schuchardt счелъ это заболѣваніе сустава за острый гуммозный артритъ. Мнѣ думается другое, а именно, что какъ въ случаяхъ Schuster'a, такъ и у больной Schuchardt'a, особенно у послѣдней, имѣлись смѣшанныя формы, т. е. гуммозные артриты, развившіеся очень быстро на почвѣ гонорройнаго пораженія сустава, чѣмъ и объясняются какъ микроскопическая картина въ случаѣ Schuchardt'a, такъ и успѣхъ специфическаго леченія въ случаяхъ Schuster'a.

Считаю возможнымъ предположить также, что не особенно рѣдки должны быть острые ревматическіе артриты у сифилитиковъ и осложненія хроническаго инфекціоннаго ревматизма сифилисомъ, а также подобныя же комбинаціи поздняго наслѣдственнаго сифилиса съ скарлатинозными заболѣваніями суставовъ у подростковъ и юношей. Полагаю, далѣе, что бывшее острое заболѣваніе суставовъ, не вполне излечившееся, при послѣдовательномъ зараженіи лues'омъ предрасполагаетъ къ болѣе раннему заболѣванію того же сустава гуммознымъ процессомъ, а, можетъ быть, способствуетъ и болѣе тяжелому теченію сифилитическаго артрита.

По крайней мѣрѣ я наблюдалъ одинъ такой случай, о которомъ уже упомянулъ въ пятой моей лекціи (см. стр. 71). Позвольте на поминть вамъ здѣсь, что это былъ мужчина, 30 лѣтъ, явившійся ко мнѣ съ очень рѣзко выраженнымъ ворсинчатымъ синовитомъ колѣна двухмѣсячной давности; первые признаки этого несомнѣнно гуммознаго синовита, безъ видимыхъ измѣненій въ костяхъ, выразившіеся сильными ночными болями и опухолью сустава, появились уже черезъ  $3\frac{1}{2}$  мѣсяца послѣ первичной твердой язвы, причѣмъ больной лечился втира-

ниями; изъ распросовъ выяснилось, что за 7 лѣтъ до зараженія больной перенесъ острый суставной ревматизмъ, оставившій на довольно продолжительное время слѣды въ томъ-же лѣвомъ колѣнѣ. Видимо это болное когда-то колѣно представило собою для сифилиса locus minoris resistentiae и необычайно рано послужило благодатной почвой для очень ранняго гуммознаго артрита.

На-дняхъ къ намъ въ клинику поступилъ больной, 29 лѣтъ, который при существованіи у него хроническаго, временами обострявшагося, гонорройнаго уретрита, 3 года тому назадъ заразился lues'омъ; черезъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года послѣ инфекціи у него внезапно развился острый артритъ въ лѣвомъ локтѣ съ очень сильными ночными болями; послѣ 3-хъ недѣль леченія согрѣвающими компрессами и небольшими дозами саюдина воспалительный процессъ въ суставѣ прошелъ почти безслѣдно, такъ что въ теченіе всего лѣта больной забылъ о больномъ локтѣ, чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и вполне свободно владелъ конечностью. Черезъ 4—5 мѣсяцевъ послѣ упомянутаго остраго артрита тотъ же локоть заболѣлъ снова и заставилъ больного поступить теперь въ клинику; мы нашли подострое, довольно тяжелое воспаление сустава при повышающейся по вечерамъ до 38,5° температурѣ. Это заболѣваніе сустава характеризуется: подострымъ воспалительнымъ процессомъ, начиная съ кожи—вглубь; очень выраженной периартикулярной инфильтраціей, давшей мѣстами размягченіе; утолщеніемъ капсулы и суставныхъ концовъ костей; сильной болѣзненностью при почти полномъ отсутствіи подвижности въ суставѣ и интенсивными ночными болями. Рентгеноскопія, кромѣ утолщенія суставныхъ концовъ кости, ничего не показываетъ (см. рис. 30).

Прививка туберкулина по Pirquet, сдѣланная недѣли 2 тому назадъ въ другомъ лечебномъ заведеніи, дала слабую реакцію, у насъ въ клиникѣ, такъ же какъ и офтальморакція Calmette'a, дала вполне отрицательный результатъ, реакція Wassermann'a, несмотря на то, что больной много лечился, два раза дала 2 +.

По своей клинической картинѣ артритъ этотъ не типиченъ для сифилиса—слишкомъ острое теченіе, слишкомъ острый периартритъ, слишкомъ большая болѣзненность, и все это при повышенной t°. Характерны только мучительныя ночныя боли. Можно было бы думать о туберкулезѣ, но признать его нельзя, въ виду отрицательныхъ данныхъ рентгеноскопіи и прививокъ туберкулина. До извѣстной степени нельзя отрицать и нѣкотораго сходства даннаго артрита съ подострыми гонорройными воспалениями суставовъ; однако утолщеніе суставныхъ концовъ костей, сильнѣйшія боли ночью и анамнезъ заставляютъ все же признать процессъ гуммознымъ, но, вѣроятно, не чистымъ, а смѣшаннымъ. Я думаю, что острый артритъ, бывшій около 1/2 года тому назадъ и быстро исчезнувшій, былъ сначала артритъ гонорройный; это острое воспаление у сифилитика вызвало тогда-же гуммозный процессъ въ костяхъ, выразившійся ночными болями; разрѣшилось острое воспаление, исчезло и раз-



Рис. 30. Osteoarthritis gummosa cubiti, можетъ быть на почвѣ гонорройнаго артрита (стр. 176). (Собств. наблюденіе).

драженіе, приостановился временно или только затихъ и гуммозный остео-періоститъ, снова возгорѣвшійся подѣ вліяніемъ какой-то новой причины, можетъ быть—подѣ вліяніемъ какой-либо травмы или утомленія сустава (больной—драматическій артистъ и все лѣто игралъ на сценѣ). Очень вѣ-роятно, что и въ этомъ случаѣ довольно раннему появленію гуммознаго остеоартрита (черезъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года послѣ язвы), несмотря на энергичное лечение сифилиса, способствовало острое воспаленіе сустава, повидимому, гонорройнаго происхожденія. Имѣется-ли и теперь въ этомъ суставѣ, кромѣ гуммознаго процесса, примѣсь гонорройнаго синаовита, я, конечно, сказать не могу, такъ какъ не имѣю на то доказательствъ (гонококковъ пока не найдено и въ отдѣляемомъ уретры), но склоненъ это думать, принимая во вниманіе атипичное теченіе этой артропатіи. Напомню вамъ еще одинъ относящійся къ этой категоріи случай, который вы видѣли въ текущемъ году въ нашей клиникѣ. Это былъ:

(30) И. Л., студентъ, 22 л., поступившій въ клинику 19/ix 1909 г. съ жалобами на боли въ правомъ колѣнѣ и на неловкость при ходьбѣ.

Б. родился въ Новгородской губерніи, но съ ранняго дѣтства живетъ въ Петербургѣ. Условія жизни были всегда удовлетворительныя; жизнь ведетъ довольно правильную; курить и пьетъ вино съ 16 лѣтъ, но умѣренно; холостъ.

Отецъ больного умеръ 53-хъ лѣтъ отъ порока сердца, мать—50 лѣтъ отъ милиарнаго туберкулеза, развившагося черезъ годъ послѣ операціи, произведенной по поводу туберкулезнаго пораженія тазобедреннаго сустава. Въ семьѣ было 8 человекъ дѣтей, изъ которыхъ 4 умерло: сестра 7 лѣтъ—отъ какой-то острозаразной болѣзни, до которой болѣла «ревматизмомъ»; сестра 2-хъ лѣтъ—отъ воспаленія легкихъ; братъ 1 г. 8 мѣсяцевъ—отъ «водянки мозга» и братъ 9 мѣсяцевъ—отъ неизвѣстной причины. Изъ оставшихся въ живыхъ сестра 24 лѣтъ ничѣмъ серьезнымъ не болѣла, другая сестра 16 лѣтъ страдала до 2-лѣтняго возраста золотухой (опухоль железъ), а въ прошломъ году болѣла воспаленіемъ роговой оболочки; у брата 19-ти лѣтъ въ возрастѣ 5—6 лѣтъ былъ дѣтскій параличъ.

Самъ больной до 3-хъ лѣтъ не ходилъ, въ дѣтствѣ болѣлъ корью, паротитомъ, коклюшемъ, бронхитомъ и скарлатиной. Сифилиса не имѣлъ. Въ концѣ 1906 г., т. е. почти 3 года тому назадъ, заболѣлъ уретритомъ, отъ котораго много и долго лечился, въ послѣдній разъ—съ декабря по апрѣль прошлаго года (бужи, прижиганіе ляписомъ, массажъ *prostatae*); три раза было воспаленіе придатковъ; утверждаетъ, что послѣднее время проявленій уретрита не было.

Въ маѣ 1909 г., слѣдовательно за 4 мѣсяца до поступленія въ клинику, проснувшись утромъ, замѣтилъ опухоль и боль въ правомъ колѣнѣ. Опухоль была довольно значительна, очень сильныя боли держались только первые 2—3 дня, а затѣмъ уменьшились, но безпокоили больного больше по ночамъ. Подѣ вліяніемъ горячихъ ваннъ, іодистыхъ и салициловыхъ препаратовъ опухоль колѣна постепенно опадала, но боли, и особенно по ночамъ, продолжались.

Больной умѣренно упитанный, довольно малокровный юноша, грудная клѣтка рахитическая, узкая. Зубы хорошіе. Внутренніе органы уклоненія отъ нормы не представляютъ. Мочи 1600 въ сутки, удѣльный вѣсъ 1015, плотный остатокъ 56, реакція слабо кислая; въ



мочѣ небольшая муть; подъ микроскопомъ немного лейкоцитовъ и эпителиальныхъ клѣтокъ. Хотя больной и утверждаетъ, что истеченія изъ уретры нѣтъ, изъ послѣдней все же при массированіи *prostateae* выдавлена капля гноя. Гонококковъ не найдено.  $T^{\circ}$  тѣла нормальна.

Контуры праваго колѣннаго сустава нѣсколько сглажены, но объемъ его по сравненію со здоровой стороной не увеличенъ; замѣтно выпячиваніе подъ чашкой, гдѣ и окружность на 1 снт. больше, чѣмъ на здоровой сторонѣ; капсула нѣсколько утолщена; при изслѣдованіи и движеніяхъ мягкій хрустъ; болѣзненность при надавливаніи по краямъ *patellae*; въ суставѣ небольшое количество эксудата, *patella* немного баллотируетъ. Контрактуры нѣтъ; сгибаніе активно  $75^{\circ}$ , пассивно  $67^{\circ}$ ; разгибаніе полное. Больной можетъ ходить, почти не хромя, но испытываетъ какую-то неловкость и неустойчивость въ больномъ колѣнѣ. Ноющія боли по ночамъ и при усиленномъ сгибаніи. Мускулатура конечности не атрофирована. Въ правомъ паху увеличенныя и болѣзненныя железы.

Черезъ 2 дня послѣ поступленія—испытаніе на туберкулинъ: офтальмореакція отрицательная, кожная—два +.

Діагнозъ не поставленъ; предположенъ хроническій серозно-виллезный синовитъ гонорройнаго происхожденія у субъекта съ золотушно-туберкулезной, а можетъ быть и наслѣдственно-сифилитической почвой.

Назначены мѣстныя суховоздушныя ванны и покой въ постели.

Въ теченіе 10 дней никакихъ измѣненій въ состояніи больного. Боли послѣ горячаго воздуха какъ-будто сильнѣе.

2/x ординаторомъ назначенъ *kalii jodati* 2,0 grm. pro die.

На 4-й день явленія іодизма; іодъ оставленъ.

Въ виду истеченія гноя изъ уретры 11/x назначенъ *Gonogol*.

До 15/x ровно никакихъ измѣненій въ суставѣ.

Въ виду бывшихъ ухудшеній болей по ночамъ, кератита у сестры и какого-то паралича у брата, мною предположена возможность сифилитической почвы и предложены черезъ день фрикціи *ung. mercurialis* по 2,0 grm.

Послѣ 3-хъ втираній «выпотъ въ суставѣ больше», но самочувствіе больного лучше.

Послѣ 5 втираній отмѣчено: «колѣно вовсе не болитъ, выпота въ суставѣ нѣтъ; окружность сустава подъ чашкой уменьшилась на  $\frac{1}{2}$  снт.».

Взята кровь для реакціи *Wassermann'a*; результатъ отрицательный.

28/x, т. е. на 14-й день послѣ начала специфическаго леченія, больной выписанъ для дальнѣйшаго амбулаторнаго леченія; въ этотъ день отмѣчено: «болей нѣтъ, выпота тоже; сгибаніе увеличилось, размѣры колѣна (зависѣвшіе отчасти отъ припуханія капсулы, отчасти отъ эксудата) уменьшились; контуры стали рѣзче; выдѣленіе изъ уретры очень незначительно; бужъ № 41 проходитъ свободно; больной чувствуетъ себя хорошо».

Въ данномъ случаѣ мы имѣли хроническій серозный синовитъ, не представлявшій собою ничего характернаго. Можно было только сказать, что всѣ явленія этого артрита были мало выражены и что всего болѣе это заболѣваніе заставляло думать объ остаткахъ перенесеннаго остраго или подостраго инфекціоннаго синовита у субъекта, не вполне

здорового въ смыслѣ «почвы». Обращали на себя вниманіе лишь настойчивыя подчеркиванія больного, что колѣно всегда больше болѣло и болить по ночамъ. Изъ анамнеза видно, что колѣно заболѣло внезапно, причемъ острое воспалительное состояніе продолжалось 2—3 дня, а затѣмъ постепенно перешло въ хроническое заболѣваніе, существовавшее уже 4 мѣсяца, но не препятствовавшее больному ходить. Принимая во вниманіе, что у больного, кромѣ того, имѣется хроническій гонорройный уретритъ и нѣтъ никакихъ указаній на какую-либо перенесенную имъ, кромѣ гонорройной, острую инфекціонную болѣзнь, естественно было допустить, что имѣющийся хроническій синовитъ представляетъ собой послѣдствіе бывшаго, слабо выраженнаго, гонорройнаго артрита. Оставалось объяснить себѣ ночныя боли и исключить возможность начала туберкулезнаго заболѣванія сустава, а съ этою цѣлью—изучить «почву», съ которой мы имѣли дѣло у даннаго субъекта. Что касается сифилиса, то инфекцію таковымъ б. отрицалъ и не было основанія ему не вѣрить, но въ его рассказахъ о семьѣ были подозрительныя данныя:

Изъ 8 дѣтей въ семьѣ осталось въ живыхъ только 4, при этомъ одна умершая сестра страдала «ревматизмомъ», одинъ братъ умеръ маленькимъ отъ «воспаленія мозга» (?), другой братъ, 9 мѣсяцевъ—отъ неизвѣстной причины; изъ оставшихся въ живыхъ одна сестра страдала «золотухой» и болѣла кератитомъ, у брата былъ «дѣтскій параличъ» (?). Все это допускало «мысль» объ имѣющемся въ семьѣ сифилисѣ. Что касается наслѣдственно-туберкулезной почвы, то нельзя не обратить вниманія на заявленіе больного о томъ, что мать его погибла отъ общаго туберкулеза, послѣ произведенной ей операціи на тазобедренномъ суставѣ, пораженномъ бугорковымъ процессомъ. Уже на основаніи приведенныхъ данныхъ нельзя было отрицать возможности, что у нашего больного «почва» ребенка сифилитиковъ и «почва золотушно-туберкулезная». Изслѣдованіе въ этомъ направленіи показало: отрицательная туберкулиновая офтальморекціи и положительная кожная, что, по существующимъ теперь взглядамъ очень многихъ, означало—наличность какого-то бывшаго соприкосновенія даннаго организма съ туберкулезнымъ ядомъ и, повидимому, отсутствіе въ данный моментъ активной бугорчатки. Этотъ результатъ прививки и позволилъ намъ не признать, съ большой долей вѣроятности, данный артритъ туберкулезнымъ и примѣнить лечение остатковъ гонорройнаго синовита. Однако продолжающіяся ночныя боли при совершенномъ отсутствіи результатовъ отъ леченія горячимъ воздухомъ и покоемъ, а также данныя изъ исторіи семьи больного заставили меня предложить, въ качествѣ пробнаго, специфическое леченіе ртутью. Правда, примѣненное затѣмъ серологическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ, но это обстоятельство, какъ вы знаете, не должно было насъ смутить, такъ какъ отрицательный результатъ реакціи Wassermann'a вообще не исключаетъ, вѣдь, сифилиса, а тѣмъ болѣе—послѣ только что произведенныхъ ртутныхъ втираній.

И действительно, специфическое лечение, даже очень мало энергичное, дало сразу улучшение и позволило намъ выписать больного, черезъ двѣ недѣли послѣ начала этого леченія, совершенно поправившимся въ данный моментъ.

И этимъ случаемъ я не хочу ничего доказывать, ничего утверждать, но привожу его только какъ наблюдение, наводящее насъ на извѣстныя мысли, выше достаточно ясно намѣченныя.

Слѣдую далѣе моею, извѣстной вамъ, схемѣ классификаціи заболѣваній суставовъ вообще, мнѣ предстоитъ теперь, оставаясь на почвѣ смѣшанныхъ артропатій, перейти къ разбору разныхъ комбинацій сифилитическихъ артритовъ съ тѣми пораженіями сочлененій, которыя развиваются на почвѣ нарушеннаго обмѣна веществъ и аутоинтоксикаціи.

Въ смыслѣ болѣзней обмѣна, вліяющихъ на суставы, на первомъ планѣ стоитъ, конечно, подагра со всѣми ея разновидностями, т. е. моче-кислый діатезъ.

Какъ извѣстно, различаютъ подагру типичную—*reguläre Gicht* и атипичную—*irreguläre Gicht* (Garrod, Minkowski), т. е. въ сущности—острый подагрический приступъ и затяжную, хроническую подагру, нерѣдко какъ результатъ повторявшихся острыхъ приступовъ; нѣкоторые признаютъ еще подагру аномальную, скрытую (*larvata—Charcot*) и латентную. Кромѣ того многіе французскіе авторы, основываясь главнымъ образомъ на ученіяхъ Bouchard'a, описываютъ еще извѣстное предрасположеніе организма къ подагрѣ, часто наследственное, которое они, слѣдую взглядамъ Trousseau, обычно называютъ «артритизмомъ» или, по предложенію Lancereaux—«герпетизмомъ». Германская школа относится къ термину «артритизмъ» очень скептически и не склонна придавать этому «предрасположенію къ подагрѣ»—*gichtische Anlage*, этой «подагрической почвѣ», большого практическаго значенія, находя, что симптоматологія «артритизма», какъ она описывается французами, даетъ слишкомъ расплывчатое представленіе о клиническихъ проявленіяхъ, о клинической картинѣ этого болѣзненнаго состоянія организма. Мы не можемъ, конечно, входить здѣсь подробнѣе въ разсмотрѣніе этого очень интереснаго и практически крайне важнаго вопроса,—это слишкомъ отвлекло бы насъ отъ нашей темы, поэтому мою точку зрѣнія на подагру и артритизмъ я попытаюсь изложить вамъ здѣсь только въ нѣсколькихъ словахъ, такъ какъ иначе мнѣ было бы трудно выяснять мои взгляды на смѣшанныя формы артритовъ при одновременномъ существованіи у больного сифилиса и подагры или артритизма. Прежде всего я долженъ сказать, что во многихъ отношеніяхъ раздѣляю взгляды французовъ и различаю: 1) моче-кислый діатезъ, подагру *sensu strictu*, которую и называю подагрой типичной, будь она острая или затяжная; 2) подагру атипичную, т. е. такія формы, гдѣ болѣзненные явленія въ организмѣ не только зависятъ отъ отложеній и задержки въ организмѣ

мочевой кислоты и мочекислыхъ солей, но и отъ аутоинтоксикацій разнаго происхожденія, т. е. смѣсь мочекислаго діатеза и самоотравленія организма гистогеннаго, энтерогеннаго и др.; 3) артритизмъ, т. е. такое патологическое состояніе организма, приобрѣтенное или наслѣдственное, которое отчасти зависитъ отъ самоотравленія организма разными продуктами нарушеннаго обмѣна и ненормальныхъ химическихъ процессовъ въ кишечникѣ, отчасти—отъ маловыраженнаго мочекислаго діатеза, причемъ этотъ послѣдній въ клинической картинѣ отходитъ на второй планъ, хотя, можетъ быть, и былъ главной и первой причиною, вызвавшей образованія въ органахъ и тканяхъ разнаго рода ядовъ, какъ продуктовъ неправильнаго обмѣна веществъ.

Клиническая картина типичной подагры хорошо всѣмъ извѣстна, атипичная подагра выражается клинически очень разнообразно, артритизмъ же большею частью довольно типиченъ, имѣеть, по моему, свои кардинальные симптомы и даетъ намъ крайне характерные «клиническіе типы» больныхъ.

Нельзя, конечно, сомнѣваться въ томъ, что субъектъ, страдающій острыми приступами подагры, можетъ, какъ и всякій другой, заразиться сифилисомъ, или что старый сифилитикъ можетъ получить острый приступъ подагры въ томъ или другомъ суставѣ. Очень вѣроятно, что отложенія мочекислыхъ солей въ суставахъ и подагрическія измѣненія въ хрящахъ, особенно при повторныхъ приступахъ, какъ и всякое другое раздраженіе сустава, предрасполагаютъ въ третичномъ періодѣ сифилиса къ заболѣванію этого же сустава гуммозными процессами, причемъ клиническая картина такого сифилитическаго артрита должна до извѣстной степени отличаться отъ таковой же при чистомъ сифилитическомъ заболѣваніи сустава. Можно допустить, что и сифилитическій артритъ у подагрика можетъ оказаться *loco minoris resistentiae* для мочекислаго діатеза. Правда, при подагрѣ чаще всего поражается фаланго-плюсневой суставъ большого пальца (по Scudamore 341 разъ на 516 случ.), т. е. такой суставъ, который при сифилисѣ обычно заболѣваетъ очень рѣдко, тѣ же суставы, которые чаще поражаются сифилисомъ, какъ колѣно или локоть, рѣже страдаютъ при типичной подагрѣ; кромѣ того, у насъ въ Россіи типичная подагра вообще встрѣчается не особенно часто и болѣютъ ею главнымъ образомъ люди, принадлежащіе къ высшимъ, обеспеченнымъ слоямъ общества; поэтому комбинаціи сифилиса и типичной подагры при артритахъ должны вообще встрѣчаться не часто, а у насъ въ Россіи даже рѣдко и, слѣдовательно, не имѣютъ большого практическаго значенія. Поэтому-то, вѣроятно, въ моемъ клиническомъ матеріалѣ я не нашелъ относящихся сюда случаевъ, но по воспоминаніямъ изъ частной практики у меня сложилось вполне оформленное впечатлѣніе о такихъ случаяхъ, гдѣ, напр., хроническій сифилитическій синовитъ колѣна или такой же межфаланговый артритъ ручныхъ пальцевъ подъ вліяніемъ одновременно существующаго у больного типичнаго

мочекислото діатеза принималъ торпидный, атипическій характеръ и особенно туго поддавался нашимъ обычнымъ приемамъ леченія. Повторяю, въ клиникахъ и больницахъ такихъ случаевъ не увидишь, а встрѣчаешь ихъ въ частной практикѣ, гдѣ они не регистрируются; вѣроятно, чаще всего ихъ наблюдаютъ врачи, практикующіе въ курортахъ, особенно гдѣ примѣняется грязелеченіе, какъ, напр., въ Сакахъ, Евпаторіи, на Одесскихъ лиманахъ и т. п., тамъ ихъ и надо изучать.

Гораздо больше практическаго интереса для насъ представляютъ собой подагра атипическая и артритизмъ или «подагрическая почва», такъ какъ эти формы встрѣчаются вообще гораздо чаще, а у насъ въ Россіи, въ среднихъ кругахъ общества и вообще между жителями большихъ городовъ, — благодаря нашему образу жизни, — наблюдаются очень часто, почти ежедневно.

Извѣстно, что однимъ изъ наиболѣе частыхъ проявленій атипической (съ моей точки зрѣнія) подагры и особенно артритизма слѣдуетъ признать хроническія заболѣванія желудочно-кишечнаго канала и брюшныхъ железъ, участвующихъ въ актѣ пищеваренія, причемъ эти проявленія, наряду съ болѣзненными симптомами со стороны нервной системы, выступаютъ на первой планѣ и заслоняютъ собою симптомокомплексъ собственно мочекислото діатеза. Способствуетъ этого рода заболѣваніямъ нашъ образъ жизни, алкоголь, куреніе, питье большого количества чая, несвоевременный и неурегулированный приемъ пищи, жизнь безъ свѣжаго воздуха и, главное, отсутствіе движенія на свѣжемъ воздухѣ — вообще всѣмъ намъ хорошо извѣстный жизненный режимъ нашихъ обеспеченныхъ и полубезбеденныхъ слоевъ общества — чиновниковъ, профессионалистовъ, среднихъ и мелкихъ коммерсантовъ, служащихъ въ банкахъ, конторахъ и т. п. Результатомъ сказанныхъ разстройствъ желудочно-кишечнаго канала на почвѣ скрытаго мочекислото діатеза и артритизма очень легко получаютъ аутоинтоксикаціи энтерогеннаго характера, отражающіяся на нервной системѣ, на сосудахъ и сердцѣ, вѣроятно, на другихъ внутреннихъ органахъ, на мышцахъ и, между прочимъ, по моимъ наблюденіямъ, на суставахъ.

Что касается этихъ послѣднихъ, то, по моему глубокому убѣжденію, основанному на продолжительныхъ и многочисленныхъ наблюденіяхъ въ практикѣ, сюда относится цѣлая большая группа пораженія ихъ, которая въ обычной жизни именуется публикой и врачами «хроническимъ ревматизмомъ». Вотъ эти quasi-«ревматическіе» моно- и полиартриты, выражающіеся лишь болями и тугоподвижностью больныхъ суставовъ, иногда, однако, ведущіе и къ обезображиванію ихъ, представляютъ собой только мучительное, но не опасное заболѣваніе, сами по себѣ никогда не ведутъ къ летальному исходу и поэтому совершенно не изучены нами анатомически. Мало изучены эти артриты и клинически, хотя, по-моему, при извѣстной наблюдательности и клинической опытности, они все же вполне доступны нашему діагнозу. Вотъ на сочетанія этихъ-то артритовъ съ сифилисомъ я и желалъ бы здѣсь обратить ваше особенное вниманіе, такъ какъ не

сомнѣваюсь, что въ этой именно комбинаціи атипической подагры и артрита, какъ я ихъ понимаю, съ сифилисомъ приобретеннымъ и, вѣроятно, еще чаще—съ сифилисомъ наследственнымъ, вы часто найдете ключъ для выясненія патогенезиса цѣлаго ряда артритовъ и полиартритовъ, подвидимыхъ обычно подъ одианъ и тотъ же шаблонъ «хроническаго ревматизма». Сказаннымъ объясняется, по моему, отчасти и результатъ нашего леченія такихъ артритовъ: иногда наша терапія остается здѣсь совершенно безсильной, иногда блестяще дѣйствуетъ іодистый калий, иногда грязелеченіе, щелочныя воды, массажъ и гидротерапія (Aix-les-Bains), суховоздушныя или свѣтотеплыя ванны, режимъ (до санаторіи Lamapn'a въ Дрезденѣ включительно) и т. д.

Полагаю, что леченіе остается безрезультатнымъ потому, что, при ложномъ, конечно, распознаваніи, оно либо назначается неправильно, или неудачно, либо мы имѣемъ дѣло не съ болѣзненными процессами *in floue*, а съ ихъ послѣдствіями, при уже закончившемся патологическомъ процессѣ съ глубокими стабильными измѣненіями въ тканяхъ суставовъ. Успѣхъ-же того или другого леченія зависитъ отъ превалированія въ данномъ случаѣ той или другой болѣзни, сифилиса или подагры и артрита. Къ сожалѣнію, въ клиникахъ разборомъ и изученіемъ подобныхъ смѣшанныхъ артритовъ, требующихъ самаго тщательнаго и тонкаго клиническаго анализа, а также продолжительнаго наблюденія, занимаются очень мало и почти не занимаются, а поэтому знакомство съ ними врачей далеко не достаточно.

Не обладая и самъ пока достаточно разработанными въ этомъ направленіи наблюденіями, я позволю себѣ привести вамъ исторію болѣзни одного случая, пользованнаго нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ моей клиникѣ и, къ сожалѣнію, только отчасти иллюстрирующаго вышесказанное.

(31) Баронъ Х., подполковникъ. 49 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9/x 1902 г., жалуясь на опухоль, боль и тугоподвижность праваго колѣннаго сустава, сильно препятствующія ему при ходьбѣ, а также—на недомоганіе и общую слабость.

Больной родился въ Таганрогѣ и жилъ тамъ до 10 лѣтъ, когда поступилъ въ корпусъ и затѣмъ—въ военное училище въ С.-Петербургѣ; служилъ въ разныхъ мѣстахъ Россіи, участвовалъ въ турецкой войнѣ 77—78 гг.; теперь командуетъ военной частью въ одной изъ западныхъ губерній.

Материальныя условія жизни вполне удовлетворительны, но живетъ въ очень сырой квартирѣ, въ каменномъ зданіи. До 36 лѣтъ курилъ, но умеренно: 13 лѣтъ вовсе не курить; спиртными напитками вообще не злоупотреблялъ, за исключеніемъ періода турецкой кампаніи, когда въ походѣ пилъ много, особенно пива. Половую жизнь началъ 22 лѣтъ, никогда ею не злоупотреблялъ; женился 31 года.

Б. ведетъ жизнь строевого офицера и, по обязанностямъ службы, принужденъ много ѣздить верхомъ; кромѣ того онъ большой любитель охоты съ подружейными гончими и потому очень много ходитъ, въ періодъ охоты—цѣлыми днями, по 10—15 верстъ и, до заболѣванія, особеннаго утомленія отъ этого не ощущалъ.

Происходитъ больной изъ военной семьи; дѣдъ и отецъ его неоднократно участвовали въ походахъ, видимо вели жизнь довольно бурную, веселую и, какъ видно изъ словъ больного, были артритики. Дѣдъ больного прожилъ до 70 лѣтъ, отецъ умеръ 53 лѣтъ отъ «чахотки», развившейся вслѣдъ за тяжелымъ огнестрѣльнымъ раненіемъ легкаго. Мать жива, ей 74 года, ничѣмъ не страдаетъ. Въ семьѣ было три дочери и два сына; двѣ сестры больного умерли: одна, 11 лѣтъ, отъ туберкулезнаго менингита; другая, страдавшая съ дѣтства сильно выраженной «золотухой», отъ которой у нея въ возрастѣ 18 лѣтъ «запалъ носъ» отъ разрушенія костей, умерла 24—25 лѣтъ при явленіяхъ крайняго истощенія и «общей водянки»; третья сестра и братъ живы и, повидимому, здоровы.

Самъ больной съ дѣтства не отличался особой крѣпостью тѣлосложенія и здоровья, но тѣмъ не менѣе былъ довольно выносливъ; серьезныхъ заболѣваній въ дѣтствѣ и ранней юности не помнитъ. Въ возрастѣ 22-хъ лѣтъ перенесъ уретритъ, осложненный орхитомъ; 23—25 лѣтъ имѣлъ язву на penis'ѣ, осложнившуюся бубономъ, который былъ вскрытъ; язва была признана врачомъ за мягкую; какія-либо вторичныя явленія больной отрицаетъ; вообще утверждаетъ, что сифилиса у него не было. Женился на дѣвушкѣ 23 лѣтъ, крайне нервной и болѣзненной. Жена была беременна 12 разъ — 5 выкидышей, одни преждевременные роды и 6 доношенныхъ дѣтей, изъ коихъ 3 умерло и 3 живы. Выкидыши наступали безъ всякаго повода и видимой причины; живы ребята отъ 1-й, 5-й и 7-й беременности; изъ трехъ умершихъ ребятъ 1 мальчикъ погибъ 3 лѣтъ отъ скарлатины, второй, 3-хъ мѣсяцевъ — «отъ воспаленія кишекъ», третій, тоже маленький — отъ неукротимыхъ крѣвотеченій изъ прямой кишки. Изъ трехъ живыхъ дѣтей вполне здороваго нѣтъ ни одного: старшая дочь 17 лѣтъ съ дѣтства страдаетъ постоянными катаррами глотки, гортани, носа и отитами, а также проявленіями истеріи; мальчикъ 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лѣтъ страдаетъ хроническимъ laryngit'омъ, крайней нервною и недержаніемъ мочи; 4-лѣтняя дѣвочка тоже очень нервна и уже истерична.

Въ возрастѣ 35 лѣтъ больной началъ страдать желудкомъ: сначала появились отрыжка и чувство тяжести послѣ принятія пищи, затѣмъ къ этому присоединились боли, вздутіе и рвота тотчасъ послѣ пищи. Болѣзнь продолжалась около 2-хъ лѣтъ, лечение въ Эссенюкахъ и Kissingen'ѣ, а также промыванія желудка и строгій пищевой режимъ, назначенный проф. Захарьинымъ, опредѣлившимъ расширение желудка, пользы не принесли. Тогда больной обратился въ санаторію Laman'a, гдѣ были опредѣлены неврозъ и расширение желудка. По словамъ больного, подъ вліяніемъ леченія гимнастикой (?), массажемъ, шотландскимъ душемъ и общими воздушными и паровыми ваннами, при строгомъ вегетарианскомъ режимѣ, онъ совершенно выздоровѣлъ.

Два года тому назадъ появились сильныя боли и опухоль въ ограниченномъ мѣстѣ грудины, уступившія согрѣвающимъ компрессамъ.

Годъ тому назадъ появилась плотная, безболѣзненная опухоль на правой ключицѣ, исчезающая послѣ леченія грязями; за самое послѣднее время развилась такая же опухоль на лѣвой ключицѣ.

Колѣно заболѣло съ 1898 г., т. е. около 4-хъ лѣтъ тому назадъ. Сначала появилась опухоль въ верхнемъ концѣ tibiae и временами ноющая боли въ этой кости, что, однако, первое время не препятство-

вало больному ходить, нести службу и охотиться. Вскорѣ, однако, во время ходьбы больной сталъ вдругъ ощущать сильнѣйшую боль въ колѣнѣ, не позволявшую ему «ступить шага»; боль эта продолжалась недолго и, послѣ нѣсколькихъ осторожныхъ движеній, исчезала безслѣдно. Осенью 1901 г. опухоль съ *tibiae* распространилась на внутреннюю часть колѣннаго сустава и вскорѣ появилась надъ чашкой; боли въ это время стали постоянными и рѣзкими. Одновременно больной сталъ ощущать боли и въ тазобедренныхъ суставахъ и принужденъ былъ отказаться отъ верховой ѣзды и усиленной ходьбы. Опухоль еще увеличилась, боли тоже, конечность нѣсколько свело въ колѣнѣ, что еще болѣе стало препятствовать ходьбѣ. Больной обратился за совѣтомъ въ большой военный госпиталь; тамъ было диагностировано туберкулезное пораженіе колѣна, и больной, послѣ двукратнаго освидѣтельствованія во врачебныхъ комиссіяхъ, направленъ для леченія въ Саки. Однако той же весной ему пришлось отіратиться въ лагерный сборъ, гдѣ онъ несъ всю службу, но ѣздить верхомъ не могъ; ходилъ онъ въ это время съ палкой, порядочно хромая. Въ Сакахъ врачи, упомянувъ о возможности сифилитическаго пораженія, больше склонялись въ пользу туберкулеза; больной принялъ 37 рапныхъ ваннъ и 16 разъ подвергся массажу. Улучшеніе было незначительное, а  $t^0$  стала по вечерамъ повышаться (вѣроятно отъ массажа?), и больной обратился за помощью къ намъ въ клинику.

Больной небольшого роста (117 см.), слабаго, но правильнаго тѣлосложенія и плохого питанія. Общіе покровы блѣдные, дряблые; на щекахъ синевато-красныя пятна отъ мелкихъ расширенныхъ сосудовъ. Подкожно-жирный слой развитъ плохо (вѣсъ тѣла 2 п.  $34\frac{1}{2}$  ф.), мускулатура дряблая. Лимфатическія железы, кромѣ паховыхъ, немного увеличены. Въ общемъ больной представляется значительно истощеннымъ. Десны рыхлыя, слегка отечныя; зубы искусственные, кромѣ нижнихъ рѣзцовъ, которые сильно шатаются. Аппетитъ удовлетворительный; вялость кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Грудная клѣтка узкая, цилиндрическая. Органы дыханія и сердце нормальны. Пульсъ 64. Артеріи нѣсколько склерозированы, тоже, по видимому, и вены. Мочи 1400 въ сутки, она свѣтлая, прозрачная уд. вѣса 1010, реакціи кислой; бѣлка, сахара и осадка нѣтъ; индиканъ въ большомъ количествѣ. По словамъ больного, временами мочи бываетъ меньше и появляется довольно обильный красный осадокъ; тогда больной чувствуетъ себя хуже, появляются летучія боли въ суставахъ и мускулахъ. Нервная система уклоненій отъ нормы не представляетъ.  $T^0$  тѣла по утрамъ нормальна, по вечерамъ до  $38,5^0$ .

Правое колѣно увеличено въ объемъ, но неравномерно, контуры сглажены. Кожа вполне подвижна, въ ней расширенныя вены; мѣстная  $t^0$  въ области больного колѣна замѣтно повышена. Окружность черезъ середину *patellae* праваго колѣна 36 см., лѣваго 33, надъ чашкой—прав. 33, лѣв. 31; подъ чашкой—прав. 32, лѣв. 30 см. Суставная капсула неравномерно растянута экссудатомъ, особенно выступаетъ *recessus suprapatellaris*; при ощупываніи замѣтно неравномерное утолщеніе ея и мягкій хрустъ въ полости сустава. *Patella patans*. Ощупываніе сустава безболѣзненно, кромѣ одного участка на внутреннемъ мышцелкѣ *tibiae*, гдѣ при глубокомъ надавливаніи всегда ощущается тупая боль. Конечность нѣсколько сведена въ колѣнномъ суставѣ; движенія нѣсколько ограничены и болѣзненны; уголъ активнаго сгибанія  $92^0$ , пассивнаго  $90^0$ , активнаго и пассивнаго раз-



гибанія 168°. Боли, на которыя жалуется самъ больной, ощущаются имъ по всему правому колѣнному суставу, гдѣ-то «въ глубинѣ» сустава, ближе къ внутренней его части; боли эти часто распространяются вверху, до ягодичной области, но бываетъ и обратно — начинаются боли въ ягодичной области и послѣдовательно по ходу сѣдалищнаго нерва распространяются на колѣно. Боли бываютъ то днемъ, то ночью, почти постоянно при переменѣ погоды и тогда, когда увеличивается опухоль колѣна. Боли эти, даже очень сильныя, подъ вліяніемъ тепла обычно утихаютъ. Кромѣ того, временами у больного бываютъ припадки *ischias'a* въ той же больной конечности. Больной ходитъ съ палкой, сильно хромя, приче́мъ скоро утомляется и тогда ходить почти не можетъ.

На правой ключицѣ, въ ея наружной  $\frac{1}{3}$ , прощупываются небольшіе, неправильной формы остеофиты; на грудинномъ концѣ той же ключицы — опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, костной консистенціи, гладкая, безболѣзненная (старый періоститъ).

Діагнозъ. *Hydrops fibrinoso-villosus syphilit.* на почвѣ артритизма.

Леченіе. Назначенъ іодистый калий по 2,5 grо die; съ 6-го дня доза увеличена до 3,0 въ день; послѣ приѣма 27,0 грм. — явленія іодизма, вслѣдствіе чего перерывъ; черезъ 6 дней снова КJ по 2,5—3,0—4,0 въ день; всего больнымъ принято въ 46 дней 150,0. Кромѣ того съ 21-го дня ежедневныя сеансы леченія синимъ свѣтомъ, а съ 26-го — ежедневныя ванны въ 29° R. Всего больной лечился въ клиникѣ 46 дней.

Результатъ. На 3-й день леченія іодомъ t°, доходившая по вечерамъ до 38—38,5°, упала и еще три дня повышалась вечеромъ до 37,3°. Боли въ колѣнѣ и приступы *ischias'a* въ первое время еще продолжались, но, постепенно ослабѣвая, черезъ мѣсяць леченія совершенно исчезли. Опухоль колѣна тоже уменьшилась, приче́мъ при выпискѣ, на 47-й день, окружность колѣна черезъ средину *patellae* = 34 см. (на 2 см. меньше); экссудатъ почти весь всосался; осталось рѣзкое утолщеніе капсулы и увеличился хрустъ.

Особенно рѣзко и быстро стала увеличиваться, подъ вліяніемъ леченія, подвижность въ суставѣ: на 13-й день леченія отмѣчено: «уголъ сгибанія активно до 70°, пассивно—58° (вмѣсто 92° и 90°); разгибаніе почти полное»; на 22-й день активное сгибаніе до 57°, пассивное до 48°, разгибаніе полное; при выпискѣ, на 47-й день: «46° и 33°, — слѣдовательно увеличеніе на 46° и на 57°; больной ходитъ совершенно свободно, безъ палки и совершенно не хромя. Опухоль на стернальномъ концѣ ключицы тоже значительно уменьшилась».

Общее состояніе поправилось въ значительной степени: больной прибавился въ вѣсѣ на 10 $\frac{1}{2}$  фунт. Самочувствіе прекрасное.

Въ концѣ-концовъ осталась только нѣкоторая деформация колѣна и рѣзкій хрустъ въ немъ при движеніяхъ.

Однако, принимая во вниманіе артритическую почву у больного, я при выпискѣ посоветовалъ ему пить Vichy съ литіемъ, строго слѣдить за кишечникомъ и держаться антиартритическаго режима.

Черезъ мѣсяць я видѣлъ больного снова, онъ еще поправился и въ общемъ поздоровѣлъ; хрустъ въ колѣнѣ и припуханіе его значительно уменьшились; онъ уѣхалъ домой, вернулся на службу и вступилъ въ командованіе своей частью.

Черезъ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года больной еще разъ посѣтилъ меня; за это время онъ строго держался режима, который я ему предписалъ, и временами повторялъ курсъ леченія щелочными водами: хрустъ въ колѣнѣ исчезъ, подвижность и функціи конечности полныя; больной чувствуетъ себя, по его словамъ, «такъ хорошо, какъ никогда себя не чувствовалъ»; несетъ онъ службу строевого артиллерійскаго офицера, ѣздитъ верхомъ и много ходитъ, совершенно свободно продѣлалъ лагерный сборъ и маневры.

Описанный случай, какъ я уже упомянулъ, къ сожалѣнію, только отчасти иллюстрируетъ сказанное мною выше о сочетаніяхъ сифилиса съ атипической подагрой и артритизмомъ, но я тѣмъ не менѣе привожу его потому, что не располагаю сейчасъ другими, болѣе выпуклыми въ клиническомъ отношеніи наблюденіями и потому, что онъ не лишень значительнаго интереса, какъ случай атипическаго артрита, въ которомъ только самое тщательное обсужденіе картины болѣзни дало возможность установить діагнозъ, а этимъ—получить и желательный терапевтическій успѣхъ.

Интересенъ случай этотъ уже и потому, что двѣ врачебныя комиссіи, по словамъ больного, признали у него туберкулезное пораженіе колѣна, а лечившіе его врачи пользы ему не принесли, между тѣмъ діагнозъ и предсказаніе именно для этого больного имѣли особенно важное значеніе, такъ какъ признаніе туберкулеза было равносильно признанію его, офицера, неспособнымъ къ службѣ, во всякомъ случаѣ—къ службѣ строевой, а это поставило бы его въ крайне тяжелыя матеріальныя условія, лишая его—отца семейства—всякихъ средствъ къ жизни. Въ виду сказаннаго больной обратился въ клинику, ожидая отъ нея рѣшенія своей участи. Долженъ отмѣтить, что, дѣйствительно, при первомъ поверхностномъ осмотрѣ больного колѣна получалось впечатлѣніе туберкулезной водянки сустава, переходящей въ фунгозную форму, въ *tumor albus*. Однако впечатлѣніе это разсѣивалось по мѣрѣ того, какъ мы болѣе и болѣе вдумывались въ имѣвшуюся передъ нами клиническую картину болѣзни. Прежде всего при изслѣдованіи колѣна обращали на себя вниманіе сравнительно малая болѣзненность въ суставѣ и достаточно сохранившіяся функціи конечности—болѣлъ колѣномъ около 4 лѣтъ, а все же могъ ходить безъ костылей, хотя и хромя, что, конечно, не говорило въ пользу туберкулеза четырехлѣтней давности. То-же сомнѣніе относительно туберкулеза вызывали и рассказы больного о теченіи болѣзни: заболѣло колѣно въ 1898 г., но до 1901 г. позволяло больному охотиться и нести военную службу; судя по описанію больного, тогда имѣлся незначительный хроническій серозный синовитъ съ явленіями ущемленія между суставными хрящами разросшихся ворсинъ или припухшей складки синовиальной, либо небольшого посторонняго тѣла (*mus articularis*); лишь за послѣдній годъ появилась рѣзкая опухоль колѣна, почти постоянныя боли, легкая контрактура и невозможность ходить. Все это не похоже было на *gonitis tuberculosa*. Послѣ леченія массажемъ появились вечернія повышенія температуры, съ которыми

больной прибылъ и въ клинику. Этотъ симптомъ былъ подозрителенъ, но и только—придавать ему большое значеніе не было основанія.

Приходилось, далѣе, думать о сифилисѣ. Объективно мы имѣли передъ собой только *hydrops fibrinosus*, вѣроятно, съ разрощеніями ворсинъ, неравнобѣрнымъ утолщеніемъ и растяженіемъ капсулы эксудатомъ, можетъ быть—остеоперіоститъ внутренняго мышелка. Эта картина, при малой болѣзненности и маломъ нарушеніи функцій, соответствовала, правда, сифилитическому артриту, но ночныхъ болей никогда не было, и больной, вполне заслуживающій довѣрія, очень разумно относившійся къ своей болѣзни, пожилой человѣкъ, упорно отрицалъ, что когда-либо болѣлъ сифилисомъ. Для наследственной формы не подходящъ былъ возрастъ нашего больного. Правда, у больного въ молодости была язва, но лечившіе врачи признали ее мягкой, и этому соответствовалъ рассказъ о вскрытомъ бубонѣ. Симптомовъ вторичнаго сифилиса въ анамнезѣ уловить тоже не удавалось. Жена больного была беременна 12 разъ, причемъ имѣла 5 выкидышей и одни преждевременные роды, но выкидыши эти чередовались съ родами, отъ которыхъ трое дѣтей живы и безъ всякихъ признаковъ наследственнаго *lues'a*; выкидыши эти несомнѣнно были подозрительны, но этого было недостаточно для признанія у отца сифилиса. За послѣдній говорили только, помимо артрита, два старыхъ періостита на ключицѣ.

Объяснить связь даннаго артрита съ какимъ-либо острымъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ не было основанія: гоноррею больной перенесъ 27 лѣтъ тому назадъ и много лѣтъ былъ совершенно въ этомъ отношеніи здоровъ. О какой-либо формѣ «хроническаго ревматизма» я, конечно, и думать не могъ, потому что ни одна изъ нихъ не даетъ такой водянки сустава.

Нельзя было не обратить вниманія въ біографіи и анамнезѣ больного на несомнѣнно имѣвшійся у него наследственный артритизмъ. На это указывали рассказы его объ отцѣ и дѣдѣ, бывшая у него тяжелая желудочно-кишечная болѣзнь, уступившая лишь леченію гимнастикой и гидро- и аеротерапіи при вегетаріанскомъ режимѣ, наблюдавшіеся у него осадки уратовъ въ мочѣ при боляхъ въ мышцахъ и суставахъ и, наконецъ, весь его *habitus*, включая сюда и ясную склонность къ флебо-склерозу.

Однако нельзя было, конечно, возложить всю вину за водянку колѣна, на артритизмъ—мы знаемъ, что у артритиковъ бываютъ серозные синовиты въ суставахъ, наиболѣе подвергающихся раздраженіямъ, но къ очень рѣзко выраженнымъ водянкамъ суставовъ эти синовиты сами по себѣ никогда не приводятъ.

Такимъ образомъ, путемъ исключенія я принужденъ былъ остановиться на распознаваніи—сифилитическая ворсинчато-фибринозная водянка колѣна на почвѣ артритизма.

Объяснялъ я себѣ этотъ случай такъ:

Больной нашъ несомнѣнный артритикъ и, повидимому, сифилитикъ; подъ вліяніемъ постояннаго раздраженія колѣнныхъ суставовъ усиленной, утомительной ходьбой на охотѣ, наряду съ одновременнымъ раздраженіемъ суставовъ нижнихъ конечностей рѣзкими измѣненіями температуры и дѣйствіемъ влаги при низкой  $t^0$ , въ одномъ изъ колѣнныхъ суставовъ развился синовитъ аутоинтоксикаціоннаго происхожденія (атипическая подагра); синовитъ этотъ повелъ къ припуханію складокъ синовиальной и разрошенію ворсинъ; эти послѣднія, ущемляясь постоянно, служили причиною новыхъ раздраженій въ суставѣ, представившемъ собою *locus minoris resistentiae* въ организмѣ сифилитика; отсюда—гуммозный процессъ въ суставѣ, поддерживаемый легкими артритическими припадками.

Какъ мы видѣли, энергичное специфическое леченіе сразу дало эффектъ и, поистинѣ, блестящій результатъ. Обращаю вниманіе ваше на удивительно благотворное вліяніе здѣсь іода,—какъ и во многихъ другихъ случаяхъ,—на общее состояніе больного при быстромъ улучшеніи мѣстнаго процесса: больной въ 6 недѣль прибылъ въ вѣсъ на 10 ф. и опять-таки «расцвѣлъ». Однако при выпискѣ я назначилъ ему антиартритическіе режимъ и леченіе, памятуя о почвѣ. Въ результатѣ, черезъ мѣсяць по окончаніи антисифилитическаго леченія, больной, подъ вліяніемъ только режима и воды *Vichy* съ литіемъ, еще поправился и чувствовалъ себя какъ бы возрожденнымъ. Черезъ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года, при томъ же режимѣ и періодическомъ леченіи щелочами, бывшій неизлечимый больной могъ быть признанъ—какой угодно комиссіей абсолютно здоровымъ и вполне работоспособнымъ офицеромъ, начальникомъ строевой части. Знаю, что многіе врачи, воспитанные больше въ атмосферѣ лабораторіи, чѣмъ въ атмосферѣ больничной палаты, ищущіе разгадки клиники только въ химіи, гистологіи, бактериологіи и экспериментѣ, скажутъ мнѣ много разъ слышанную мною фразу: «а все же мы не можемъ признать въ этомъ случаѣ комбинированной формы сифилиса съ «туманнымъ» артритизмомъ,—мы не видимъ для этого достаточно научныхъ доказательствъ...»; знаю это и могу отвѣтить только одно: больному нуженъ результатъ, а какимъ путемъ онъ достигается, ему все равно... Спросите этого больного, чему онъ больше вѣритъ, діагнозу и леченію въ нашей клиникѣ или тѣмъ, кои предсказали ему почти неизлечимую болѣзнь, увѣче, скорби и тревоги за будущее его семьи, кому онъ больше благодаренъ?...

Какъ далеко бы ни ушла наша наука, безъ клиническаго анализа наблюденій нѣтъ искусства врачевать, ибо успѣха въ нашемъ дѣлѣ можно только ожидать отъ сочетанія знаній, умѣнья наблюдать и оцѣнки сдѣланныхъ наблюденій...

## Лекція XIV.

Мм. Гг.

Сегодня,—передъ тѣмъ, чтобы излагать вамъ исторію болѣзней двухъ больныхъ съ очень интересными пораженіями суставовъ, въ происхожденіи которыхъ не послѣднюю роль приходилось приписать сифилису,—я долженъ прежде всего познакомить васъ въ самыхъ краткихъ чертахъ съ настоящимъ положеніемъ вопроса о значеніи щитовидной железы въ этиологіи нѣкоторыхъ хроническихъ артритовъ.

Очень недавно, нѣсколько лѣтъ тому назадъ, нѣкоторые бельгійскіе и французскіе авторы (Thibierge, Hertoghe, Claisse, Lancesreaux и Paulesco, Levi и Rotschild, Viala и друг.), описывая легкія, скрытыя формы микседемы (formes frustes), указали коротко, что въ числѣ разныхъ проявленій этой микседемы, этого доброкачественнаго гипотиреозидизма, между прочимъ встрѣчается и своеобразное пораженіе суставовъ, очень похожее на такъ назыв. «хроническіе ревматизмы». Kocher, говоря на München'скомъ съѣздѣ терапевтовъ (1906 г.) о послѣдствіяхъ недостаточности щитовидной железы, назвалъ аналогичныя вышеприведеннымъ формамъ микседемы, мало выраженыя разновидности cachexiae thyreoprivae—«thyreoprive Aequivalente» и въ числѣ этихъ послѣднихъ упомянулъ о полиартритахъ, уступающихъ леченію препаратами щитовидной железы. Въ концѣ 1908 г., во Франціи же, появилась диссертация Р. Ménard'a (jun.), озаглавленная «Origine thyreoidienne du rhumatisme chronique et déformant». Авторъ этотъ приводитъ рядъ относящихся сюда наблюденій, частью своихъ, частью взятыхъ изъ литературы, но очень поверхностно и плохо описанныхъ, и въ сущности ничего новаго не даетъ; интересно только отмѣтить, что онъ, какъ и его предшественники, объясняетъ происхожденіе описываемыхъ имъ полиартритовъ гипотиреозидизмомъ, вида, слѣдовательно, всю бѣду въ недостаточной, въ количественномъ отношеніи, функціи gl. thyreoidae. Въ 1906 г., не будучи еще знакомъ съ вышеприведенными указаніями французскихъ авторовъ, я совершенно самостоятельно поставилъ у одной больной діагнозъ тиреогеннаго полиартрита и въ теченіе 1½ года почти совершенно вылечилъ ее тиреоидиномъ. Въ 1907/8 учебномъ году я имѣлъ случай сдѣлать у насъ въ клиникѣ другое наблюденіе, а именно—мнѣ удалось достигъ значительнаго улучшенія полиартрита у одной женщины при помощи частичной струмектоміи. Основываясь на этихъ двухъ случаяхъ и на цѣломъ рядѣ дру-

гихъ, подходящихъ наблюденіяхъ, я въ 1908 г. описалъ новую болѣзнь суставовъ, какъ одну изъ формъ такъ назыв. «хроническаго суставнаго ревматизма», которую и позволилъ себѣ назвать «polyarthritis progressiva thyreotoxica».

Въ этой своей работѣ, не отрицая возможности заболѣванія суставовъ подѣ влияніемъ гипотиреозидизма или гипотиреоза, т. е. недостаточности функціи щитовидной железы, я указалъ тогда же, что, по моимъ наблюденіямъ, чистый гипотиреозидизмъ при болѣзняхъ и перерожденіяхъ щитовидной железы встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ это склонны думать многіе; не такъ уже часто встрѣчается и противоположное—чистый гипертиреозидизмъ, т. е. гиперфункція железы въ количественномъ-же отношеніи; въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы встрѣчаемся съ дистиреозидизмомъ, т. е. съ болѣзненно измѣненной секретіей *thyreoideae* въ качественномъ отношеніи, причѣмъ къ клинической картинѣ этого дистиреозидизма примѣшиваются то явленія гипотиреозидизма, то явленія гипертиреозидизма.

Пораженіе суставовъ, по-моему, чаще всего наблюдается при дистиреозидизмѣ (*thyreotoxische Aequivalente Kocher'a*), поэтому понятно крайне различное отношеніе такихъ больныхъ даже къ самымъ малымъ дозамъ тиреоидина. Ядъ, отравляющій организмъ при дистиреозидизмѣ, образуется, повидимому, въ самой больной железнѣ, о чемъ я сужу по эффекту, полученному мною при полиартритѣ, отъ удаленія струмозно перерожденной доли железы <sup>1)</sup>. Ядъ этотъ, по моимъ соображеніямъ, вліяетъ на суставы чрезъ посредство отравленной нервной системы, центральной (спинной мозгъ) и периферической (нервы суставовъ), которая, неправильно функціонируя, вызываетъ въ суставахъ (вѣроятно чрезъ посредство сосудовъ) «трофическія» или, если хотите, нутритивныя измѣненія, отсюда—громадное сходство этихъ заболѣваній суставовъ съ невропатическими и цѣлый симптомокомплексъ со стороны нервной системы, обычно сопутствующій этимъ полиартритамъ.

Перерожденія въ щитовидной железнѣ, не пораженной зобомъ *sensu strictu*, т. е. видимо не увеличенной, я объяснялъ себѣ, на основаніи работъ de Quervain'a, Милевскаго и др., измѣненіями въ ея строеніи подѣ влияніемъ такъ часто поражающихъ человѣчество острыхъ и хроническихъ заразныхъ болѣзней, и тамъ-же описалъ три случая деформирующаго полиартрита, развившагося у ребятъ вскорѣ послѣ перенесенной скарлатины.

Что касается сифилиса, то я тогда же попытался выяснитъ вліяніе его на щитовидную железу, но почти ничего не нашелъ по этому вопросу въ литературѣ. Узналъ я только, что во вторичномъ періодѣ сифилиса,

<sup>1)</sup> Послѣ опубликованія сказанной работы моей я имѣлъ другой случай, демонстрированный мною Пироговскому Хирургическому Обществу весной 1909 г., гдѣ отъ частичной струмактоміи получило поразительное улучшеніе полиартрита.

незначительное увеличеніе и раздраженіе щитовидной железы наблюдается очень часто, но какія отъ этого въ железѣ остаются послѣдствія—намъ пока неизвѣстно. Описаны и отдѣльные случаи гуммозныхъ перерожденій въ железѣ (Поспѣловъ, Bruns, Demme и друг.) или, вѣрнѣе, гуммозные зобы, но существуютъ-ли въ гуммозномъ періодѣ сифилиса измѣненія въ щитовидной железѣ, не видимыя глазомъ, и способны-ли они, эти измѣненія, вести къ нарушенію функцій железы—тоже неизвѣстно. Я лично не сомнѣваюсь, что такого рода измѣненія и перерожденія въ щитовидной железѣ подъ вліяніемъ сифилиса, какъ это уже доказано для туберкулеза, дѣйствительно должны существовать, что я и постараюсь отчасти подтвердить клиническими наблюденіями. Начатія у меня въ клиникѣ въ этомъ направленіи изслѣдованія еще далеко не закончены, и я пока о какихъ-либо результатахъ этихъ работъ ничего сказать не могу.

Со времени опубликованія моей статьи о тиреотоксическомъ полиартритѣ прошло уже болѣе 2 лѣтъ и, я долженъ сказать, мой взглядъ въ общемъ на эти пораженія суставовъ почти не измѣнился. Дальнѣйшія, довольно многочисленныя наблюденія мои въ этой области повліяли на меня только въ двухъ направленіяхъ:

Во 1-хъ, я болѣе и болѣе убѣждаюсь, что тиреотоксическій полиартритъ дѣйствительно только одна изъ формъ той большой группы заболѣваній суставовъ, которую мы привыкли называть гуртомъ «хроническимъ ревматизмомъ»; я думаю теперь, что немалую роль играютъ въ этиологіи артритовъ, кромѣ щитовидной, и другія железы съ внутренней секреціей, т. е. органы, о функціи которыхъ мы до сихъ поръ такъ мало знаемъ; я имѣю въ виду *glandulae parathyreoideae*, *thymus*, *hypophysis*, надпочечники, половыя железы, вѣроятно молочныя железы у женщинъ, а можетъ быть не безъ участія въ регулированіи обмѣна веществъ остается и предстательная железа у мужчинъ.

Во 2-хъ, опытъ показалъ мнѣ, что среди всей группы хроническихъ полиартритовъ, именуемыхъ «ревматическими», чаще всего встрѣчаются случаи комбинированные, т. е. такіе, гдѣ въ основѣ заболѣванія суставовъ имѣется не одинъ этиологическій моментъ, а два или нѣсколько; чистые случаи тиреотоксического полиартрита, особенно съ превалированіемъ гипотиреозидизма, гдѣ, слѣдовательно, можно ожидать хорошихъ результатовъ отъ леченія однимъ тиреоидномъ, встрѣчаются рѣже, чѣмъ я предполагалъ прежде; чаще всего *polyarthritis thyreotoxica* комбинируется съ атипической подагрой и артритизмомъ, затѣмъ—съ хроническимъ инфекціоннымъ ревматизмомъ, съ гонорройными артритами и сифилисомъ; наконецъ, очень нерѣдки случаи, гдѣ вліяніе на суставы щитовидной железы бесспорно, а другихъ этиологическихъ моментовъ опредѣлить не удастся; въ такихъ случаяхъ понятно, что терапия наша можетъ оказаться нерациональной и безуспѣшной, такъ какъ при такихъ условіяхъ она часто вліяетъ не на болѣзнь, а только на отдѣль-

ные ея симптомы. Перехожу къ исторіямъ болѣзней и клиническому разбору ихъ.

(32) Ц. Г., 29 лѣтъ, поступила въ клинику 10/xi 1908 г., жалуясь на неподвижность позвоночника и колѣнныхъ суставовъ, на тугоподвижность суставовъ верхнихъ конечностей, на обезображиваніе пальцевъ и рукъ, на полную невозможность передвигаться, сидѣть и обходиться безъ посторонней помощи.

Больная—портниха, уроженка г. Полоцка, гдѣ жила до 20 лѣтъ; затѣмъ 4 года прожила въ Рѣжицѣ, и послѣднія 5 лѣтъ, какъ потомъ оказалось, живетъ въ Петербургѣ.

Происходитъ больная изъ очень бѣдной еврейской семьи; училась въ «модной мастерской» и съ тѣхъ поръ занимается шитьемъ. Условія жизни были всегда очень тяжелыя; жила плохо и скудно питалась. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ; не курить. Родители больной живы: отцу 60 лѣтъ, въ общемъ онъ здоровъ; матери 50 лѣтъ, она болѣзненная и нервная женщина. Въ семьѣ было 9 дѣтей, изъ коихъ умеръ одинъ ребенокъ въ раннемъ дѣтствѣ; остальные здоровы. Зоба ни у кого въ семьѣ не было. Менструировать больная начала 6 лѣтъ; регулы были всегда правильны, болѣе не вызывали, но всегда были скудны. Замужъ вышла 20 лѣтъ; было 3 беременности и столько же родовъ, послѣдніе—2 года тому назадъ; выкидышей и женскихъ болѣзней, по увѣреніямъ больной, не было.

Двое старшихъ ребятъ, 8 и 5 лѣтъ, здоровы, младшій умеръ одного года отъ дифтерита. Мужъ больной на 5 лѣтъ старше, на видъ болѣзненный, хилый человекъ. Изъ болѣзней она перенесла только, въ возрастѣ 13 лѣтъ, брюшной тифъ.

Настоящая болѣзнь началась зимой 1907 г., т. е. приблизительно за годъ до поступленія въ клинику: при знобѣ и высокой  $t^0$  у больной появились боли и припухлость почти одновременно въ области одной пятки, голеностопныхъ, колѣнныхъ, локтевыхъ, плечевыхъ суставовъ и въ мелкихъ суставахъ рукъ; острыхъ воспалительныхъ явленій въ наружныхъ покровахъ заболѣвшихъ суставовъ не было, и только въ области колѣнныхъ суставовъ было покраснѣніе кожи. Повышенная  $t^0$  держалась около мѣсяца; припухлость и болѣзненность въ суставахъ постепенно уменьшились, функціи суставовъ нѣсколько улучшились, но далеко не возстановились, и постепенно развилась та картина болѣзни, съ которой больная поступила въ клинику.

Чѣмъ и какъ лечилась больная, она передать не можетъ. Здѣсь слѣдуетъ отмѣтить, что собрать у этой больной анамнезъ было крайне трудно, хотя она отлично понимаетъ по-русски, въ общемъ достаточно развитая и неглупая женщина: рассказы ея были крайне сбивчивы, при повторныхъ вопросахъ не всегда одинаковы и разнорѣчивы; нельзя было незамѣтить, что она будто что-то не договариваетъ и что-то желаетъ скрыть; на это обстоятельство ея палатный ординаторъ нѣсколько разъ усиленно обращалъ мое вниманіе.

Больная средняго роста, очень блѣдная, малокровная, довольно худая и истощенная женщина (вѣсъ тѣла 2 п. 38 ф.) Кожа чистая, не отечная, безъ рубцовъ, только на лбу и щекахъ пигментированные пятна. Мускулатура очень дряблая, мѣстами атрофированная. Лимфатическія железы не увеличены. Внутренніе органы и нервная система отступленій отъ нормы не представляютъ. Щитовидныя железы не прощупываются.  $T^0$  нормальная; пульсъ 92. Мочи 1000 въ



сутки, прозрачная, удѣльнаго вѣса 1015, слабокислой реакціи, бѣлка, сахара и осадковъ нѣтъ. Психика нѣсколько угнетенная, что объясняется тяжелымъ положеніемъ больной отъ полной безпомощности; общая слабость, холодныя конечности и наклонность къ потливости, особенно ладоней.

При изслѣдованіи конечностей прежде всего бросаются въ глаза измѣненія въ кистяхъ рукъ и пальцахъ: ручныя кисти находятся въ положеніи отведенія въ сторону *ulnae*, въ формѣ плавниковъ; въ области лучезапястныхъ суставовъ периартикулярныя инфильтраціи, нѣсколько ограниченная подвижность и рѣзкій хрустъ; пальцы значительно искривлены вслѣдствіе деформации въ межфаланговыхъ суставахъ, особенно въ первыхъ, о чемъ легко судить по прилагаемой рентгенограммѣ; движенія въ пальцахъ тоже ограничены, неловки и вызываютъ крепитацию; мускулатура предплечій и кистей рукъ атрофирована, на предплечьяхъ *hypertrichosis*; мелкія движенія пальцами совершенно невозможны. (См. рис. 30 а).

Локтевыя суставы въ полусогнутомъ положеніи, очертанія ихъ сглажены, прощупывается утолщеніе капсулы и легкая крепитация (ворсинчатыя разрозненія); активно и пассивно:

	Сгибаніе	Разгибаніе	Размахъ.
въ правомъ локтевомъ суставѣ	до угла 48°	до угла 118°	70°
въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ.	« » 50°	« » 116°	66°

Въ плечевыхъ суставахъ очертанія не измѣнены, но движенія сильно ограничены и сопровождаются сильнымъ хрустомъ; особенно затруднено отведеніе, поднимать верхнія конечности почти не можетъ; мускулатура тоже дряблая и атрофированная. Больная руками ничего дѣлать не можетъ, встать съ очень большимъ трудомъ: если ее посадить и положить правую конечность на столъ, то она съ трудомъ удерживаетъ ложку и, чтобы достигъ рта, должна сильно согнуть шею.

На обѣихъ стопахъ *pedes plani* (несомнѣнно вслѣдствіе атрофій мускулатуры голеней) и очень рѣзко выраженные *halluces valgi* съ деформацией головокъ первыхъ плюсневыхъ костей, хотя во время остраго періода болѣзни суставы эти не были поражены. Голено-стопныя суставы свободны. Кожа на нижнихъ конечностяхъ, особенно въ двухъ верхнихъ третяхъ голеней и въ области колѣнъ, истончена и блеститъ.

Колѣнные суставы согнуты подъ угломъ въ 152°; *genua vulga*, — на правой конечности подъ угломъ 155°; на лѣвой 152°; очертанія колѣнныхъ суставовъ сглажены такъ, что оба колѣна представляются шаровидной формы, бѣзъ нормальныхъ выступовъ и углубленій; на лѣвомъ колѣнѣ *patella* совершенно неподвижна, на правомъ очень малоподвижна; суставная капсула утолщена, экссудата нѣтъ. Подвижность въ лѣвомъ колѣнѣ=0, хотя костной спайки нѣтъ; на правомъ колѣнѣ сгибаніе минимальное, не поддающееся измѣренію. На внутреннихъ поверхностяхъ обѣихъ бедренныхъ костей ясныя утолщенія. Мускулатура бедеръ одинаково атрофирована.

Нижнія конечности нѣсколько приведены въ тазобедренныхъ суставахъ, какъ бы связаны, подвижность въ этихъ суставахъ тоже

Рис. 30 а. Polyarthritіs chron. progressiva thyreotoxіca у сифілітичкн вв гуммозномь періодѣ. (Собств. наблюденіе).



нѣсколько ограничена. Больная ходить совершенно не можетъ, стоять можетъ съ большимъ трудомъ.

Позвоночникъ объективно никакихъ измѣненій не представляетъ, но подвижность въ немъ, особенно въ нижней половинѣ его, очень ограничена, какъ въ смыслѣ сгибанія и разгибанія, такъ и въ смыслѣ ротации; отъ продолжительнаго лежанія физиологической лордозъ исчезъ; вслѣдствіе такого состоянія позвоночника и уменьшенной и затрудненной подвижности въ тазобедренныхъ суставахъ, больная сама садиться не можетъ, и если ее посадить, то сидитъ она съ большимъ трудомъ, причемъ посадить ее можно только на край кровати или на кресло, приладивъ подставку подъ несгибающіяся въ колѣнахъ нижнія конечности.

Подвижность въ суставахъ нижней челюсти тоже уменьшена; жевать трудно.

Боли въ пораженныхъ суставахъ больная ощущаетъ только при попыткахъ къ болѣе энергичнымъ пассивнымъ движеніямъ.

Положеніе больной очень тяжелое, такъ какъ даже въ кровати или креслѣ она совершенно беспомощна и безъ посторонней помощи совершенно обходиться не можетъ.

Діагнозъ. *Polyarthritis rheumatica chron. infectiosa*, можетъ быть въ сочетаніи съ *polyarthritis progressiva thyreotoxica* вслѣдствіе перерожденій въ щитовидной железнѣ.

Теченіе болѣзни и леченіе. Въ виду изложеннаго діагноза больная оставлена подъ наблюденіемъ и на 5-й день, въ качествѣ пробнаго леченія, ей назначено *thyreodini* 0,1, два раза въ день.

Черезъ три дня пульсъ сталъ повышаться и еще черезъ два дня дошелъ до 118 при субъективныхъ ощущеніяхъ сердцебіенія и жалобахъ на тревожный сонъ, поэтому доза уменьшена до 0,05, два раза въ день; послѣ этого пульсъ тотчасъ упалъ до 84—90, самочувствіе улучшилось, но сонъ оставался плохимъ и доза тиреоидина уменьшена до 0,05 *pro die*. Затѣмъ 12 дней леченія тиреоидиномъ. Въ подвижности суставовъ никакой перемѣны не произошло, но боли при попыткахъ къ движеніямъ нѣсколько уменьшились, больная стала бодрѣе и сильнѣе, легче ворочается въ кровати.

За это же время выяснилось, что по ночамъ суставы болятъ и при покойномъ положеніи; особенно сильны бываютъ ноющія боли въ колѣнныхъ суставахъ и нижнихъ концахъ бедренныхъ костей, о чемъ больная почему-то сначала не говорила; боли эти безспорно напоминаютъ специфическія *dolores nocturni osteocopi*. Хотя у насъ не было рѣшительно никакихъ указаній на *lues*, мы все же, принимая во вниманіе эти боли и утолщенія нижнихъ концовъ бедренныхъ костей, назначили на 16 день пребыванія больной въ клиникѣ іодистый калий, по 2,0 *grm.* въ день, продолжая и тиреоидинъ по 0,05 *pro die*. Іодъ переносился хорошо, поэтому черезъ пять дней доза повышена до 3,0 *pro die*.

На 20-й день леченія тиреоидиномъ и на 8-й съ назначеніемъ іода въ исторіи болѣзни отмѣчено: «Общее состояніе лучше; въ вѣсѣ прибавилась на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунта; спать хорошо; ночью болей въ костяхъ почти не бываетъ». Пульсъ снова повысился, поэтому тиреоидинъ на нѣсколько дней оставленъ, а іодистаго калия назначено 4,0 *grm pro die*.

На 22-й день леченія: «улучшенія со стороны колѣнныхъ и локтевыхъ суставовъ не замѣтно; движенія въ плечевыхъ суставахъ

и туловищѣ гораздо свободнѣе; больная садится сама въ кровати».

На 27-й день назначены ежедневныя суховоздушныя ванны въ постели и сдѣлана кожная прививка туберкулина, давшая слабую реакцію.

Такое леченіе, т. е. ежедневныя суховоздушныя ванны, thyreoidini 0,05 (и то и другое съ перерывами при подъемѣ пульса), іодистый калий до 7,5 grm. pro die—почти безъ промежутковъ, продолжалось и дальше, всего въ теченіе 116 дней.

На 50-й день: «больная ходитъ на костыляхъ. Подвижность во всѣхъ суставахъ значительно увеличилась; ротъ раскрываетъ и жуетъ хорошо». Ночныхъ болей нѣтъ совершенно.

На 55-й день: сама причесывается, одѣвается и застегиваетъ пуговицы; свободно ходитъ на костыляхъ. «Обѣдаетъ за общимъ столомъ».

Результатъ послѣ 120 дней пребыванія въ клиникѣ и 116 дней леченія съ неизбѣжными перерывами:

Положеніе кистей рукъ значительно улучшилось, мелкія движенія пальцами настолько возможны, что больная можетъ дѣлать все для себя нужное и удерживать довольно тяжелые предметы, что было невозможно; подвижность въ лучезапястныхъ, плечевыхъ и тазобедренныхъ суставахъ почти нормальна, во всякомъ случаѣ вполне достаточно. Подвижности въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ совершенно нѣтъ. Движенія активныя и пассивныя въ локтевыхъ и правомъ колѣнномъ суставѣ улучшились.

	До леченія			Послѣ леченія.			Объемъ движеній больше на
	сгибаніе.	разгибаніе.	размахъ.	сгибаніе.	разгибаніе.	размахъ.	
въ правомъ локтев. . .	48°	118°	70°	43°	132°	89°	+19°
въ лѣвомъ локтев. . .	50°	116°	66°	43°	131°	88°	+22°
въ прав. колѣнном. . .	0	0	0	152°	171°	19°	+19°

Открываетъ ротъ и жуетъ свободно. На костыляхъ ходитъ свободно, сидитъ свободно, мѣшаетъ при этомъ только несгибающееся совершенно лѣвое колѣно. Болей никакихъ нѣтъ.

Habitus больной отличный, на видъ—это цвѣтущаго здоровья женщина. Въ вѣсѣ прибывла на 24 фунта.

Конечно, Мм. Гг., полученный нами у данной больной результатъ хорошъ только относительно, такъ какъ калѣжкой она все же осталась, но, принимая во вниманіе, что принесли ее на носилкахъ, что лежала она недвижимой, «какъ пластъ», а черезъ 4 мѣсяца ушла сама, а также, что обычно наша терапія въ подобныхъ случаяхъ при болѣзненной обстановкѣ бываетъ совершенно безсильна, я нахожу, что и этотъ результатъ долженъ быть признанъ не только хорошимъ, но и блестящимъ. Если мы и не вернули этой больной работоспособности, то все же дали ей возможность обходиться въ ея домашнемъ обиходѣ безъ посторонней помощи, а при матеріальныхъ средствахъ ея мужа и это уже очень и очень много. Но и не въ этомъ я вижу интересъ этого случая, тѣмъ болѣе, что имѣй больная средства продолжать леченіе и восполь-

зоваться всѣми терапевтическими средствами, которыя теперь въ нашемъ распоряженіи, она безспорно могла бы поправиться еще настолько, что, какъ модистка и мать семейства, стала бы и работоспособной. Заинтересовала меня этотъ случай въ другомъ отношеніи, онъ ясно показываетъ, по-моему, какъ важно умѣть разбираться въ такихъ темныхъ случаяхъ и умѣть подходить къ выясненію характера такой болѣзни въ этиологическомъ отношеніи, такъ какъ, вѣдь, справедливо говорить Chauffard: «Toute la thérapeutique est dans l'étiologie». Съ этой-то точки зрѣнія я и попытаюсь анализировать данный случай.

Выслушавъ анамнезъ больной, я долженъ былъ, конечно, признать, что она перенесла за годъ до поступленія къ намъ въ клинику острый инфекціонный ревматизмъ суставовъ (*polyarthritis rheumatica infectiosa acuta*) и что передъ нами прежде всего остатки, послѣдствія этой болѣзни, т. е. то, что мы называемъ хроническимъ инфекціоннымъ ревматизмомъ суставовъ. Однако, вмѣстѣ съ тѣмъ, я долженъ былъ отмѣтить нѣкоторые симптомы, не характерные, по моимъ наблюденіямъ, для такого затянувшагося инфекціоннаго ревматизма, а, напротивъ, указывающіе на невропатическое, т. е., по-моему, аутоинтоксикаціонное заболѣваніе скелета и мускулатуры; симптомы эти слѣдующіе:

1) Типичное положеніе рукъ, несомнѣнно какъ послѣдствіе неврогенной атрофіи отдѣльныхъ мышечныхъ группъ предплечій.

2) Деформація эпифизовъ пястныхъ костей и фалангъ, очень быстро развившаяся—явленіе, болѣе свойственное той группѣ невропатическихъ, по-моему, полиартритовъ, которые Hoffa и Wollenberg назвали *polyarthritis chronica progressiva primitiva s. destruens*, и изъ которыхъ я выдѣлилъ особую форму, названную мною *polyarthritis progressiva thyreotoxica* (чему соотвѣтствовали и рентгеноскопическія картины).

3) *Halluces valgi* и деформація суставныхъ концовъ костей плюснефаланговыхъ суставовъ большихъ пальцевъ, т. е. суставовъ, которые не были поражены острымъ инфекціоннымъ ревматизмомъ.

4) *Pedes plani*, образовавшіеся во время лежанія больной.

5) Трофическія измѣненія въ кожѣ нижнихъ конечностей, *hyperhidrosis* ладоней и *hypertrichosis* предплечій.

6) Контрактура мышцъ, приводящихъ бедра, и рѣзкая тугоподвижность позвоночника міогеннаго, гесп. неврогеннаго происхожденія.

Вотъ тотъ симптомокомплексъ, который по причинамъ, понятнымъ каждому, знакомому съ моими взглядами на патогенезъ нѣкоторыхъ невропатическихъ полиартритовъ вообще и тиреотоксическихъ въ частности, вотъ тотъ симптомокомплексъ, говорю я, который заставилъ меня допустить въ этомъ случаѣ возможность сочетанія мѣстныхъ остатковъ (*residua*) остраго инфекціоннаго полиартрита съ послѣдствіями вліянія на суставы дистереонидизма, причѣмъ этотъ послѣдній, въ свою очередь, могъ быть результатомъ перерожденій въ щитовидной железнѣ, вызванныхъ той же инфекціей, которая послужила причиной и остраго

инфекціоннаго полиартрита, вѣроятно—тѣмъ же стрептомикозомъ (возможность признанная цѣлымъ рядомъ изслѣдованій). Отсюда моя попытка—при не вполне выясненномъ діагнозѣ испытать сначала дѣйствіе тиреоидина.

Вы съ полнымъ правомъ можете спросить, какое же значеніе можетъ имѣть введеніе въ организмъ больной тиреоидина при дистиреоидизмѣ? На это я могу отвѣтить вамъ лишь очень коротко, чтобы не отвлекаться отъ главной темы нашихъ бесѣдъ. По моимъ наблюденіямъ, въ случаяхъ дистиреоидизма, т. е. выдѣленія щитовидной железой качественно измѣненнаго секрета ея, организму иногда недостаетъ нормальнаго выдѣленія железы, что мы и пополняемъ введеніемъ тиреоидина. Подчасъ результаты получаются очень удовлетворительные, но тѣмъ же менѣе я пытаюсь въ подобныхъ случаяхъ поправить дѣло тиреоидиномъ только потому, что не имѣю въ рукахъ другого средства, которое завѣдомо исправляло бы неизвѣстнаго намъ характера недостаточности щитовидной железы въ качественномъ отношеніи. Пока прошу принять это мое мнѣніе «на вѣру», такъ какъ въ дальнѣйшія теоретическія обсужденія этого вопроса я здѣсь входить не могу. Возвращаюсь къ нашему случаю.

Первыя мои попытки введенія нашей больной тиреоидина въ самыхъ незначительныхъ дозахъ (0,2 *pro die*) показали, что дѣйствительно у нея имѣется дистиреоидизмъ съ превалированіемъ гипертиреоидизма, такъ какъ даже эти малыя дозы уже черезъ 4 дня вызвали явленія отравленія, выразившіяся въ повышеніи пульса, ухудшеніи самочувствія и безсонницѣ. Дальнѣйшее примѣненіе тиреоидина въ еще меньшихъ, минимальныхъ дозахъ, всего по 0,05 *pro die*, подтвердило сказанное, такъ какъ даже приемы такихъ дозъ тиреоидина въ теченіе нѣсколькихъ дней вызвали періодически симптомы отравленія и вынуждали насъ дѣлать перерывы въ леченіи. Но наряду съ этими незначительными интоксикаціями тиреоидиномъ, какъ это часто наблюдается при дистиреоидизмѣ, препаратъ этотъ все же безспорно благотворно дѣйствовалъ на болѣзнь. Такимъ образомъ, мы должны были признать *ex juvantibus*, что во всей картинѣ болѣзни дистиреоидизмъ дѣйствительно игралъ нѣкоторую, хотя можетъ быть и небольшую роль.

Совершенно другое направленіе нашимъ мыслямъ далъ фактъ констатированія у больной ночныхъ болей въ костяхъ, главнымъ образомъ въ колѣнахъ, при наличности остеоперіоститовъ въ нижнихъ концахъ бедренныхъ костей. Невольно напрашивалась мысль о сочетаніи сказанныхъ этиологическихъ моментовъ съ сифилисомъ. Спрашивалось только, гдѣ же данныя за такое предположеніе? Ихъ безусловно не было, но мы все же рѣшили испытать пробное леченіе іодистымъ калиемъ.

Черезъ недѣлю послѣ назначенія этого средства нельзя было сомнѣваться въ удивительно благотворномъ его вліяніи не только на ночныя боли и на суставы, но и на общее состояніе больной. Тогда, имѣя въ

виду благоприятное дѣйствіе тепла на *residua* въ суставахъ отъ остраго инфекціоннаго ревматизма, мы назначали больной по возможности ежедневныя суховоздушныя ванны въ постели. Дальнѣйшее употребленіе іодистаго калія, приемы котораго были доведены до 7,5 *pro die*, наряду съ тиреоидиномъ и суховоздушными ваннами, дали такой разительный эффектъ, что для меня и палатнаго ординатора больной, А. Н. Солимани, одной изъ наиболѣе опытныхъ моихъ ученицъ и учениковъ, не было больше колебаній—мы оба не сомнѣвались, что больная наша сифилитичка, но откуда этотъ сифилисъ, какого онъ происхожденія—поздній-ли онъ наследственный, приобрѣтенный-ли въ раннемъ дѣтствѣ или позже—мы такъ опредѣлить или узнать и не могли. Одно для насъ стало яснымъ—мы имѣли передъ собой послѣдствіе остраго инфекціоннаго ревматизма, но на почвѣ сифилиса и перерожденія щитовидной железы, причѣмъ это перерожденіе *gl. thyreoideae* могло зависѣть какъ отъ стрептомикоза, такъ и отъ сифилиса.

Какъ я уже упомянулъ въ одной изъ предыдущихъ лекцій, слѣпой случай выдалъ намъ до извѣстной степени тайну нашей больной. Передъ самой выпиской мы узнали совершенно случайно отъ посторонняго чловека, что больная въ томъ же 1908 г., за нѣсколько мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, лечилась въ специальной больницѣ для сифилитиковъ. Для характеристики психологіи такихъ субъектовъ не безынтересно, что больная, по мѣрѣ улучшенія ея здоровья при леченіи большими дозами іода, о чемъ въ клиникѣ много говорилось, все больше и больше запутывала при повторныхъ вопросахъ свой анамнезъ и, въ концѣ-концовъ, такъ и не пожелала выяснить намъ, почему она лечилась въ специальной больницѣ и почему она скрыла отъ насъ это обстоятельство.

Во всякомъ случаѣ послѣ этого нельзя было больше удивляться блестящему эффекту леченія іодомъ, но, къ сожалѣнію, сказать, какого рода участіе и въ какой степени принималъ здѣсь сифилисъ въ пораженіи суставовъ, мы, конечно, не могли и не можемъ.

Остается еще выяснить, какое значеніе можно было придать полученной нами положительной, хотя и слабой, кожной реакціи отъ туберкулина, такъ какъ у кого-нибудь могла бы возникнуть мысль о туберкулезномъ «ревматизмѣ» *Poncet*. Прежде всего по этому поводу я долженъ замѣтить, что очень скептически отношусь къ этой формѣ заболѣванія суставовъ бугорчаткой; не считая себя, конечно, вправѣ просто отрицать взгляда на этотъ вопросъ почтенной ліонской школы, я однако долженъ констатировать, что до сихъ поръ не встрѣчалъ случаевъ, гдѣ бы могъ допустить туберкулезный полиартритъ, похожій на хроническій ревматизмъ или анкилозирующій полиартритъ. Почему туберкулинъ въ этомъ случаѣ далъ реакцію, сказать трудно, но одно несомнѣнно, что во время пребыванія больной у насъ въ клиникѣ туберкулеза у нея не было, что доказываютъ примѣненное леченіе и достигнутый результатъ,—стоитъ только вспомнить, что больная въ теченіе

болѣе трехъ мѣсяцевъ принимала максимальныя дозы іодистаго калия и почти ежедневно подвергалась сильному потогонному вліянію суховоздушныхъ ваннъ, и при этомъ несомнѣнно истощающемъ организмѣ леченія прибыла въ вѣсѣ на 24 фунта; стоитъ это принять во вниманіе, чтобы тотчасъ отстранить всякія мысли о туберкулезѣ у этой женщины.

Теперь прошу разрѣшенія познакомить васъ съ другой формой комбинированнаго полиартрита, описанія которой я пока не встрѣчалъ въ литературѣ. Начнемъ съ исторіи болѣзни одного пациента, тоже лечившагося у насъ въ томъ же 1908—1909 учебномъ году.

(33) N. N., 15 лѣтъ, поступилъ въ клинику осенью 1908 г., жалуясь на тугоподвижность и боли въ большинствѣ суставовъ.

Больной—сынъ офицера, родился и до 7 лѣтъ жилъ въ Петербургѣ, затѣмъ  $\frac{1}{2}$  года—въ Восточной Сибири, на монгольской границѣ, 9 мѣсяцевъ—въ Читѣ,  $1\frac{1}{2}$  года—въ Иркутскѣ, а потомъ вернулся въ Петербургъ, гдѣ поступилъ въ училище.

Условія жизни были всегда хорошія. Съ 14 лѣтъ курить и несомнѣнно куреніемъ злоупотребляетъ.

Отецъ умеръ давно отъ порока сердца. Мать жива, ей 35 лѣтъ; она вторично вышла замужъ; долго страдала язвой желудка и отитомъ. Братъ и сестра больного здоровы, но малокровны.

Больной въ возрастѣ 10 лѣтъ перенесъ дифтеритъ и эпидемическій паротитъ. 11-ти лѣтъ—корь, 12 л.—воспаленіе слѣпой кишки.

Заболѣваніе суставовъ появилось три года тому назадъ, вскорѣ послѣ кори. Начало болѣзни острое; при повышенной  $t^0$  появились внезапно сильныя боли въ лѣвомъ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ; опухоли и красноты не было. Черезъ 5—6 недѣль боли затихли, лихорадка тоже, но осталась рѣзкая тугоподвижность въ означенныхъ двухъ суставахъ. Черезъ годъ тѣ же явленія, въ тѣхъ же суставахъ правой стороны, но здѣсь была опухоль и краснота въ области колѣна. Вскорѣ затѣмъ боли въ правомъ локтѣ и въ суставѣ нижней челюсти съ лѣвой стороны; тогда же сильно болѣли глаза, такъ что долгое время больной ничего не видѣлъ.

Лечился въ 1907 г. 2 мѣсяца въ Старой Руссѣ, а лѣтомъ 1908 г.—въ Сакахъ; при леченіи лѣвой нижней конечности примѣнялись вытяженіе и массажъ. Вообще леченіе никакихъ результатовъ не дало.

Мальчикъ для возраста своего обычнаго роста (155 см.), но безобразно полный, причемъ вѣсѣ тѣла (4 п. 14 ф.) не соответствуетъ степени полноты. Общіе покровы очень блѣдны, съ землистымъ оттѣнкомъ; на животѣ кожа виситъ складками, на ней полосы, напоминающія *striae gravidarum*. Кожа какъ бы отечна, лицо одутловатое; подкожно-жирный слой очень развитъ, но дряблый—получается впечатлѣніе отечности его, хотя ямокъ отъ давленія нигдѣ не остается; на видъ эта отечная, дряблая полнота скорѣе напоминаетъ микседему, чѣмъ ожирѣніе. Видимыя слизистыя оболочки тоже очень блѣдны. Мускулатура вообще драблая, плохо развитая; на правой верхней конечности и лѣвой нижней мышцы ясно атрофированы. Скелеть, за исключеніемъ больныхъ суставовъ, неправильностей не представляетъ; въ стоячемъ положеніи, соответвенно измѣненіямъ въ положеніи нижнихъ конечностей, лѣвое плечо стоитъ выше праваго и замѣтенъ довольно рѣзко выраженный компенсаторный лордозъ въ поясничной



части. Лимфатическія железы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Т<sup>0</sup> тѣла нормальна.

Зубы здоровы; миндалины нѣсколько увеличены. Языкъ обложенъ. Животъ очень большой; кишечникъ вздутъ. Appetitъ ненормально великъ. Запоры, смѣняющіеся поносами. Печень и селезенка нормальны.

Границы сердца справа нормальны, слѣва нѣсколько выдаются за сосковую линію; тоны чисты, но глуховаты. Пульсъ 90, ритмиченъ, слабого наполненія. При рѣзкихъ движеніяхъ легкая одышка.

Легкія при перкуссіи и аускультациі отклоненій отъ нормы не представляютъ.

Мочи около 2000 куб. см въ сутки. Цвѣта нормальнаго, реакціи кислой; уд. вѣсъ 1015, но, какъ показали наблюденія, бываетъ и 1024; бѣлка, сахара и осадковъ нѣтъ; временами выпадаютъ ураты; плотный остатокъ 69,9; коэффициентъ Z e r n e r'a 0,23. Половые органы развиты слабо.

Мелкіе суставы ручныхъ пальцевъ не измѣнены, но мускулатура ручныхъ кистей, особенно на правой сторонѣ, слабая, дряблая; замѣтна наклонность къ гиперэкстензіи пальцевъ и отклоненію правой ручной кисти въ сторону ulnae. Руки холодныя, нѣсколько ціанотичны; ладони часто потѣютъ. Запястья свободны. Правая верхняя конечность въ полусогнутомъ положеніи; въ локтевомъ суставѣ деформациі не замѣтно, только по краямъ olecranon'a можно опредѣлить нѣкоторое утолщеніе капсулы и мягкую крепитацию; при надавливаніи на головку луча болѣзненность; активно и пассивно сгибаніе до 45<sup>0</sup>, разгибаніе до 130<sup>0</sup>, объемъ движеній 85<sup>0</sup>; при движеніяхъ хрустѣ и боль; вся правая конечность на-ощупь холоднѣе лѣвой. Лѣвый локтевой и плечевые суставы безъ измѣненій, тоже и голеностопные. Оба колѣнныхъ сустава въ положеніи легкой флексіи, больше правые: подвижность въ нихъ значительно понижена: активно и пассивно въ правомъ колѣнѣ сгибаніе до 105<sup>0</sup>, разгибаніе до 160<sup>0</sup>, объемъ движеній 55<sup>0</sup>; въ лѣвомъ колѣнѣ сгибаніе до 115<sup>0</sup>, разгибаніе до 170<sup>0</sup>, объемъ движеній 55<sup>0</sup>. Деформациі суставовъ и выпота въ нихъ нѣтъ, при движеніяхъ хрустѣ и боли въ лѣвомъ колѣнѣ, болѣзненность при надавливаніи на выступы костей. Въ тазобедренныхъ суставахъ контрактура въ положеніи флексіи (17<sup>0</sup>) и приведенія, послѣднее больше въ лѣвомъ, гдѣ имѣется и ротациа внутрь; можетъ стоять, но только компенсируя флексію лордозомъ, а приведеніе лѣваго бедра—легкимъ сколіозомъ, вслѣдствіе чего лѣвое плечо стоитъ выше. Подвижность въ правомъ тазобедренномъ суставѣ=0, въ лѣвомъ сгибаніе до 45<sup>0</sup>, разгибаніе не далѣе 170<sup>0</sup>; подвижность въ смыслѣ приведенія, отведенія и ротации въ правомъ суставѣ отсутствуетъ, въ лѣвомъ—минимальна.

Въ виду согнутыхъ колѣнъ и контрактуръ въ тазобедренныхъ суставахъ ходить съ большимъ трудомъ, при помощи палки. При надавливаніи на большіе вертелы небольшая болѣзненность. Лѣвая нижняя конечность на-ощупь холоднѣе правой. Стопы ціанотичны и холодны. Позвоночникъ, кромѣ компенсаторныхъ искривленій при стоячемъ положеніи, ничего аномальнаго не представляетъ.

Въ лѣвомъ суставѣ нижней челюсти временами хрустѣ и боли, препятствующія свободно жевать, тогда суставъ этотъ болѣзненъ и при давленіи

Вообще временами болятъ не только пораженные суставы, но и всѣ другіе. Ночныхъ болей нѣтъ. Рентгеноскопія показала только атрофію суставныхъ концовъ костей въ больныхъ суставахъ.

Нервную систему любезно изслѣдовала Э. Г. Гизе и сообщила слѣдующее: «лѣвый зрачекъ шире праваго; зрачки, особенно правый, неправильной формы, вяло реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Лѣвая глазная щель шире правой. При открытомъ ртѣ лѣвый уголокъ рта нѣсколько опущенъ. Фибриллярныя подергиванія въ языкѣ. Дрожаніе вѣкъ, при закрываніи глазъ, и пальцевъ—при протягиваніи ихъ. Рефлексы—глочный, съ conjunctivae и слизистой носа—нормальны. Правая половина лица отстала въ развитіи. Умѣренный дермографизмъ. Рефлексы на правой верхней конечности немного ослаблены. Колѣнные рефлексы живые, лѣвый нѣсколько слабѣе праваго. Рефлексъ съ лѣваго Ахиллова сухожилія слабѣе праваго. Лѣвые надбрюшной и брюшной рефлексы, а также съ лѣваго cremaster'a слабѣе правыхъ; подошвенные—живѣе, особенно правый. Чувствительность всюду вполне нормальна. Nn. ischiadici и peronei при надавливаніи не болѣзненны.

Гальваническая возбудимость мышцъ и нервовъ вполне нормальна».

Въ заключеніе Э. Г. Гизе пишетъ: «органическихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ и въ периферическихъ нервахъ нѣтъ никакихъ».

Мы можемъ еще прибавить: у больного замѣтна рѣзкая потливость; онъ жалуется на частое чувство жара. Психика больного нормальна, но онъ мало развитъ для своихъ лѣтъ; повидимому плохо и трудно учится; настроеніе духа измѣнчивое, то подавленное, плаксивое, то возбужденное.

При изслѣдованіи органа зрѣнія отмѣчено: V. на прав. глазѣ  $15/40$ , на лѣвомъ  $15/200$ ; на лѣвомъ хориоретинитъ, слѣды бывшаго ирита; synchia ant.; на правомъ тоже—въ меньшей степени; на глазномъ днѣ атрофическіе фокусы.

Діагнозъ: Polyarthritis progressiva thyreotoxica atypica, disthyreoidismus; вѣроятно наследственная сифилитическая почва.

Леченіе. Назначено: Thyreoidini 0,25, три раза въ день (т. е. 0,75 pro die), КJ въ восходящихъ дозахъ, начиная съ 1,5 до 3,5 pro die, и суховоздушныя ванны въ постели, подъ одѣяломъ, до  $50-55^{\circ}$  C.; по 30—45'. Правильный пищевой режимъ.

Этотъ курсъ леченія продолжался 23 дня; за это время больной принималъ: 16,5 тиреоидина, 37,0 йодистаго калия и 17 суховоздушныхъ ваннъ.

Результатъ: Больной потерялъ въ вѣсѣ  $12\frac{3}{4}$  ф., выпрямился на 1 см. Одутловатость лица и отечность кожи рѣзко уменьшились. Подвижность въ суставахъ увеличилась: объемъ движеній, активно и пассивно, увеличился въ правомъ колѣнномъ суставѣ на  $50^{\circ}$  (сгибаніе  $65^{\circ}$  вмѣсто  $105^{\circ}$ , разгибаніе  $170^{\circ}$  вмѣсто  $160^{\circ}$ , размахъ  $105^{\circ}$  вмѣсто  $55^{\circ}$ ), въ лѣвомъ колѣнѣ—на  $29^{\circ}$  (сгибаніе  $74^{\circ}$  вмѣсто  $115^{\circ}$ , разгибаніе  $168^{\circ}$  вмѣсто  $170^{\circ}$ , размахъ  $94^{\circ}$  вмѣсто  $55^{\circ}$ ), въ правомъ локтѣ—на  $13^{\circ}$  (сгибаніе  $42^{\circ}$  вмѣсто  $45^{\circ}$ , разгибаніе  $140^{\circ}$  вмѣсто  $130^{\circ}$ , размахъ  $98^{\circ}$  вмѣсто  $85^{\circ}$ ).

Больной сталъ несомнѣнно лучше ходить. Все это при хорошемъ самочувствіи. Острота зрѣнія улучшилась почти вдвое: V. на правомъ  $10/20$ , на лѣвомъ  $15/100$ . Пульсъ, сначала поднявшійся до 100, упалъ, несмотря на тиреоидинъ, до 80.

Послѣ 22 дней перерыва, кои больной провелъ дома безъ леченія, онъ вернулся въ клинику приблизительно въ томъ же состояніи, но вновь прибавившись въ вѣсѣ на  $4\frac{1}{2}$  фунта. Состояніе суставовъ еще улучшилось.

При вторичномъ поступленіи въ клинику больной снова подвергся леченію іодистымъ калиемъ (до 4,0 pro die) и суховоздушными ваннами. Этотъ второй курсъ леченія продолжался 20 дней, за каковое время больной принялъ 60,0 грм. КJ и получилъ 20 ваннъ. Выписался по желанію уѣзжавшей въ Сибирь матери.

За 2 мѣсяца пребыванія въ клиникѣ, при самомъ строгомъ пищевомъ режимѣ, больной лечился собственно 43 дня, и за это время въ общемъ принялъ 16,5 тиреоидина, 97,0 КJ, 37 суховоздушныхъ ваннъ.

Результатъ въ общемъ. Въ вѣсѣ больной потерялъ 10 ф. Объемъ движеній въ суставахъ увеличился такъ:

Въ правомъ колѣнномъ:

активно на 63°	(сгибаніе 60°	вмѣсто 105°+	на 45°
	разгибаніе 178°	» 160°+	» 18°
	размахъ 118°	» 55°)	
пассивно на 78°	(сгибаніе 46°	» 105°+	» 59°
	разгибаніе 179°	» 160°+	» 19°
	размахъ 133°	» 55°)	

Въ лѣвомъ колѣнномъ:

активно на 47°	(сгибаніе 68°	» 115°+	» 47°
	разгибаніе 170°	» 170°	
	размахъ 102°	» 55)	
пассивно на 53°	(сгибаніе 62°	» 115°+	» 53°
	разгибаніе 170°	» 170°	
	размахъ 108°	» 55°)	

Въ правомъ локтевомъ:

активно и			
пассивно на 25°	(сгибаніе 35°	» 45°+	на 10°
	разгибаніе 145°	» 130°+	» 15°
	размахъ 110°	» 85°)	

Тазобедренные суставы остались почти *in statu quo ante*.

Особенно улучшилась острота зрѣнія—V. на правомъ глазѣ  $\frac{15}{20}$  вмѣсто  $\frac{15}{40}$ , на лѣвомъ  $\frac{10}{100}$  вмѣсто  $\frac{15}{200}$ .

Почти исчезла одуловатость лица, замѣтная только послѣ сна, и «отечность»; кожа стала эластичнѣе, подкожная клѣтчатка болѣе упругой. Пульсъ 70—80. Уменьшилось дрожаніе пальцевъ.

Больной въ общемъ сталъ бодрѣе и гораздо лучше можетъ ходить. Къ сожалѣнію леченіе осталась недоконченнымъ въ виду отъѣзда семьи.

Когда этотъ безобразно толстый мальчикъ, сильно хромяя и упираясь на палку, въ первый разъ вошелъ въ мой кабинетъ и грузно опустился на предложенный ему стулъ, я тотчасъ подумалъ о наследственномъ сифилисѣ, и вы, конечно, понимаете почему, если помните, что я говорилъ вамъ объ этихъ безмѣрно толстыхъ, ожирѣвшихъ дѣтяхъ и юношахъ; я говорилъ вамъ, что, по моимъ наблюденіямъ, такой ребенокъ въ семьѣ—почти вѣрное указаніе, что въ этой семьѣ былъ сифилисъ; я сказалъ вамъ тогда же, что нигдѣ не читалъ объ этомъ проявленіи наследственнаго сифилиса, но что до сихъ поръ этотъ замѣченный мною признакъ никогда мнѣ не измѣнялъ. Вотъ почему я и на этотъ разъ тотчасъ подумалъ о сифилисѣ или, по крайней мѣрѣ, о сифилитической почвѣ. Изъ анамнеза и біографіи больного я ничего не могъ извлечь, какъ объ этомъ ни старался, ибо самъ больной ничего объ этомъ сказать

конечно, не могъ, а привелъ его вотчимъ, который мало могъ сообщить подробностей объ отцѣ своего пасынка и о заболѣваніяхъ своей жены и ея дѣтей до ея второго брака. Мать этого мальчика я ни разу не видѣлъ; она за 2 мѣсяца, что б. былъ на моихъ рукахъ, ни разу не заинтересовалась повидать меня и поговорить со мною о безспорно тяжелой болѣзни ея сына. Обстоятельство это, конечно, маловажное, но я все же не могъ не отмѣтить его въ виду моихъ подозрѣній. Единственный фактъ изъ прошлаго больного, говорившій еще въ пользу моихъ предположеній, это бывшее у него какое-то заболѣваніе глазъ, оставившее послѣ себя и нѣкоторые слѣды.

Изслѣдуя больного, я нашелъ у него полиартритъ съ наклономъ къ псевдоанкилозамъ, причемъ заболѣли сперва одинъ тазобедренный суставъ (лѣвой) и затѣмъ колѣнный той же стороны, потомъ—тазобедренной другой стороны и другой колѣнный, а затѣмъ лишь правый локтевой; лѣвый локтевой, плечевые, лучезапястные, голеностопные и мелкіе суставы рукъ остались свободными; захваченъ былъ еще и одинъ челюстной суставъ. Было ясно, что мы имѣли передъ собою ту форму прогрессирующаго полиартрита, въ которой сначала поражаются суставы нижнихъ конечностей и распространяется заболѣваніе отъ центра къ периферіи (вы знаете, что чаще это бываетъ обратно). Лучезапястные и межфаланговые суставы, какъ я сказалъ, были свободны, но на правой рукѣ, въ слѣдствіе атрофіи отдѣльныхъ мышечныхъ группъ, ручная кисть начала уже типично отклоняться въ сторону ulnae, а въ пальцахъ, благодаря расшатанности межфаланговыхъ суставовъ и неодинаковому тону сгибателей и разгибателей, была уже ясно замѣтна тоже характерная склонность къ гиперэкстензіи—не сомнѣваюсь, что при отсутствіи правильного и энергичнаго леченія пораженіе лучезапястныхъ суставовъ, а также лѣваго локтевого, только вопросъ времени. При этомъ же первомъ изслѣдованіи, потомъ подтвержденномъ глубокоуважаемымъ Э. Г. Гизе, я могъ констатировать цѣлый рядъ патологическихъ явленій со стороны нервной системы: неравномѣрные зрачки, вялая реакція ихъ на свѣтъ, дрожаніе вѣкъ и пальцевъ, холодныя, цианотическія и потныя руки, дермографизмъ, общая потливость, частыя ощущенія жара, на которыя жаловался больной; кромѣ того легкая одышка, возбудимость сердечной дѣятельности и нѣкоторая гипертрофія лѣваго желудочка. Далѣе, какая-то специфическая отечность кожи и одутловатость лица, вмѣстѣ съ тѣмъ эта безмѣрная полнота, не соответствующая вѣсу тѣла (всего 4 п. 14 ф.), какъ бы больше напоминавшая микседематозную отечность нежели одно только ожирѣніе. Все это вмѣстѣ взятое указывало, что причину полиартрита слѣдовало искать въ дистиреоидизмѣ съ симптомами гипо- и гипертиреозидизма. Происхожденіе этого дистиреоидизма, т. е. причину перерожденія въ щитовидной железнѣ можно было объяснить двояко—перенесенными дифтеритомъ и корью, а можетъ быть и сифилисомъ. Долженъ замѣтить здѣсь, что за послѣднее время я спрашиваю себя—нельзя-ли

объяснить себѣ отчасти зависимость замѣченной мною безообразной полноты нѣкоторыхъ дѣтей сифилитиковъ вліяніемъ на обмѣнъ веществъ перерожденной на почвѣ сифилиса щитовидной железой? Ставлю только этотъ вопросъ, но, конечно, ничего не отвѣчаю. Размышляя въ сказанномъ направленіи, я поставилъ діагнозъ и назначилъ лечение. Результатъ вы знаете—его нельзя назвать блестящимъ, но безусловно онъ не лишень интереса, такъ какъ до извѣстной степени подтверждаетъ мой діагнозъ: отмѣчу, что больной отлично переносилъ дозы іодистаго калия до 4,0 grо die (при 15 - лѣтнемъ возрастѣ) и немалыя дозы тиреоидина (по 0,75 въ день); обмѣнъ веществъ несомнѣнно нѣсколько урегулировался—одутловатость лица и отечность кожи исчезли, больной видимо похудѣлъ и потерялъ въ 3 недѣли 12<sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф. въ вѣсѣ; вліяніе на суставы было, пожалуй, незначительно, но все же оно было и его нельзя игнорировать, такъ какъ объемъ движеній увеличился въ колѣнныхъ суставахъ на 63°—78° въ одномъ, на 47°—53 въ другомъ и на 25° въ локтѣ; прекрасно подѣйствовало лечение на зрѣніе и улучшило нѣкоторые болѣзненные явленія со стороны нервной системы.

Въ общемъ надо сказать, что получилось только улучшеніе, но большаго при кратковременности леченія нельзя было и ожидать.

Кстати я долженъ сказать здѣсь, что, по моему убѣжденію, мы до тѣхъ поръ не будемъ получать въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно вполне удовлетворительныхъ результатовъ, пока не будемъ располагать для леченія хроническихъ заболѣваній суставовъ специальными, соотвѣтственно обставленными лечебными заведениями или санаторіями, причина этому ясна—лечение такихъ больныхъ требуетъ очень много времени, специально значаго съ этимъ дѣломъ врачебнаго персонала и массу дорого стоящихъ и сложныхъ приспособленій для гидро-, фото- и механотерапіи; если мы можемъ еще помочь богатому больному, то пока мы почти безпомощны въ отношеніи не только совершенно неимущихъ больныхъ, но и такихъ, кои располагаютъ лишь среднимъ достаткомъ. Клиники и больницы не могутъ держать этихъ больныхъ мѣсяцами и годами, да и не обладаютъ часто всѣми нужными для леченія приспособленіями, лечение же дома большею частью невысказано, а если и возможно, то требуетъ отъ врача и больного массу выдержки и терпѣнія, а отъ больного еще и не мало затратъ.

Я не позволилъ бы себѣ, Мм. Гг. останавливаться такъ подробно на разборѣ этого случая, если бы не одно обстоятельство, о которомъ разрѣшите сказать еще въ заключеніе.

Какъ это часто бываетъ, почти вслѣдъ за описаннымъ больнымъ мнѣ пришлось наблюдать и пользоваться другой, совершенно аналогичный случай. Это была дѣвочка, 10 лѣтъ, которую мать тоже привела ко мнѣ на домашній пріемъ, но эту больную я не могъ помѣстить въ клинику и лечилъ ее амбулаторно, поэтому я не располагаю подробной исторіей ея болѣзни и пользуюсь только краткими отмѣтками изъ моего домашняго журнала.

(34) Дѣвочка эта поразила меня сразу той же безобразной для ея возраста полнотой и вообще совершенно тѣмъ же *habitus*'омъ, какъ и только что описанный мальчикъ.

По словамъ матери, она всегда была такой «толстой». Но здѣсь я случайно зналъ, что отецъ дѣвочки болѣлъ *lues*'омъ. За нѣсколько недѣль передъ моимъ изслѣдованіемъ дѣвочка перенесла тяжелый брюшной тифъ; вскорѣ послѣ этого у нея заболѣлъ лѣвый тазобедренный суставъ, а затѣмъ и колѣнный той же стороны; она пролежала довольно долго, сильно страдая отъ болей при субфебрильныхъ температурахъ; повидимому боли усиливались по ночамъ, но точно выяснитъ это я не могъ. Лечилась, конечно, салициловыми препаратами. Когда она встала, оказалось, что въ тазобедренномъ суставѣ образовалась контрактура въ положеніи флексіи, приведенія и ротации внутрь; въ опухшемъ колѣнѣ имѣлся экссудатъ и тугоподвижность; больная не могла ступить вслѣдствіе болей и съ трудомъ пришла ко мнѣ на костыляхъ. Я нашелъ суставы въ сказанномъ положеніи, причемъ въ тазобедренномъ суставѣ подвижности почти не было, въ колѣнномъ она была очень незначительна, хотя несомнѣнно костныхъ спаекъ не было; попытки къ пассивнымъ движеніямъ были довольно болѣзненны. Рентгеноскопія измѣненій въ суставныхъ концахъ костей не показала.

Типичныя, ціанотическія, холодныя и влажныя руки, сухая, шершавая, какъ бы гусиная кожа; бросающаяся въ глаза слабость и вялость всей мускулатуры. Дрожаніе пальцевъ. Отечность лица. Вяло реагирующіе на свѣтъ зрачки, медленный пульсъ и ясно угнетенная психика. Щитовидная железа не увеличена.

Діагнозъ мой былъ тотъ же, что и въ предыдущемъ случаѣ: тиреотоксическій прогрессирующій полиартритъ (пораженія суставовъ послѣдовательно отъ центра къ периферіи) на почвѣ наслѣдственного *lues*'а, легкая степень дистиреоидизма съ рѣзкимъ превалированіемъ симптомовъ гипотиреоидизма, какъ послѣдствіе перерожденія въ щитовидной железнѣ вслѣдствіе токсического тиреоидита при брюшномъ тифѣ, а можетъ быть и вслѣдствіе измѣненій въ ней сифилитического происхожденія.

Леченіе я назначилъ такое же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ: тиреоидинъ и іодистый калий въ среднихъ дозахъ; позже—теплыя ванны и массажъ мускулатуры больной конечности. Подъ вліяніемъ этого леченія боли скоро прошли, и больная бросила костыли; общее состояніе тоже постепенно улучшалось; послѣ 5-мѣсячнаго леченія колѣно вернулось почти къ нормѣ, подвижность въ тазобедренномъ суставѣ значительно увеличилась,—больная мало хромаетъ и ходитъ безъ утомленія, дѣвочка на видъ совершенно здорова, выраженіе лица нормально, всѣ болѣзненныя явленія исчезли, осталась только присущая больной полнота, но безъ отежности кожи и одутловатости лица. Лѣто провела на берегу Финскаго залива. Осенью я дѣвочки не видѣлъ, она въ школѣ; по словамъ ея родителей, она здорова, только едва замѣтно хромаетъ вслѣдствіе оставшейся тугоподвижности въ тазобедренномъ суставѣ.

Вы изволите видѣть, что этотъ второй случай—почти полная копія перваго, только раньше обратившійся къ намъ за помощью. Конечно, я никакихъ выводовъ изъ этихъ двухъ случаевъ дѣлать не желаю и не

могу, но привелъ ихъ потому, что не думаю, чтобы эта явная аналогія въ клинической картинѣ была простая случайность.

Единственное заключеніе, которое, по моему, можно было бы сдѣлать изъ всѣхъ трехъ сегодня приведенныхъ исторій болѣзней, это то, что о возможности комбинаціи тиреотоксическаго полиартрита съ сифилисомъ, а можетъ быть и съ сифилитическими процессами въ суставахъ, слѣдуетъ всегда помнить при постановкѣ діагноза и назначеніи леченія въ случаяхъ хроническаго пораженія суставовъ съ атипической клинической картиной и неясной этиологіей.

Когда эта лекція была уже готова для печати, я встрѣтилъ въ «Münchener medic. Wochenschrift» (№ 31, отъ 3/viii) 1909 года предварительное сообщеніе J. Heckmann'a, хирурга германской больницы въ New-York'ѣ, озаглавленное «Zur Aetiologie der Arthritis deformans». Авторъ этотъ различаетъ двѣ формы обезображивающаго артрита: моноартикулярную и полиартикулярную.

Наблюденіе надъ больными заставило Heckmann'a допустить возможность зависимости той и другой формы пораженія суставовъ отъ сифилиса. Съ цѣлью выяснить дѣло онъ испыталъ у больныхъ съ этого рода заболѣваніемъ суставовъ реакцію Wassermann'a и видоизмѣненія ея (Noguchi). На основаніи результатовъ этихъ реакцій, въ 11 случаяхъ при «arthritis deformans polyarticularis», и другихъ соображеній Heckmann приходитъ къ заключенію, что въ этиологіи хроническаго полиартрита «отвѣтственны» два этиологическихъ момента: предрасположеніе къ ревматизму (rheumatische Disposition) и конституціональный сифилисъ.

Болѣзнь суставовъ, называемая Heckmann'омъ «polyarthritis deformans, по крайней мѣрѣ въ большемъ % случаевъ, представляетъ собою, по его мнѣнію, хроническій или перешедшій изъ остраго въ хроническій ревматизмъ суставовъ у сифилитика (ein Luetiker)». И здѣсь конституціональный сифилисъ отвѣтственъ въ томъ, что въ суставахъ, пораженныхъ ревматизмомъ, не наступаетъ выздоровленія и restitutio ad integrum, а что, напротивъ, это ревматическое заболѣваніе суставовъ разрастается (auswächst) въ формѣ типичнаго обезображивающаго полиартрита.

Въ этомъ новомъ и оригинальномъ объясненіи Heckmann'омъ «натуры» нѣкоторыхъ формъ хроническаго полиартрита я усматриваю съ удовольствіемъ подтвержденіе и моихъ взглядовъ: Heckmann видитъ въ нѣкоторыхъ формахъ сочетаніе хроническаго ревматизма съ сифилисомъ, я же, разсматривая нѣкоторыя формы такъ назыв. «хроническаго ревматизма» какъ тиреотоксическій полиартритъ, допускаю тоже возможность сочетанія тиреотоксическаго полиартрита (этого «хроническаго ревматизма» sui generis) съ сифилисомъ. Какъ видите, разница въ нашихъ взглядахъ на дѣло небольшая—важно здѣсь, какъ съ точки зрѣнія Heckmann'a, такъ и моея, участіе сифилиса, а, слѣдовательно, и направленіе терапіи.

## Лекція XV.

Мм. Гг.

Изъ курса общей хирургической патологіи вы знакомы, конечно, хотя бы теоретически, съ той группой заболѣваній суставовъ, которыя принято называть невропатическими. Вы знаете, что чаще всего относящіяся сюда пораженія сочлененій наблюдаются при *tabes*'ѣ, а затѣмъ при сирингоміэліи; но кромѣ того, по мнѣнію многихъ, такого же рода измѣненія въ суставахъ наблюдались и при другихъ болѣзняхъ центральной нервной системы; такъ, напр., изъ русскихъ авторовъ Мухинъ указываетъ, что неврогенные артриты встрѣчаются и при прогрессивной мышечной атрофіи, при міэлитѣ, при *Brown-Séguard*'овскомъ параличѣ, при сжатіи спинного мозга, при хореѣ и при душевныхъ заболѣваніяхъ; къ этому слѣдовало бы прибавить — при поврежденіяхъ нервныхъ стволовъ и спинного мозга (колотыя и рѣзанныя раны), а также при гемиплегіи. Наконецъ, многие считаютъ и *arthritus deformans*, такъ же, какъ и нѣкоторыя формы прогрессивнаго полиартрита, за артриты неврогенные, другіе называютъ невропатическіе артриты деформирующимъ артритомъ неврогеннаго происхожденія (*arthritus deformans neuropathica*).

Не имѣя, конечно, возможности входить здѣсь въ болѣе подробное разсмотрѣніе этой все еще очень запутанной главы ученія о болѣзняхъ суставовъ, я позволю себѣ сегодня остановить ваше вниманіе только на артропатіяхъ табетическихъ, во 1-хъ, потому, что *tabes* признается теперь, кажется, всеми или почти всеми, по крайней мѣрѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ (до 90<sup>0</sup>/о) этой болѣзни, за послѣдствіе сифилиса, за «парасифилитическое» или «метасифилитическое» заболѣваніе, во 2-хъ, потому, что артриты эти имѣютъ, слѣдовательно, извѣстное средство съ сифилисомъ.

Судя по литературѣ, надо думать, что теперь никто больше не сомнѣвается въ возможности заболѣванія сустава подъ вліяніемъ только нервныхъ центровъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя отчасти не согласиться съ мнѣніемъ *Virchow*'а, что при табетическихъ артритахъ одновременно съ измѣненіями въ спинномъ мозгу должны или, по моему, вѣрнѣе — могутъ иногда существовать мѣстныя причины, патогенно вліяющія на заболѣвающій суставъ.

Понятно, что если сифилисъ причина *tabes*'а, то косвенно онъ же и причина табетическихъ артритовъ, поэтому уже а priori можно было



бы ожидать и нѣкотораго вліянія на эти пораженія суставовъ и анти-сифилитическаго леченія. Но не объ этомъ вліяніи сифилиса на суставы чрезъ посредство спинного мозга и не о значеніи специфическаго леченія на суставы чрезъ то же посредство спинного мозга хочу я вести рѣчь... тѣмъ болѣе, что не считаю себя достаточно компетентнымъ, чтобы говорить съ вами объ этомъ... я имѣю въ виду совершенно другое, а именно мѣстное вліяніе того же сифилиса на патологическіе процессы въ табетическомъ суставѣ. Иначе говоря, если допустить съ Virchow'ымъ и друг., что измѣненія въ суставахъ у табетиковъ вызываються, если не всегда, то иногда, — не только заболѣваніемъ спинного мозга, нарушающимъ его функціи, но и вліяніями мѣстными, то спрашивается, — не можетъ-ли тотъ же сифилитическій ядъ, повліявшій на спинной мозгъ, кромѣ того, вліять на суставы и мѣстно, въ формѣ-ли мѣстныхъ гуммозныхъ процессовъ, сифилитическаго - ли артерита и т. п.?

По возможности отвѣтить на этотъ вопросъ на основаніи клиническихъ наблюденій — главная задача моей сегодняшней лекціи.

Само собою понятно, что выясненіе поставленнаго мною вопроса должно имѣть большое практическое значеніе, такъ какъ, если признать возможность комбинированнаго вліянія на суставы спинного мозга и мѣстныхъ сифилитическихъ процессовъ, то безусловно слѣдуетъ признать и цѣлесообразность специфическаго леченія табетическихъ артритовъ даже въ томъ случаѣ, если допустить, что оно останется безъ всякаго вліянія на заболѣваніе спинного мозга. Мнѣ думается, что возможность такого сочетанія указанныхъ этиологическимъ моментомъ при табетическихъ артритахъ слѣдуетъ допустить а priori, потому что нѣтъ достаточнаго основанія предполагать, что табетикъ и одновременно сифилитикъ болѣе застрахованъ отъ сифилитическаго пораженія суставовъ, чѣмъ всякій другой сифилитикъ, а съ этимъ, конечно, нельзя не считаться. Повидимому, такъ думали и думаютъ и многіе другіе патологи и клиницисты, по крайней мѣрѣ Virchow и Strümpell уже 25 лѣтъ тому назадъ указывали, что при выясненіи причинъ, вызывающихъ пораженія сочлененій у табетика, слѣдовало-бы подумать и о сифилисѣ. Strümpell даже полагалъ, что табетическіе артриты представляютъ собою просто сифилитическіе артриты у табетиковъ.

Изъ нашихъ соотечественниковъ Мухинъ, писавшій «Объ отношеніи сифилиса къ табетической артропатіи» въ 1899 г., въ своихъ выводахъ прямо говоритъ, что, по его мнѣнію, «артропатія Charcot, повидимому, гораздо чаще бываетъ не чисто нервнаго, а смѣшаннаго происхожденія», причемъ «причинами, вызывающими болѣзнь (кромѣ пораженія спинного мозга), служатъ изъ внѣшнихъ агентовъ чаще всего травма и простуда, а изъ внутреннихъ — сифилисъ и артритизмъ». Судя по тому, что проф. Мухинъ ученикъ П. И. Ковалевскаго, слѣдуетъ думать, что и проф. Ковалевскій держится того же взгляда.

За такую возможность сочетанія сифилитическаго артрита съ табетическимъ высказывался въ 1896 г., на основаніи собственныхъ наблюденій, и хирургъ Дерюжинскій. Невропатологъ Миноръ, по словамъ Мухина, болѣе склоненъ смотрѣть на этотъ вопросъ съ точки зрѣнія Virchow'a; онъ думаетъ, что табетическія артропатіи не стоятъ въ непосредственномъ причинномъ отношеніи съ *tabes*омъ, но получаютъ, благодаря послѣднему, только извѣстную окраску, вызываються же онѣ различными внѣшними и внутренними агентами, между которыми особенно важны травма, простуда, артритизмъ и сифилисъ <sup>1)</sup>. На сочетанія «трофическихъ» разстройствъ въ суставахъ у табетиковъ съ сифилисомъ и артритизмомъ указывалъ и я въ 1902 г. въ своемъ докладѣ «Сифилисъ въ хирургіи».

За самое послѣднее время приблизительно въ томъ же направленіи по отношенію къ сифилису высказалась клиника Küttner'a, въ лицѣ Levy и Ludloff'a (1909 г.), а по ихъ словамъ, и Foerster <sup>2)</sup>, который при антисифилитическомъ леченіи заболѣванія суставовъ у табетиковъ получалъ хорошіе результаты.

Что касается моихъ личныхъ взглядовъ по этому вопросу, то за послѣднее время, на основаніи наблюденій, о которыхъ я скажу вамъ въ слѣдующей нашей бесѣдѣ, представленіе объ артритахъ у табетиковъ сложилось у меня слѣдующимъ образомъ:

1) Не сомнѣваюсь, какъ и многіе другіе клиницисты, что измѣненія суставовъ вообще (и не только въ формѣ деформирующаго артрита) могутъ зависѣть иногда исключительно отъ пораженія нервной системы; слѣдовательно, существуютъ чистые случаи невропатическихъ, а въ томъ числѣ и табетическихъ артропатій.

2) Очень склоненъ допустить, что у табетика могутъ развиваться и чистыя формы сифилитическихъ артритовъ; къ сожалѣнію, пока это лишь теоретическое соображеніе, такъ какъ клиническими наблюденіями въ этомъ отношеніи я не располагаю.

3) Думаю, что эти чистыя формы встрѣчаются не такъ часто, и полагаю, совершенно соглашаясь съ Мухинымъ, что гораздо чаще артропатіи у табетиковъ бываютъ смѣшаннаго происхожденія, причемъ нарушенныя функціи большаго спиннаго мозга и мѣстные сифилитическіе процессы представляютъ собой причины производящія, а травма, артритизмъ, разныя интоксикаціи и др.—причины предрасполагающія.

<sup>1)</sup> Корниловъ въ своей статьѣ 1890 г. «*Arthropathia tabidorum* и ея отношенія къ сифилису» стремится установить рѣзкое различіе между сифилитическими и табетическими артритами и приводитъ 12 признаковъ для отличія одной формы болѣзни отъ другой. Къ сожалѣнію, я не имѣлъ возможности познакомиться съ этой работой Корнилова въ оригиналѣ, но, судя по передачѣ содержанія ея Мухинымъ, ей нельзя придавать значенія, такъ какъ авторъ въ то время былъ несомнѣнно мало знакомъ съ сифилитическими пораженіями суставовъ.

<sup>2)</sup> Сообщенія Foerster'a я, къ сожалѣнію, тоже въ оригиналѣ найти не могъ.

4) Комбинаціи артритовъ невропатическихъ съ сифилитическими я тѣмъ болѣе долженъ допустить, что считаю *arthritis deformans* вообще заболѣваніемъ неврогеннымъ, зависящимъ отъ разныхъ причинъ, между прочимъ и отъ сифилиса, вліяющаго здѣсь и мѣстно, что постараюсь доказать ниже клиническими и анатомическими изслѣдованіями, а *arthropathiam tubidorum* разсматриваю только какъ одну изъ формъ деформирующаго артрита у табетиковъ, большинство которыхъ одновременно и сифилитики. Такая моя точка зрѣнія вполне согласуется и съ новѣйшими изслѣдованіями Wollenberg'a, о которыхъ подробнѣ скажу въ своемъ мѣстѣ.

Клинически *arthropathia tabidorum*, будь она чисто неврогенная или смѣшанная (т. е. въ сочетаніи съ сифилисомъ сустава), представляетъ собою обычно особую форму артрита *sui generis*, съ своеобразнымъ клиническимъ симптомокомплексомъ; однако, существуетъ, повидимому, много разновидностей табетическаго артрита, а между ними и такія формы, которыя клинически ничѣмъ не отличаются отъ другихъ формъ обезображивающаго артрита; во всякомъ случаѣ, какъ вы увидите, встрѣчаются и такія формы сифилитическаго деформирующаго артрита (*arthritis deformans syphilitica*), кои можно отличить отъ табетической артропатіи только потому, что у больного нѣтъ рѣшительно никакихъ указаній на *tabes*, а поражение сустава существуетъ уже продолжительное время.

Анатомически вообще *arthropathia tabidorum*, какъ на это указываютъ и многіе старые и современные авторы, ничѣмъ не отличается отъ *arthritis deformans*, а, по моему, и отъ *arthritis deformans syphilitica*, по крайней мѣрѣ макроскопически; говорю это потому, что пока не имѣлъ случая изслѣдовать ткани изъ чисто табетическаго сустава микроскопически.

Въ типичныхъ случаяхъ табетическихъ артритовъ *sui generis* я знаю только одно явленіе (по крайней мѣрѣ въ колѣнномъ суставѣ), которое я никогда не видѣлъ при другихъ заболѣваніяхъ суставовъ, это—отдѣленія въ суставѣ частей эпифиза (описываемыя авторами какъ внутрисуставные переломы), наблюдаемыя иногда уже въ раннихъ стадіяхъ болѣзни; такое именно «отдѣленіе» (на-подобіе секвестраціи) куска эпифиза, видное на прилагаемой рентгенограммѣ (см. рис. 306) съ одной моей больной, я считаю тоже за результатъ «трофическихъ» или «нутритивныхъ» разстройствъ въ кости, а не за продуктъ травмы, т. е. за переломъ или отломъ; достойна вниманія, по моему, форма отдѣляющейся части; эта форма клина—какъ будто что-то законмѣрное; не безынтересно тоже, что при удачномъ антисифилитическомъ леченіи я наблюдалъ въ нижеприводимомъ случаѣ приростаніе такой отдѣлившейся части эпифиза. Я готовъ согласиться съ нѣкоторыми авторами, что въ подобныхъ случаяхъ рентгеноскопія дѣйствительно можетъ намъ помочь въ распознаваніи, и что въ такомъ случаѣ можно при помощи ея діагностицировать табетическій артритъ, когда другіе признаки имѣющагося *tabes*'а едва замѣтны и легко могутъ ускользнуть отъ нашего вниманія.

Въ цѣломъ рядѣ другихъ разновидностей *arthropathiae tabidorum* анатомическая картина макроскопически дѣйствительно ничѣмъ не отличается отъ таковой при *arthritis deformans* и нѣкоторыхъ формъ сифилитическихъ артритовъ той же категоріи: тѣ-же измѣненія въ хрящѣ, съ-



Рис. 30 б. *Arthropathia tabetica* genus. Къ стр. 213. (Собственное наблюдение).

замѣною его соединительной тканью (см. рис. 31 и 32), тѣ-же пролиферационные процессы въ немъ (какъ при *arthritis deformans*—см. хрящъ *patellae* на рис. 32), то же рубцево-фиброзное измѣненіе въ синовиальной и въ растянутой *ad maximum* сумкѣ, тѣ-же разрошенія ворсинъ и образованія въ нихъ хрящевыхъ тѣлъ (см. рис. 31), иногда отдѣляющихся и плавающихъ, тѣ-же разрошенія (въ видѣ остеофитовъ) кости

по окружности сустава, наконецъ тѣ-же отложенія хрящевой и костной ткани въ сумкѣ, какъ при нѣкоторыхъ формахъ обезображивающаго артрита.

Рис. 31 и 32 сдѣланы съ препарата табетическаго колѣннаго сустава, взятаго съ трупа и подареннаго мнѣ для музея клиники Н. Н. Михайловымъ; на рис. 31 изображенъ, какъ видите, суставной конецъ бедренной кости съ замѣной хряща соединительной тканью, совершенно такой-же, какая видна и на рис. 13 и 14, изображающихъ суставные концы при чисто сифилитическихъ артритахъ; на рис. 31 видны между ворсинами такія же хрящевыя тѣла, какъ и на рис. 14; на рис. 32, по удаленіи бедренной кости, изображена полость сустава, вскрытая сзади; на хрящахъ *tibiae* и *patellae*, а также на синовиальной ясно видны тѣ-же характерныя измѣненія.

Какъ вы легко можете судить по сравненію препаратовъ, изображенныхъ на рис. 31 и 32, и тѣхъ анатомическихъ картинъ, которыя вы не разъ видѣли въ нашей операціонной при артротоміяхъ на нѣкоторыхъ сифилитическихъ суставахъ, между тѣми и другими безспорно очень много схожаго, даже идентично одинаковаго; про такой случай, какъ на рис. 32, я сказалъ бы даже, подражая кому-то изъ французскихъ авторовъ, «*c'est une arthrite syphilitique exagérée*»... Надо думать, что въ этой категоріи случаевъ отъ рентгеноскопій слѣдуетъ ожидать немногаго въ смыслѣ дифференціального діагноза, во всякомъ случаѣ меньше, чѣмъ это думаютъ нѣкоторые современные авторы.

Изъ всего вышесказаннаго явствуетъ, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ мы должны признать артритъ табетическимъ только потому, что у больного констатируется *tabes*, и лишь въ ограниченномъ числѣ случаевъ, при отсутствіи этихъ признаковъ страданія спинного мозга, рентгеноскопическое изслѣдованіе сустава даетъ намъ возможность на основаніи картины пораженія сустава опредѣлить у больного первые признаки начинающаго *tabes*'а или даже, можетъ быть, предсказать появленіе ихъ въ ближайшемъ будущемъ. Опредѣлить клинически участіе при табетическихъ артропатіяхъ мѣстныхъ сифилитическихъ процессовъ въ большинствѣ случаевъ окажется труднымъ или просто невозможнымъ. Если у больного *lues* отрицается въ анамнезѣ, то нерѣдко намъ мало поможетъ и *Wassermann*'ова реакція, такъ какъ, вѣдь, *tabes*—заболѣваніе парасифилитическое, а при этихъ формахъ, какъ показываетъ опытъ, данная реакція нерѣдко даетъ отрицательный результатъ, несмотря на то, что у больного сифились все же былъ.

Вотъ тѣ соображенія, по которымъ, мнѣ думается, при табетическихъ артропатіяхъ, какъ общее правило, слѣдуетъ прежде всего испытать антисифилитическое леченіе и, лишь при безуспѣшности его, прибѣгать къ другимъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ.

Въ доказательство высказаннаго мною позвольте привести слѣдующее наблюденіе изъ нашей клиники.

(35) Въ октябрѣ 1899 г. въ нашу клинику поступилъ чиновникъ, М. П., 36 лѣтъ, жалуясь на опухоль въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ,

особенно въ правомъ, на сильную расшатанность этихъ суставовъ, препятствующую ему свободно владѣть ногами, и на цѣлый рядъ бо-  
лѣзненныхъ явленій со стороны нервной системы и внутреннихъ  
органовъ.

Б. происходитъ изъ дворянской семьи, давно и хорошо мнѣ извѣст-  
ной. Отецъ его, котораго я лечилъ и хорошо зналъ, долго служилъ  
на военной службѣ, затѣмъ, выйдя въ отставку, жилъ при хорошихъ  
матеріальныхъ условіяхъ въ имѣніи; алкоголикомъ настоящимъ не  
былъ, но пилъ много и любилъ поѣсть; представлялъ онъ собой типъ  
артритика, страдалъ въ значительной степени флебосклерозомъ, фле-  
бѣктазіями, геморроемъ, артритическими пораженіями суставовъ, а  
подъ старость—артеріосклерозомъ; умеръ 73 лѣтъ «отъ водянки»  
вслѣдствіе миокардита и интерстиціального нефрита. Мать больного,  
очень здоровая на видъ, полная, «сырая» женщина, происходила изъ  
очень здоровой, но тоже очень склонной къ артритизму семьи, тоже  
страдала флебѣктазіями, атипичнымъ подагрическимъ полиартритомъ,  
а за послѣдніе годы жизни—и артеріосклерозомъ; умерла 51 года  
скоропостижно, отъ паралича сердца. У больного было три брата и  
три сестры: одинъ братъ умеръ въ корпусѣ отъ воспаленія легкихъ,  
другой, 25 лѣтъ,—отъ истощенія вслѣдствіе долго продолжавшейся  
неукротимой рвоты, причина которой не была выяснена врачами (въ  
томъ числѣ и проф. С. П. Боткинымъ); одна сестра умерла моло-  
дой отъ туберкулеза, двѣ остальные сестры и братъ здоровы.

Б. сначала воспитывался дома, въ имѣніи, потомъ въ корпусѣ,  
по окончаніи котораго поступилъ въ полкъ, но служилъ недолго и  
перешелъ на гражданскую службу. Офицеромъ сильно кутилъ, съ ран-  
ней молодости много пилъ и такъ привыкъ къ вину, что не можетъ  
безъ него обходиться; сталъ типичнымъ алкоголикомъ—пьетъ все, но  
предпочитаетъ пиво и водку, которой пьетъ не менѣе 9 рюмокъ въ  
день, а часто—гораздо больше, иногда безъ всякой мѣры, цѣлыми днями.  
Много курить.

Въ дѣтствѣ острозаразныхъ болѣзней не помнитъ. 20-ти лѣтъ бо-  
лѣлъ гонорройнымъ уретритомъ съ воспаленіемъ пузыря и послѣдова-  
тельной стриктурой. Въ 1887 г., т. е. 12 лѣтъ тому назадъ, заразился  
сифилисомъ—были *ulcus induratum* и вторичныя явленія; лечился у  
проф. Поспѣлова; получилъ въ теченіе мѣсяца 24 втиранія, а за-  
тѣмъ вскорѣ еще 12. Послѣ этого никакихъ проявленій сифилиса не  
было; 4 года былъ совершенно здоровъ. Въ 1891 г. появились безбо-  
лѣзненные подергиванія въ правой ногѣ, которымъ б. не придавалъ  
значенія.

Въ 92 г. б. женился; на первомъ же году замужества жена родила  
здороваго ребенка, а чрезъ 1½ года—второго, тоже здороваго; больше  
беременностей у жены не было.

Въ томъ же 1892 г. подергиванія въ правой ногѣ стали у П. болѣзненны  
и усилились; одновременно въ ногахъ появились стрѣляющія, молніе-  
носныя боли, очень мучительныя, появлявшіяся припадками; кромѣ  
того, временами, симметрично на внутреннихъ поверхностяхъ колѣнъ  
начали появляться очень болящія точки. Въ 1893 г. б. случайно замѣ-  
тилъ, что потерялъ способность стоять съ закрытыми глазами, а при  
ходьбѣ сталъ замѣчать мягкость почвы подъ ногами—ощущеніе мяг-  
каго ковра; появились вялость опорожненія пузыря и сильные запоры.  
Земскій врачъ, изслѣдовавшій больного, нашелъ отсутствіе ре-  
флексовъ, атаксию, діагностицировалъ *tabes* и лечилъ электричествомъ

и приемами ртути внутрь. Въ 1894 г. проф. П. И. Ковалевскій подтвердилъ діагнозъ и назначилъ больному специфическое лечение и электризацію; б. сдѣлалъ въ Пятигорскѣ 36 фрикцій и взялъ 36 сѣрныхъ ваннъ; ощущеніе мягкости почвы исчезло, походка улучшилась, но боли продолжались. Въ 1895 г. б. въ Батумѣ заболѣлъ тяжелой маляріей, отъ которой съ трудомъ вылечился. Въ томъ-же году лечился въ Абасъ-Туманѣ электрическими ваннами и іодомъ. Въ слѣдующіе два года сильно страдалъ отъ болей въ ногахъ. Въ 1897 г. упалъ и получилъ переломъ *os. metacarpi IV* на лѣвой рукѣ, причѣмъ никакой боли въ области перелома не ощущалъ. Въ 1898 г. почувствовалъ боль въ правомъ колѣнѣ и замѣтилъ въ подколенной ямкѣ упругую «шишку», которая постепенно стала увеличиваться; опухоль перешла на боковыя поверхности колѣна и захватила всю область сустава, обезобразивъ его; развились слабость и неустойчивость въ больномъ колѣнѣ, а ходьба стала очень затруднительной и неуверенной. Въ концѣ этого же года б. упалъ и почувствовалъ, что въ правомъ колѣнѣ произошелъ вывихъ, который больной самъ тотчасъ и легко вправилъ; опухоль колѣна еще увеличилась, а въ окружности колѣна появился значительный кровоподтекъ. Послѣ этого подобныя самопроизвольныя вывихи стали легко повторяться, и б. долженъ былъ очень щадить ногу. Опухло и лѣвое колѣно, что почти лишило больного возможности ходить. Зимой того же 1898 г. б. снова лечился на Кавказѣ іодомъ и сѣрными ваннами, но облегченія не получилъ. Состояніе его все ухудшалось, что и привело его въ клинику.

При изслѣдованіи мы нашли: Б. высокаго роста (2 арш. 8 верш.), правильнаго и крѣпкаго тѣлосложенія, средняго питанія (вѣсъ 4 п. 20 ф.). Цвѣтъ общихъ покрововъ землисто-сѣрый съ желтоватымъ оттѣнкомъ, кожа вялая, морщинистая, не эластичная. На лицѣ синевато-красныя пятна отъ расширенія мелкихъ сосудовъ (типичный цвѣтъ лица алкоголика). На нижнихъ конечностяхъ много темныхъ пигментныхъ пятенъ, величиной отъ горошины до двухкоп. монеты. Волосы на головѣ въ значительной степени вылѣзли. Видимыя слизистыя оболочки нормальны. Подкожно-жирный слой развитъ умеренно. Лимфатическія железы, особенно паховыя, увеличены и тверды. Периферическія артеріи, особенно высочныя, рѣзко склерозированы. Мускулатура дряблая, плохо развитая. На лѣвой ручной кисти, на *os. metacarp. IV* мозоль отъ сросшагося перелома. На обѣихъ большеберцовыхъ костяхъ неровности и шероховатости (отъ бывшихъ періоститовъ). Сочлененіе между первой и второй фалангами 2-го пальца лѣвой ноги анкилозировано; на правой ногѣ, на дорсальной поверхности того же сустава небольшая гноящаяся язвочка, а движенія въ этомъ суставѣ очень ограничены.

Оба колѣнныхъ сустава значительно увеличены въ объемѣ вслѣдствіе растяженія капсулъ жидкимъ экссудатомъ. Кожа въ области колѣнъ нормальнаго цвѣта; мѣстная  $t^{\circ}$  повышена; кожа въ области праваго колѣна какъ будто истончена, атрофирована, и въ ней просвѣчивается много венъ. Это правое колѣно величиной съ дѣтскую головку, неправильно шарообразной формы, окружность его 45 снт., лѣваго 40 снт. Вся опухоль праваго колѣна зыблется; значительно увеличенная и смѣщенная внаружи *patella* плаваетъ; суставныя концы костей сильно обезобразены разроженіями и остеофитами, баллотируютъ какъ въ мѣшкѣ; внутри отъ *patella* просунывается два противоположныхъ тѣла, одно большое имѣетъ форму сегмента шара и про-

изводить впечатлѣніе, какъ будто это отдѣлившійся мышцелокъ бедра, другое тѣло трехугольной формы нѣсколько меньше, какъ и первое, вполне подвижно; третье постороннее тѣло, круглое, величиной съ глубинное яйцо располагается кнаружи отъ чашки и менѣе подвижно. Размѣръ движеній въ суставѣ больше нормальныхъ: при пассивномъ разгибаніи получается *genu recurvatum*; то-же и при стояніи; значительная боковая подвижность (*jambe de polichinelle*); устойчивости въ суставѣ очень мало и при движеніяхъ легко получается самовправляющійся подвывихъ; постороннія тѣла какъ будто перекатываются въ капсулѣ, причѣмъ получается сильный трескъ, слышный даже на разстояніи, какъ бы отъ тренія одной объ другую неровныхъ (но не каріозныхъ), твердыхъ, костныхъ поверхностей. Лѣвое колено менѣе увеличено въ объемъ, *patella natans*, менѣе значительная деформация суставныхъ концовъ, выпячиваніе сильно растянутыхъ жидкостью подвольтныхъ сумокъ; подвижность въ этомъ колѣнѣ нормальна, и оно болѣе устойчиво, хотя тоже нѣсколько расшатано. Всѣ движенія и изслѣдованіе совершенно безболѣзненны. Мускулатура нижнихъ конечностей очень атрофирована и безсильна. Б. безъ палки стоять не можетъ, ходить съ очень большимъ трудомъ, выбрасывая голени впередъ и пользуясь главнымъ образомъ лѣвой конечностью и палкой; садиться въ кресло и вставать безъ помощи рукъ не можетъ; ходить по лѣстницамъ или по неровному, напр. по булыжной мостовой, совершенно не можетъ. Эта невозможность пользоваться нижними конечностями, по совершенно справедливому заявленію больного, не столько зависитъ отъ атаксіи, сколько отъ полной неустойчивости колѣнъ, особенно праваго.

Что касается нервной системы и психической сферы, то у б. прежде всего обращаетъ на себя вниманіе крайне измѣнчивое настроеніе: то онъ очень возбужденъ, то впадаетъ въ угнетенное состояніе, ужасается своимъ положеніемъ и плачетъ. Значительный *tremor potatogum*. Правый зрачокъ уже лѣваго и хуже реагируетъ на свѣтъ. Лѣвымъ ухомъ слышитъ ходъ часовъ только на разстояніи не болѣе 3-хъ сантиметровъ. Въ движеніяхъ, помимо дрожанія, замѣтна неловкость отъ нѣсколько нарушенной координаціи, колѣнные и локтевой отсутствуютъ. При ходьбѣ чувство ковра подъ ногами и, помимо слабости въ колѣнахъ, замѣтная некоординированная, атактическая походка. Рѣзко повышенная чувствительность внутреннихъ поверхностей бедеръ; чувство давленія не измѣнено, чувство температуры повышено; больной совершенно не переноситъ обычной теплой ванны. Подробное изслѣдованіе нервной системы было произведено, по моей просьбѣ, проф. В. М. Бехтеревымъ въ его клиникѣ, признавшимъ у больного *tabes*, вступающій въ начальную фазу атактического періода.

Внутренніе органы значительныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Легкія здоровы. Границы сердца нормальны, тоны чисты, но глуховаты; пульсъ твердый, безъ перебоевъ, нѣсколько ускоренъ. Плохой аппетитъ, запоръ. Печень и селезенка нѣсколько увеличены. Количество мочи около 2500 въ сутки; уд. вѣсъ 1012, цвѣтъ ея нормальный, реакція кислая; моча нѣсколько мутновата, бѣлка, сахара и желчныхъ пигментовъ не содержитъ; подъ микроскопомъ кристаллы мочекислаго натра; мочевины 51 грм., хлоридовъ 14,5, фосфатовъ 1,8 грм. Опорожненіе пузыря вялое—слабая и прерывающаяся струя, мочеиспусканіе очень продолжительное.

Діагно з ъ. *Arthropathiae tabeticae* у сифилитика и артритика.



Лечение. Йодистый калий, начиная съ 2,0 grо die, въ восходящихъ дозахъ, а съ 8 дня пребыванія въ клиникѣ, кромѣ того, ежедневныя втиранія 2,0 grm. сѣрой мази.

Всякаго рода алкогольныя напитки запрещены (что строго исполнялось). По возможности питательная, бѣдная мясомъ діета и уходъ за кишечникомъ. Покойное положеніе въ постели и легкій массажъ нижнихъ конечностей.

Въ теченіе 14 дней больной принималъ йодистый калий, повышая дозы, а съ 15 дня, въ теченіе 20 дней, принималъ по 4,0 grm. въ день, получивъ въ эти 34 дня всего 109,0 grm. kalii iodati; втираній сдѣлано всего 24.

За время этого леченія былъ одинъ легкій и одинъ очень тяжелый приступъ табетическихъ болей въ ногахъ, въ остальномъ постепенно наступало улучшение. Уже на 5 день леченія замѣтно нѣкоторое уменьшеніе эксудата, окружность колѣна уменьшилась на 1 снт.; на 8 день окружность праваго колѣна 42 снт., лѣваго 38. На 11 день отмѣчено, что постороннее тѣло, дѣлавшее впечатлѣніе отдѣлившагося внутренняго мышцелка бедра, какъ бы спаялось съ бедромъ, менѣе подвижно и уменьшилось въ объемѣ. На 13 день состояніе суставовъ настолько улучшилось, что больному разрѣшено провести нѣсколько часовъ внѣ клиники; при этомъ онъ и его близкіе замѣтили рѣзкое улучшение походки. На 45 день леченія больной былъ демонстрированъ въ аудиторіи, причемъ констатированъ слѣдующій результатъ: эксудатъ въ колѣнныхъ суставахъ рѣзко уменьшился, окружность 42 и 38 снт., что зависитъ главнымъ образомъ отъ деформации костей; въ правомъ колѣнѣ patella уменьшилось въ объемѣ, большее постороннее тѣло (внутренній мышцелокъ?) плотно спаялось съ бедренной костью и совершенно неподвижно, значительно уменьшившись въ объемѣ; остальные два постороннихъ тѣла уменьшились и стали мягче; связочный аппаратъ окрѣпъ; гиперэкстензии нѣтъ; боковая подвижность стала едва замѣтной; расшатанности такъ мало, что о баллотированіи суставовъ и концовъ костей и о самопроизвольныхъ подвывихахъ нѣтъ и рѣчи, треніе при движеніи настолько уменьшилось, что на разстояніи не слышно; главное — больной свободно стоитъ и ходитъ безъ палки, по его словамъ, — даже по мостовой и лѣстницамъ; садится на стулъ и встаетъ безъ помощи рукъ; самочувствіе прекрасное, сонъ, аппетитъ отличные, стулъ ежедневно безъ слабительнаго и клизмъ; дрожаніе въ рукахъ едва замѣтно; движенія увѣренныя; походка почти нормальная; чувства мягкости почвы исчезло; настроеніе духа бодрое и веселое. Вообще больной производитъ впечатлѣніе здороваго человѣка и вполне работоспособнаго. На 50 день выписанъ изъ клиники, причемъ ему назначено Vichy съ литіемъ и соотвѣтственный его артритизму режимъ; больной очень доволенъ и далъ слово больше не пить.

Черезъ нѣсколько времени послѣ выписки больной приходилъ ко мнѣ прощаться передъ отъездомъ. Общее состояніе его еще улучшилось въ всѣхъ отношеніяхъ; ноги настолько окрѣпли, что онъ можетъ много ходить по городу безъ палки, не утомляясь; увѣренность въ ногахъ настолько увеличилась, что онъ соскакивалъ на ходу съ конки.

Къ сожалѣнію, какъ я потомъ узналъ отъ его семьи, вскорѣ по возвращеніи домой онъ снова предался вину, и съ того момента началось рѣзкое ухудшеніе. Черезъ годъ онъ снова пріѣхалъ въ Петер-

бургъ, но, не сдержавъ слова, не имѣлъ мужества посѣтить меня и поступилъ въ другое лечебное заведеніе, гдѣ черезъ нѣсколько недѣль и скончался.

Приведенная исторія болѣзни, отлично иллюстрируя многое изъ вышесказаннаго, смѣю думать, доказываетъ справедливость взглядовъ проф. Мухина и моихъ на нѣкоторыя табетическія артропатіи и вообще, какъ казуистическій матеріалъ, не лишена интереса для клинициста. Резюмирую.

Мы имѣли предъ собой больного 36 лѣтъ, у котораго черезъ 4 года послѣ инфекціи сифилисомъ появились первые симптомы спинной сухотки; поражене колѣна б. замѣтилъ черезъ 11 лѣтъ послѣ инфекціи и черезъ 7 лѣтъ послѣ появленія первыхъ симптомовъ *tabes'a*. Вторичныя явленія *lues'a* исчезли послѣ 36 втираній, и 4 года больной, по его словамъ, былъ совершенно здоровъ. Черезъ 5 лѣтъ послѣ зараженія, когда уже были указанія на заболѣванія спинного мозга, женился; не безъинтересно, что въ первые 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года сожителства съ женой, будучи уже табетикомъ, имѣлъ двухъ здоровыхъ дѣтей (которыхъ я потомъ видѣлъ здоровыми черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ смерти отца), причемъ больше беременностей, а слѣдовательно выкидышей у жены не было. Почти съ самаго начала заболѣванія спинного мозга больной лечился, между прочимъ—ртутью и іодомъ, но, несмотря на это, поражене суставовъ развивалось очень быстро и больной поступилъ къ намъ въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи, не будучи въ состояніи ходить, едва передвигаясь при помощи палокъ, и совершенно неработоспособнымъ.

Изъ біографіи больного нельзя было не отмѣтить, что онъ происходитъ изъ артритической семьи, причемъ отецъ и мать его явные артритики, а онъ самъ алкоголикъ въ высшей степени, о чемъ краснорѣчиво свидѣтельствовали весь его *habitus* и *tremor potatorum*—обстоятельство, которое тоже слѣдовало принять во вниманіе при выборѣ способа леченія.

Состояніе сустава описано выше; подчеркнуть важно только то, что въ правомъ колѣнномъ суставѣ имѣлись три большихъ свободныхъ постороннихъ тѣла, изъ коихъ два дѣлали впечатлѣніе, какъ будто это отдѣлившіяся части эпифиза, третье, повидимому, представляло собою суставную мышь; но, къ сожалѣнію, въ то время у насъ въ клиникѣ не имѣлось еще рентгеновскаго кабинета и поэтому я долженъ былъ удовольствоваться лишь ощущиваніемъ.

Разбирая больного въ аудиторіи, я поставилъ діагнозъ: табетическія артропатіи на почвѣ рѣзко выраженнаго наследственнаго и приобрѣтеннаго артритизма, можетъ быть, въ сочетаніи съ гуммоными процессами въ больныхъ суставахъ. О возможности комбинаціи невропатическихъ артритовъ съ сифилитическими я подумалъ потому, что на большеберцовыхъ костяхъ имѣлись остатки гуммозныхъ періоститовъ.

Соответственно диагнозу назначено и лечение. Прежде всего назначено специфическое лечение иодомъ, а затѣмъ смѣшанное — иодомъ и ртутными втираніями. Послѣ 8 дней леченія иодомъ улучшение въ суставахъ было уже настолько замѣтно, что я, придерживаясь принципа Charcot «frapper vite et fort», усилилъ дозу иодистаго калия до 4,0 grm. pro die и добавилъ ежедневныя фрикціи. Улучшеніе пошло быстрыми шагами впередъ и черезъ 45 дней пребыванія въ клиникѣ больной, сдѣлавъ въ 34 дня 24 втиранія и принявъ 109,0 grm. иодистаго калия, выписался совершенно работоспособнымъ, въ прекрасномъ состояніи, подробнѣе описанномъ въ исторіи болѣзни. Лучшаго и большаго нельзя было и требовать. Несомнѣнно, немалую роль въ успѣхѣ леченія сыграло и устраненіе алкоголя, а также постельное содержаніе, уходъ и антиартритическій режимъ; послѣ выписки такой же режимъ и правильное леченіе водой Vichy съ литіемъ тоже не остались безъ вліянія, и больной еще поправился. Извѣстно, что, подъ вліяніемъ Fournier, нѣкоторые, принимая tabes за болѣзнь парасифилитическую, считаютъ ртутное леченіе при такого рода выродившемся сифилисѣ вообще и при спинной сухоткѣ въ частности не только бесполезнымъ, но и вреднымъ, слѣдовательно противопоказаннымъ, другіе отрицаютъ парасифилисъ, а видятъ въ tabes'ѣ просто сифилисъ спинного мозга, подлежащій иногда, какъ и другія формы этой болѣзни, леченію ртутью. Не считая себя компетентнымъ высказываться по вопросу, насколько ртуть благотворно вліяетъ на tabes у сифилитиковъ, я, исходя изъ положенія о возможной наличности гуммозныхъ процессовъ въ табетическихъ суставахъ, назначаю ртуть главнымъ образомъ потому, что ожидаю вліянія ея не на tabes, а на гуммозные процессы, и предпочитаю именно ртуть или смѣшанное иодистортутное леченіе тамъ, гдѣ предполагаю такіе гуммозные процессы in loco. Нашъ случай блестяще доказываетъ, насколько боязнь ртути при спинной сухоткѣ неосновательна.

Затѣмъ разрѣшите привести вамъ здѣсь исторію болѣзни другого больного, страдавшаго табетической артропатіей соxae и тоже наблюдавшагося въ нашей клиникѣ:

(36) И. П. крестьянинъ, 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10/xii 1907 г., жалуясь на опухоль въ области праваго тазобедреннаго сустава и на затрудненія при ходьбѣ, вслѣдствіе хромоты.

Б. происходитъ изъ здоровой, повидимому, крестьянской семьи Ярославской губерніи. Отцу 52 г., онъ съ молодости сильно злоупотребляетъ спиртными напитками, матери 50 лѣтъ—оба здоровы; тоже и единственная замужняя сестра больного.

Родился больной въ деревнѣ, гдѣ и жилъ до 15 лѣтъ. Съ этого возраста ушелъ на заработки, работая на грузовыхъ судахъ и черноработчимъ; при поискахъ за работой часто перемѣнялъ мѣста жительства. 18-ти лѣтъ поступилъ официантомъ въ буфетъ на желѣзнодорожной станціи, гдѣ и служилъ до поступленія въ клинику. Больной не куритъ, спиртные напитки пьетъ умѣренно. Половую жизнь

началь 16 лѣтъ; съ тѣхъ поръ до женитьбы временаи бывалъ *abusus in venere* въ значительной степени. 22-хъ лѣтъ П. женился на молодой, здоровой дѣвушкѣ, отъ которой имѣлъ ребенка, умершаго черезъ годъ отъ воспаления легкихъ; вторая беременность, года два тому назадъ, окончилась выкидышемъ.

Въ дѣтствѣ П. никакихъ болѣзней не помнитъ. 17-ти лѣтъ заразился сифилисомъ, отъ котораго лечился 4 мѣсяца въ земской больницѣ впрыскиваніями; говоритъ, что совершенно излечился и никакими проявленіями сифилиса больше не страдалъ. 19-ти лѣтъ заболѣлъ трипперомъ и орхитомъ; вылечился, по его словамъ, черезъ 8 мѣсяцевъ; въ это время, по совѣту фельдшера, дѣлалъ втиранія сѣрой мази. 23-хъ лѣтъ, черезъ годъ послѣ женитьбы, снова получилъ гоноррею и воспаление *testiculorum*; отъ уретрита вылечился, но осталось суженіе уретры. На 21 году болѣлъ суставнымъ ревматизмомъ — были поражены только правый лучезапястный суставъ и послѣдній межфаланговый праваго указательнаго пальца (вѣроятно это былъ гонорройный артритъ); отъ этого «ревматизма» совершенно вылечился послѣ 2-мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ.

2—2½ года тому назадъ въ нижнихъ конечностяхъ появились сильныя стрѣляющія боли, которымъ больной не придавалъ значенія, считая ихъ ревматическими. Года три страдаетъ запорами и припадками болей въ подложечной области и въ правомъ подреберьи; отъ этихъ болей больной избавляется, вызывая рвоту и крѣпко перетягивая себѣ поясомъ туловище. За послѣдній годъ у больного вдругъ, особенно ночью, появляется чувство сжатія и сухости въ горлѣ и, отъ этого, приступы удушья, которые черезъ нѣсколько минутъ заканчиваются сильнымъ лающимъ кашлемъ; приступы эти иногда бываютъ такъ сильны, что выводятъ больного изъ самаго глубокаго сна. За послѣднее время половыя способности сильно понизились, и больной лечился отъ этого, по совѣту друзей, приемами внутрь порошка «шпанскихъ мухъ».

Мѣсяцевъ 8—9 тому назадъ больной замѣтилъ въ правомъ паху опухоль, совершенно безболѣзненную, которая стала расти и недѣли въ 3 достигла величины большого кулака, затѣмъ она стала уменьшаться и мѣсяца черезъ три оказалась величиной въ гусиное яйцо. Такая же опухоль, только меньшихъ размѣровъ, появилась и въ лѣвой подколенной ямкѣ. Мѣсяцевъ 7 тому назадъ больной оступился и слегка ударился о бревно правымъ бедромъ. Тутъ же онъ почувствовалъ, что въ суставѣ точно что-то соскочило, и послѣ этого онъ сразу потерялъ возможность свободно пользоваться ногой и идти домой долженъ былъ съ палкой. Съ тѣхъ поръ больной хромаетъ, причемъ хромота постепенно усиливалась, и больному стало трудно ходить. Вскорѣ послѣ ушиба въ области праваго тазобедреннаго сустава, съ наружной стороны, появилась опухоль, которая въ 4 мѣсяца достигла величины средней дыни и обхватила всю область сустава, сливаясь съ опухолью въ паху. Опухоль сперва была мягкая, потомъ стала твердѣть. Къ тому же времени больной замѣтилъ, что тазобедренный суставъ допускаетъ движенія во всѣ стороны и въ ненормальныхъ размѣрахъ; такъ, напр., больной могъ руками поднять и уложить правую нижнюю конечность параллельно съ туловищемъ, такъ что пятка касалась его головы. Болей ни послѣ ушиба, ни за все послѣдующее время въ больномъ суставѣ не было. Въ виду невозможности ходить больной и обратился въ клинику.

Больной среднего роста (163 см.), посредственного питания (вѣсъ 60 клгрм.), правильнаго сложенія. Общія покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Подкожно-жирный слой развитъ умѣренно. Лимфатическія железы увеличены, особенно правая паховая. Периферическія артеріи рѣзко склерозированы. Мускулатура довольно хорошо развита. Скелетъ и суставы, за исключеніемъ праваго тазобедреннаго и лѣваго колѣннаго, ничего видимо патологическаго не представляютъ.

Правая нижняя конечность (при лежаніи больного на спинѣ) рѣзко укорочена и, предоставленная самой себѣ, принимаетъ положеніе какъ

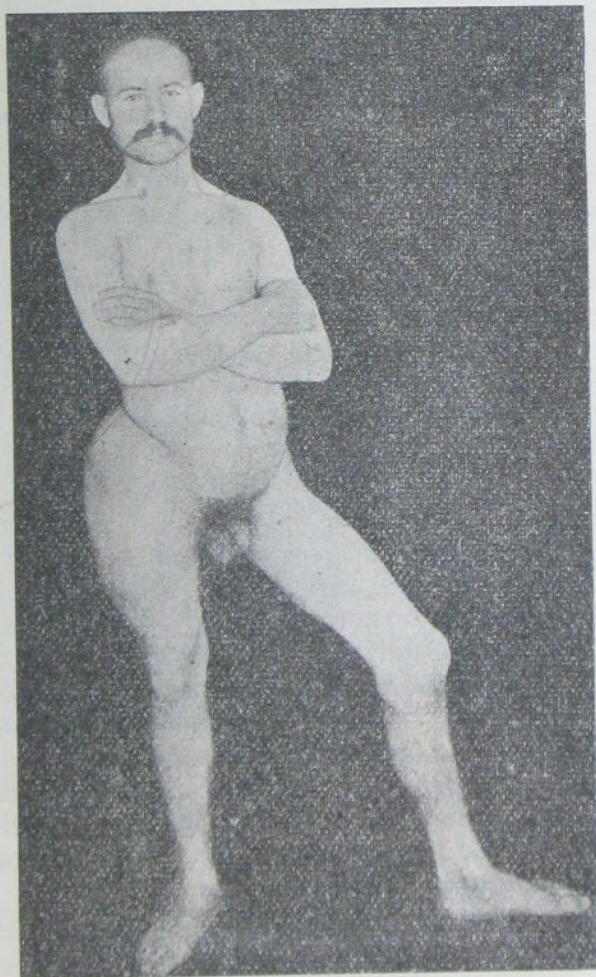


Рис. 30 в. Arthropathia tabetica coxae. (Собственное наблюденіе).

при ротации кнаружи. Верхушка большаго вертела стоитъ на 6 смт. выше Roser-Nélaton'овской линіи; измѣреніе отъ spin. ilei anter. super. до mall. ext на правой сторонѣ 81, на лѣвой 87. Ясно, что укороченіе въ 6 смт. зависитъ отъ смѣщенія верхняго суставнаго конца бедра кверху. Вся область тазобедреннаго сустава представляетъ овоидной формы опухоль, величиной съ хорошую дыню (какъ это видно на фотографіи); въ опухоли замѣтны отдѣльныя выступающіе сегменты, какъ, напр., въ паховой области. Окружность праваго тазобедреннаго сустава на уровнѣ большаго вертела на больной

сторонѣ 54 снт., на здоровой—47 снт., черезъ паховую складку и *spin. ilei anter. supr.* на больной сторонѣ 76 снт., на здоровой 60; окружность бедра, по срединѣ его, на больной сторонѣ 51 снт., на здоровой 45 снт. Опухоль неравнобѣрной консистенціи, мѣстами она упругая, зыблющаяся, какъ растянутая жидкостью суставная капсула, мѣстами она хрящевой, даже костной консистенціи, причѣмъ эти твердыя мѣста представляютъ окостенѣвшіе отдѣлы суставной сумки, въ видѣ толстой скорлупы. Активные движенія въ суставѣ ограничены, вслѣдствіе почти полного отсутствія упора бедренной кости, верхній конецъ которой баллотируется въ растянутой капсулѣ; напротивъ, пассивныя движенія возможны во всѣ стороны въ очень обширныхъ, максимальныхъ границахъ: такъ, напр., нижнюю конечность можно поднять и положить параллельно съ туловищемъ такъ, что стопа касается головы. При движеніяхъ слышится трескъ и хрустѣтъ, какъ бы отъ тренія неровныхъ костныхъ поверхностей. Никакихъ болей больной въ суставѣ не ощущаетъ. Стоять больной можетъ съ трудомъ и лишь въ извѣстной позѣ; ходить онъ почти не можетъ, такъ какъ туловище, не встрѣчая упора въ бедра, совершенно переваливается на больную сторону.

Въ лѣвой подколенной ямкѣ упругая, гладкая опухоль величиной съ гусиное яйцо (растянутая экссудатомъ *bursa fossae popliteae*). Колѣнный суставъ этотъ, кромѣ сказаннаго, ничего ненормальнаго не представляетъ. Рентгеноскопія въ больномъ тазобедренномъ суставѣ показала: деформацию и вывихъ бедренной головки костныя массы вокругъ *acetabuli* и въ толщѣ капсулы, очень растянутой; въ полости сустава постороннія тѣла. (Рентгенограмма, къ сожалѣнію, испорчена).

Легкія здоровы. Границы сердца нормальны; пульсъ 82, правильный. Аппетитъ хорошій, запоры по 2—3 дня. Печень и подложечная область нѣсколько чувствительны; желудокъ ясно расширенъ. Правая почка нѣсколько опущена, прощупывается. Выдѣленіе мочи происходитъ съ большимъ затрудненіемъ; моча выдѣляется каплями или слабой струей при значительной работѣ брюшного пресса; во время мочеиспусканія у больного всегда бываетъ головокруженіе, иногда настолько сильное, что больной даже падаетъ, если за что-либо не держится. Мочи 1200 въ сутки; уд. вѣсъ 1025, нормальнаго цвѣта, нѣсколько мутна, реакціи кислой; слѣды бѣлка; сахара нѣтъ; ясная реакція на желчные пигменты.

Зрачки средней величины, одинаковые на обоихъ глазахъ, на свѣтъ реагируютъ очень слабо. Сухожильные рефлексы отсутствуютъ, небожно-глоточный пониженъ. Легкое проведеніе по подошвѣ острымъ предметомъ причиняетъ нестерпимую боль. Кожная чувствительность, тактильная, болевая, термическая, за исключеніемъ указаннаго, сохранена. Мышечное чувство понижено. Чувства мягкости почвы нѣтъ. Имѣется-ли атактическая походка, опредѣлить нельзя, въ виду затрудненія ходьбы отъ больного сустава. Движенія въ верхнихъ конечностяхъ вполне координированныя и увѣренныя. Психика нормальна, настроеніе нѣсколько приподнятое.

Диагнозъ. *Arthropathia tabetica coxae dextr. et genus sin. incipiens.*

Леченіе. Назначенъ іодистый калий въ восходящихъ дозахъ, начавъ съ 1,0 *pro die*. Сначала больной переносилъ іодъ хорошо, но когда мы дошли до 3,0 *pro die*, то черезъ 6—7 дней появились

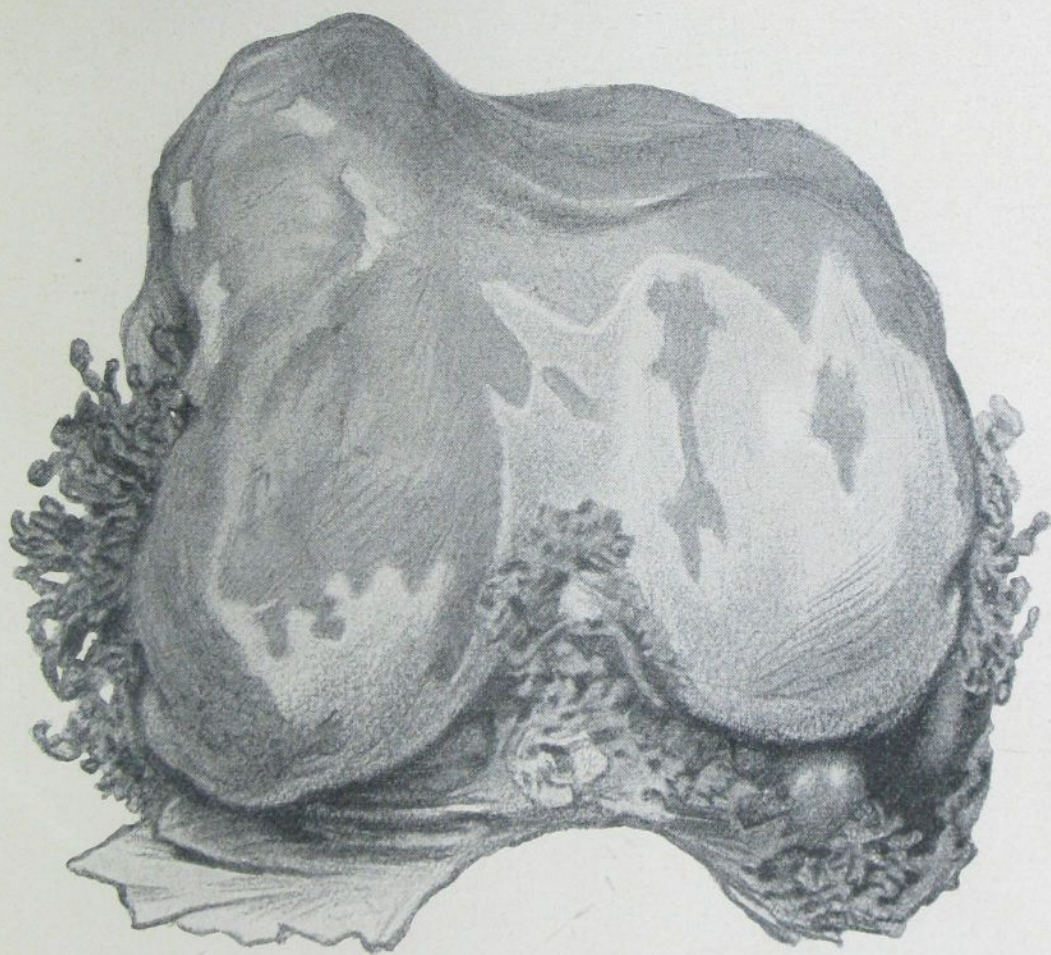


Рис. 31. *Arthropathia tabidorum*. Суставный конец бедренной кости. (Препаратъ взятъ съ трупа; подаренъ музею клиники Н. Н. Михайловымъ).

рѣзкіе припадки іодизма, и леченіе пришлось остановить. За 16 дней было принято всего 36,0 грм. іодистаго калия, но и этого количества было достаточно, чтобы вызвать улучшение самочувствія и безспорное уменьшеніе опухоли, повидимому, вслѣдствіе всасыванія эксудата.

Приблизительно черезъ 2 недѣли, когда всѣ симптомы іодизма исчезли, начато леченіе инъекціями іодипина. Послѣдній вводился слѣдующимъ образомъ:

Первые	5 дней по	20 куб. снт.	10% раствора;
затѣмъ	8 » »	15—20 » »	25% »
»	6 »	отдыхъ.	
»	11 »	по 20—24 »	» »
»	7 »	отдыхъ	
»	12 »	по 16—30 »	» »
»	15 »	отдыхъ.	
»	11 »	по 20—30 »	» »

Всего введено 100 куб. снт. 10% раствора и 9!0 куб. снт. 25%, что составитъ  $237\frac{1}{2}$  куб. снт. іодипина. Обычныхъ признаковъ іодизма не было, но къ концу каждаго курса леченія появлялись головныя боли, стрѣляющія боли въ ногахъ, ухудшеніе самочувствія и повышеніе  $t^0$  въ теченіе 1—3 дней до 38—39<sup>0</sup>. Больной пробылъ въ клиникѣ 120 дней и выписался вслѣдствіе закрытія клиники, хотя нуждался еще въ леченіи. За это время достигнуто слѣдующее: припадки со стороны гортани (*crises laryngiennes*) съ самаго начала леченія стали появляться рѣже и исчезли; всего труднѣе поддавались леченію гастрическіе припадки (*crises gastriques*) и главнымъ образомъ рвота, бывавшая почти ежедневно; только подъ конецъ леченія и эти припадки успокоились и стали появляться гораздо рѣже. Наибольшее вліяніе леченіе оказало на больной суставъ; прежде всего надо отмѣтить, что опухоль тазобедреннаго сустава значительно уменьшилась — окружность сустава черезъ паховую складку и *sp. il. ant. sup.* = 62 снт., вмѣсто 76; на уровнѣ большого вертела 41. вмѣсто 54; окружность бедра на его срединѣ 45, вмѣсто 51. Эксудатъ всосался въ значительной степени, и вся полость сустава настолько сократилась, что свободно смѣщавшійся верхній конецъ *os. femoris* сталъ, при лежащемъ положеніи больного, на свое мѣсто, отчего сгладилось бывшее укороченіе; экскурсіи пассивныхъ движеній значительно уменьшились; связочный аппаратъ и капсула настолько сократились, что распатанность въ суставѣ и баллотированіе суставнаго конца уменьшились *ad minimum*; правда, при стояннн и хожденнн головка бедра все же смѣщалась кверху, но въ значительно меньшей степени, отчего и ходьба стала менѣ затруднительной. Интереснѣе всего то, что костныя отложенія въ капсулѣ въ очень значительной степени разсосались и при ощупываннн можно было ощущать уже тонкія, отдѣльныя пластинки въ толщѣ сумки. Въ общемъ надо было признать для столь тяжелаго случая полученный за 4 мѣсяца леченія результатъ блестящимъ. Казалось не безъ основаннн, что если леченіе еще продолжить, то можно было бы достигнуть еще очень многого. Нужно еще отмѣтить, что хотя на видъ общее состояніе больного очень поправилось, онъ все-же, за время леченія, потерялъ въ вѣсѣ около 3,5 килограмма. Выписался больной въ аппаратъ *Hessing'a* съ обѣщаннемъ вернуться для продолженія леченія съ начала слѣдующаго учебнаго года.



Этотъ послѣдній случай особыхъ поясненій не требуетъ,—онъ доказываетъ только еще разъ справедливость выше выставленнаго мною положенія, что при табетическихъ артропатіяхъ у сифилитиковъ мы должны начинать наше леченіе съ леченія сифилиса и въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣемъ полное основаніе ожидать, что если не вылечимъ больного, то въ значительной степени улучшимъ его состояніе и задержимъ прогрессивный ходъ болѣзни, иногда даже вернемъ больному работоспособность, хотя бы и временно.

---

## Лекція XVI.

«So kam ich zu der Aufstellung einer Theorie von der vaskulären Entstehung der Arthritis deformans» (Wollenberg, Aethiolog. d. Arthr. deformans, стр. 426).

«La syphilis aime les artères» (Huchard, цит. по Губареву).

Мм. Гг.

Въ моей II лекціи (стр. 38) я уже указалъ вамъ въ общихъ чертахъ, какъ слѣдуетъ понимать терминъ «arthritis deformans», и упомянулъ, что это поражение суставовъ,—представляя собою, вопреки мнѣнію еще очень многихъ, не особую болѣзнь, не носологическую единицу, а лишь извѣстную анато-патологическую картину и извѣстный клинический симптомокомплексъ,—можетъ зависѣть отъ разныхъ причинъ и, между прочимъ, отъ сифилиса; при этомъ разные причины эти «всегда вліяютъ на суставы полностью или отчасти черезъ посредство нервной системы». Оговариваюсь сейчасъ же, что я имѣю здѣсь въ виду только моноартикулярный деформирующий артритъ *sensu strictu* (въ смыслѣ Volkmann'a) и обхожу молчаніемъ отдѣльныя разновидности его, какъ *malum senile*, *arthritis deformans adolescentium s. juvenilis*, *polyarthritis deformans autogenum* и др.

Вышеприведенную точку зрѣнія я защищаю уже 14 лѣтъ на моихъ лекціяхъ и не разъ высказывалъ ее по разнымъ причинамъ печатно; затронулъ ее попутно и въ предыдущей лекціи, говоря объ *arthropathia tabidorum*.

Къ сожалѣнію, до 1907 г. мнѣ не представлялось случая иллюстрировать мои теоретическія соображенія клиническими наблюденіями и анатомическими изслѣдованіями. Только прошлой весной, въ 1909 г., я получилъ возможность демонстрировать въ засѣданіи Русск. Хирург. Общества Пирогова рисунки, рентгенограммы и микроскопическіе препараты одного относящагося сюда случая, наблюдавшагося мною въ 1907/8 г., а за самое послѣднее время мнѣ пришлось оперировать еще три случая сифилитическаго обезображивающаго артрита, которые и вы видѣли въ нашей клиникѣ. Съ другой стороны, за послѣдніе годы и нѣкоторые заграничные хирурги стали высказываться до извѣстной степени въ томъ же направленіи. Наибольшій интересъ, въ этомъ отношеніи, заслуживаетъ книга Hoffa и Wollenberg'a, вышедшая въ 1908 г. подъ заглавіемъ «Arthritis deformans und so genannter chronischer Gelenkrheu-

matismus». Въ этой работѣ авторы уже прямо говорятъ о разныхъ этиологическихъ моментахъ деформирующаго артрита и приводятъ три формы его: 1) *a. def. spontanea*, 2) реактивный деформ. артритъ (а. въ старости, б. послѣ травмъ, в. послѣ воспаленій), 3) неврогенный артритъ. Въ концѣ 1909 г. Wollenberg въ своей статьѣ «*Aethiologie der Arthritis deformans*» (напечатанной въ XXIV томѣ *Zeitschr. f. orthop. Chirurgie*) идетъ еще дальше, даетъ очень подробную классификацію *arthrit. deformantis* и между отдѣльными этиологическими моментами этого страданія упоминаетъ и сифились. Однако послѣднему Wollenberg посвящаетъ нѣсколько строкъ, кои позвольте вамъ привести дословно:

«Я самъ между сифилитическими артритами никогда не видѣлъ случая, который представлялъ хотя бы внѣшнее сходство съ *arthritis deformans*; не располагаю и анатомическими изслѣдованіями въ этой области».

Изъ литературы Wollenberg приводитъ только мнѣніе Zesas'a и одинъ случай Hahn'a и Deuke-Pasch'и: первый указываетъ, что при сифилитическихъ артритахъ не бываетъ разволакиванія хряща и разрошеній (*Wucherung*) и что измѣненія въ хрящѣ бываютъ здѣсь не по краямъ, а въ центрѣ хряща; вторые приводятъ въ своемъ атласѣ случай пораженія обоихъ тазобедренныхъ суставовъ при *lues hereditaria tarda*, въ которомъ послѣдній оставилъ слѣды гуммознаго хондрита, придавшаго этимъ суставамъ нѣкоторое сходство съ *arthritis deformans*.

Въ подстрочномъ примѣчаніи авторъ этотъ приводитъ тутъ же новѣйшую статью Нескманн'a, на которую я уже указалъ вамъ въ прошлой бесѣдѣ, и очень сдержанно допускаетъ предположеніе, что въ теченіи сифилиса иногда, можетъ быть, и развиваются артриты, дающіе картину, похожую на *arthritis deformans*.

Вы припомните, что Нескманнъ при помощи серологическихъ реакцій искалъ сифились при «*polyarthritis d. deformans*», какъ онъ называетъ хроническій ревматизмъ; то-же сдѣлалъ Нескманнъ и по отношенію къ моноартикулярной формѣ деформирующаго артрита; во всѣхъ 4-хъ наблюдавшихся имъ случаяхъ больные признавали первичную инфекцію, которая имѣла мѣсто за 10, 16, 19 и 25 лѣтъ до изслѣдованія и за 6, 7, 16 и 17 лѣтъ до появленія первыхъ признаковъ артрита; у двоихъ были другія проявленія гуммознаго сифилиса, а у двухъ реакціи Wassermann'a и Wassermann-Noguchi дали положительные результаты.

На основаніи этихъ и другихъ своихъ наблюденій Нескманнъ полагаетъ, что травма, являющаяся обычно ближайшей причиной деформирующаго артрита, не одна виновна въ заболѣваніи сустава, въ основѣ же этого страданія лежитъ конституціональный сифились.

Вотъ то небольшое, что мнѣ извѣстно изъ литературы по вопросу о связи сифилиса съ *arthritis deformans*.

Для полноты очерка слѣдуетъ, пожалуй, упомянуть еще о нѣкото-

рыхъ французскихъ авторахъ, о которыхъ я уже говорилъ выше (стр. 37), давно уже описавшихъ при наследственномъ сифилисѣ особую форму сифилитическихъ артритовъ, названную ими *ostéo-arthropathie déformante syphilitique*.

Mérisamp былъ, повидимому, первый, описавшій еще въ 1882 г. два случая этого заболѣванія суставовъ и предложившій только что приведенный терминъ; по его мнѣнiю, при наследственномъ сифилисѣ встрѣчаются иногда артриты съ значительными деформациями эпифизовъ и очень напоминающiе по своимъ внѣшнимъ проявленiямъ «спинальные артропатiи». Однако, насколько я могъ понять изъ довольно неясныхъ описанiй этихъ случаевъ, какъ у Mérisamp, такъ и у другихъ его соотечественниковъ, происхожденiе этихъ деформаций эпифизовъ приписывается гуммознымъ остеоперiоститамъ въ этихъ эпифизахъ, а потому нельзя не согласиться съ Fournier, Gangolphe'омъ и друг., что терминъ этотъ неудаченъ, такъ какъ въ сущности это не *arthritis deformans*, какъ это принято понимать, а просто обезображиванiе суставовъ гуммозными процессами. Fouquet говоритъ въ своей диссертации 1905 г. о 8 такихъ случаяхъ и приводитъ 6 исторiй болѣзней. Maclaire въ своей монографии о болѣзняхъ суставовъ 1909 г. отрицаетъ существованiе сифилитическаго деформирующаго артрита и подробно указываетъ рѣзкiя различiя этихъ сифилитическихъ поражений суставовъ отъ настоящей *arthritis deformans*. Такого же взгляда на эти quasi-деформирующiе артриты французовъ держусь и я.

Такимъ образомъ оказывается, что въ концѣ-концовъ, кромѣ меня, связь сифилиса съ настоящимъ деформирующимъ артритомъ стремится доказать только Нескманн, но, къ сожалѣнiю, клинической матеріалъ его пока очень бѣденъ и мало доказателенъ, а анатомическiя изслѣдованiя отсутствуютъ, Wollenberg же теоретически допускаетъ только зависимость нѣкоторыхъ формъ *arthritis deformans* отъ сифилиса, но, какъ мы видѣли, ни клиническихъ, ни анатомическихъ наблюденiй не приводитъ.

Вотъ почему мнѣ думается, что 4 оперированныхъ мною случая не лишены интереса и заслуживаютъ возможно подробнаго разбора.

Перехожу къ первому моему случаю.

(35) С. Д., 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 29/хп 1907 г., жалуясь на опухоль праваго колѣна и на затрудненiя при ходьбѣ.

Д., крестьянинъ Могилевской губернии, родился и живетъ въ деревнѣ, гдѣ занимается хлѣбопашествомъ при тяжелыхъ условiяхъ жизни. Водку пьетъ съ 19 лѣтъ и въ довольно большомъ количествѣ.

Курить только послѣднiй годъ, но немного. *Abusus in venere* отрицаетъ. Холостъ.

Происходитъ, по его словамъ, изъ здоровой семьи. Отцу и матери около 46—47 лѣтъ, оба совершенно здоровы, тоже и 3 сестры больного. Самъ Д. до этой болѣзни никогда ничѣмъ не болѣлъ; утверждаетъ, что сифилиса и венерическихъ болѣзней у него не было.

Два года тому назадъ при ловлѣ рыбы Д. пробыль 12 часовъ въ холодной водѣ и сильно озябъ. Вскорѣ послѣ этого Д. замѣтилъ припухлость праваго колѣна и нѣкоторую тугоподвижность въ немъ, особенно по утрамъ; жара и лихорадки въ то время не замѣчалъ; движенія не были ограничены и въ общемъ были безболѣзненны;

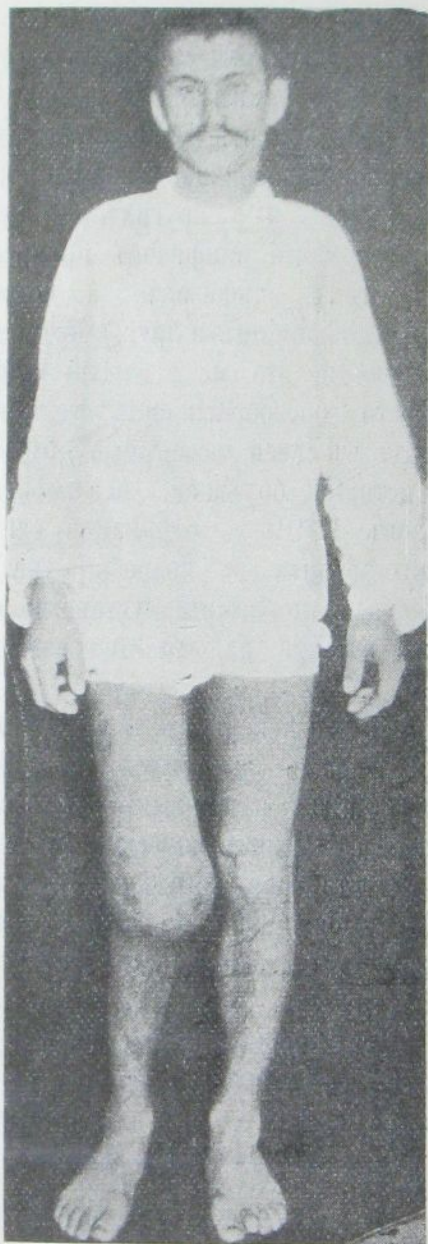


Рис. 33. Arthritis deformans syphilitica  
(собственное наблюдение).



Рис. 34. Тотъ же случай, что на  
рис. 33.

боль появлялась иногда только при продолжительной ходьбѣ. Постепенно, однако, опухоль сустава и тугоподвижность увеличивались, а за 4 мѣсяца до поступления въ клинику появились боли, не допускавшія ступать на ногу. Д. лечился безрезультатно у врача, а затѣмъ самъ ставилъ себѣ на больное колѣно мушки, но и это не помогло,

тогда Д. самъ прокололъ себѣ опухоль колѣна шиломъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ и выпустилъ порядочное количество мутноватой, водянистой жидкости. Первое время больному послѣ этого стало легче, но вскорѣ опухоль снова достигла той же величины, боли при попыткахъ ходить усилились, движенія рѣзко ограничились и Д. обратился въ клинику.

Б. средняго роста (168 см.), правильнаго сложенія и довольно удовлетворительнаго питанія (вѣсъ тѣла 3 п. 28<sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф.); общіе покровы блѣдны, съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Мускулатура развита плохо. Лимфатическія железы увеличены только въ правомъ паху, гдѣ имѣется пакетъ железъ величиной въ куриное яйцо. Зубы хорошіе. Внутренніе органы здоровы. Пульсъ 78; t° 37,1. Мочи 1600, нормальнаго цвѣта и состава, уд. вѣса 1013, плотный остатокъ 48,5.

Нервная система, изслѣдованная подробно специалистомъ, оказалась-вполнѣ здоровой, только въ области больного сустава отмѣчено незначительное пониженіе болевой чувствительности.

Правый колѣнный суставъ, какъ видно на приложенныхъ рисункахъ (рис. 33 и 34), сильно увеличенъ въ объемѣ, формы и величины средней дыни. Утолщеніе конечности начинается съ середины бедра, постепенно расширяется, спускаясь къ колѣнному суставу, и круто заканчивается, какъ бы нависая надъ верхнимъ эпифизомъ tibiae. Колѣно въ положеніи *genus valgi* подъ небольшимъ угломъ; *subluxatio* голени кзади. Мускулатура бедра и голени рѣзко атрофирована.

Измѣреніе окружности конечности показываетъ:

	На лѣв. конечност.	На правой конечност.
Окружность бедра на границѣ верхней $\frac{1}{3}$ и средней	44 см.	38 см.
на границѣ средней $\frac{1}{3}$ и нижней надъ чашкой	37 »	42 »
черезъ средину patellae	33 «	44 »
подъ колѣннымъ суставомъ	34 »	48 »
на срединѣ голени	32 »	33 »
	32 »	25 »

Протяженіе опухоли сверху внизъ—22 см.

Цвѣтъ кожи въ области больного колѣна, за исключеніемъ мѣсто-расположенія рубцовъ отъ мушекъ и проколовъ,—нормальный; кожа истончена, напряжена, но подвижна; въ ней замѣтна значительно развитая венозная сѣть. Мѣстная t° въ больномъ колѣнѣ нѣсколько повышена.

При ощупываніи консистенція опухоли неравномѣрна, большею частью она хрящевата, мѣстами даже костной консистенціи, мѣстами въ области суставной капсулы опухоль мягкая, тѣстоватая; въ этихъ мѣстахъ замѣтно присутствіе въ суставѣ жидкости съ плавающими въ ней хрящевыми посторонними тѣлами.

Нижній конецъ бедренной кости и верхній эпифизъ tibiae значительно утолщены и рѣзко деформированы, какъ это видно и на рентгенограммѣ (см. рис. 35). Patella подвижна, но не баллотируется.

Такимъ образомъ нижняя часть бедра увеличена въ объемѣ частью насчетъ утолщенія бедренной кости, частью насчетъ инфильтраціи мягкихъ частей почти хрящевой консистенціи. Опухоль сустава зависитъ отчасти отъ деформации эпифизовъ и смѣщенія ихъ, но главнымъ образомъ—отъ значительнаго растяженія капсулы жидкимъ эксу-

датовъ, причеиъ въ толщѣ самой капсулы очень обширныя отложенія костно-хрящевой ткани, отчего суставъ даетъ впечатлѣнiе большого разбитаго яйца съ очень толстой скорлупой; въ полости сустава черезъ мягкiя мѣста капсулы прощупываются увеличенныя ворсины и постороннiя тѣла.

При давленiи пальцами, довольно сильномъ, вся область сустава нѣсколько болѣзненна, особенно область внутренняго мыщелка бедра.

Активное и пассивное сгибанiе до угла  $88^{\circ}$ . Разгибанiе активное согнутаго колѣна почти невозможно, пассивное—до  $178^{\circ}$ . Связочный аппаратъ расслабленъ и суставъ настолько распатанъ, что въ немъ



Рис. 35. Тотъ-же случай, что на рис. 33.

возможны какъ боковыя движенiя, такъ и ротация голени въ объемѣ  $40-45^{\circ}$ . При движенiяхъ въ суставѣ мягкая крепитация и рядомъ довольно грубый хрустъ. Ходить больной почти не можетъ, даже при помощи палки, отчасти вельдствие появившихся при этомъ болей, отчасти вельдствие распатанности сустава. При покойномъ положенiи Д. болей не ощущаетъ; ночныхъ болей нѣтъ и не было.

Рентгеноскопия показала, какъ видно на прилагаемой рентгенограммѣ: суставные концы смѣщены и сильно деформированы насчетъ разростаиія костной ткани; костная тканьъ въ обоихъ эпифизахъ мѣстами склерозирована; суставныя поверхности, повидимому, лишены хряща, очень неровныя, бугристыя; въ капсулѣ значительныя отложе-

нія костной ткани, въ полости сустава свободныя или плавающія на тонкихъ ножкахъ костно-хрящевыя постороннія тѣла.

Діагнозъ. *Arthritis deformans* неизвѣстнаго происхожденія, можетъ быть—*luetica*.

Леченіе. Покойное положеніе въ кровати и леченіе іодистымъ каіемъ въ теченіе мѣсяца остались безъ всякаго результата.

1/п. Подъ спинномозговой анестезіей мною произведена артро-томія.

При вскрытіи сустава обычнымъ дугообразнымъ поперечнымъ разрѣзомъ изъ сустава вытекло большое количество серозной жидкости съ большимъ количествомъ фибриновыхъ свертковъ. Капсула утолщена до 4 см.; мѣстами она фиброзная, мѣстами она перерождена въ костную и хрящевую ткань; причемъ наибольшая такая пластинка, толщиною около 1 см. и величиной съ нормальную надколенную чашку, расположена въ стѣнкѣ *recessus suprapatellaris*, который очень растянутъ; масса другихъ такихъ пластинокъ меньшей величины и разной толщины залегаютъ въ разныхъ мѣстахъ суставной капсулы. Вся синовиальная покрыта значительно разросшимися ворсинками колбовидной формы, полипообразно свѣшивающимися въ полость сустава; во многихъ изъ этихъ ворсинъ хрящевыя отложенія; всѣ эти ворсины сизо-малиноваго цвѣта, очень богаты сосудами и полнокровны (вѣроятно влѣдствіе застоя отъ кровоостанавливающаго жгута); въ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ ворсинъ, синовиальная превращена въ фиброзную, рубцовую соединительную ткань. Въ хрящахъ бедренной и большеберцовой кости большіе дефекты въ формѣ географической карты; на мѣстахъ недостающаго хряща кость покрыта тонкимъ слоемъ соединительной ткани, подъ нею бѣлая склерозированная кость твердости слоновой кости, съ неровной поверхностью; остатки хряща мутны и какъ бы мацерированы; на внутренней поверхности *patellae* хрящъ бугристый, мѣстами атрофированный, мѣстами утолщенный, какъ бы пролиферирующій; вся картина даетъ полную картину сифилитическаго хондрита; эпифизы *femoris* и *tibiae* сильно обезображены влѣдствіе неправильно разрастающейся костной ткани; по краямъ суставныхъ концовъ масса безформенныхъ остеофитовъ (*Randwucherungen*).

Вся капсула съ хрящевыми отложеніями и ворсинами вырѣзана, суставные концы выскоблены острой ложкой, неровности сбиты долотомъ настолько, чтобы приладить суставные концы одинъ къ другому; *patella* удалена; тампоны въ суставъ, шовъ на кожу, неподвижная повязка.

Пооперационное теченіе сначала нѣсколько осложнилось гематомой, но затѣмъ ничего особеннаго не представляло; рана зажила отлично—*per primam* до тампоновъ.

2/ш т. е. на 31 день р. ор. назначенъ КЛ., начиная съ 2,0 *pro die*, въ восходящихъ дозахъ.

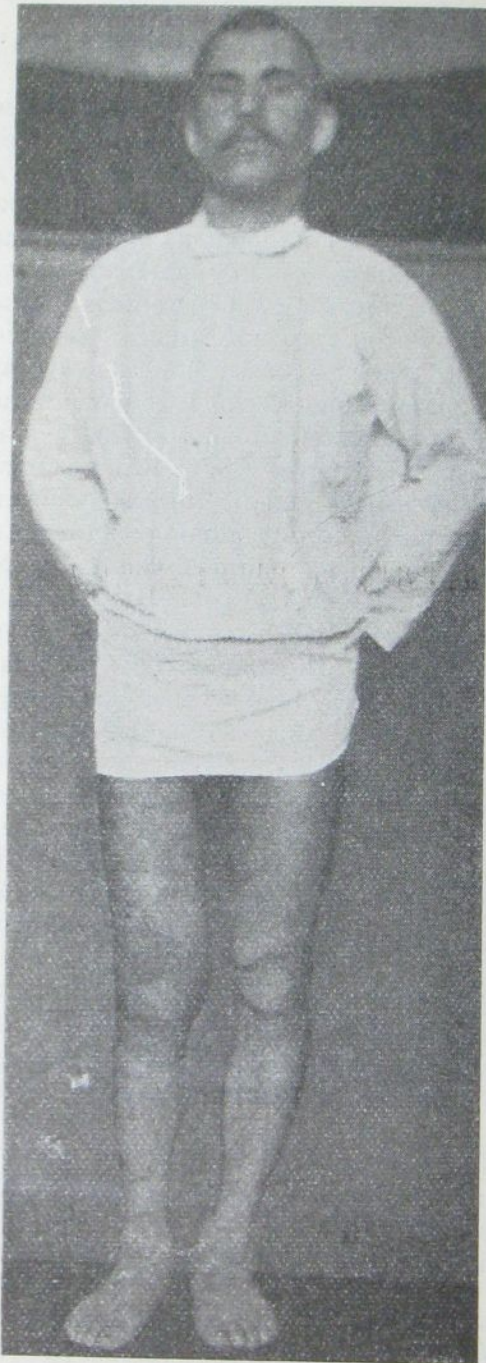
На 45 день началъ ходить на костыляхъ въ крахмальной повязкѣ; хорошая консолидація; нижняя половина бедренной кости стала какъ будто тоньше.

На 48 день ходить въ крахмальной повязкѣ съ палкой, безъ всякой боли.

На 67 день р. ор. можетъ стоять свободно (см. рис. 36), ходить едва опираясь на палку. Изъ предосторожности Д. снабженъ съемно-неподвижной повязкой въ видѣ татора на колѣно. Іодъ б. прини-



малъ, дойдя постепенно до 5,0 грм. въ день, въ теченіе 36 дней, всего принялъ 153 грм. Общее состояніе, несомнѣнно подѣ влияніемъ іода, значительно улучшилось. Б. чувствуетъ себя крѣпкимъ и здоро-



вымъ; прибѣлъ въ вѣсъ на 7 фунтовъ. Опухоль въ области колѣна опала; инфильтраты въ мягкихъ частяхъ всосались; по-видимому уменьшился и объемъ костей, на которыхъ при рентгеноскопій видно гораздо меньше неровностей и утолщеній. На рентгенограммѣ (которую я, къ сожалѣнію, случайно разбилъ) виденъ костный анкилозъ въ правильномъ положеніи, причемъ костная ткань эпифизовъ какъ будто меньше склерозирована.

Б. выписанъ работоспособнымъ, но съ совѣтомъ все же продолжать леченіе іодомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ изъ сустава частей дало слѣдующее:

Въ ворсинахъ (см. рис. 37) гранулемы, расположенныя вблизи венъ и капилляровъ—милярныя гуммы; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эти гранулемы прямо окружаютъ сосуды, какъ, напр., на рис. 38; еще въ другихъ препаратахъ (рис. 39) вблизи этихъ гранулемъ видны артеріи съ рѣзко утолщенными стѣнками; гигантскихъ клѣтокъ мы не нашли; такой же облитерирующей артеритъ имѣется и въ сосудахъ синовиальной и капсулы (рис. 40). Въ хрящѣ, взятомъ съ *patellae* (рис. 41), ясно видно типичное разволакиваніе хряща, а въ хрящѣ, взятомъ съ бедренной кости (рис. 42), можно видѣть перерожденіе хряща въ соединительную ткань. Если признать гранулемы и артеритъ недостаточными характерными для сифилиса, то процессъ въ хрящахъ безспорно типиченъ, а въ совокупности вся микроскопическая картина, вмѣстѣ взятая, мнѣ думается, не оставляетъ сомнѣній въ томъ, что процессъ въ суставѣ—сифилитическій.

Рис. 36. Тотъ-же случай, что на рис. 33 и 34, черезъ 67 дней послѣ операци.



Рис. 37. Сръзь чрезъ ворсины. Милиарныя гуммы. Препаратъ отъ того больного что на рис. 33 и 34.

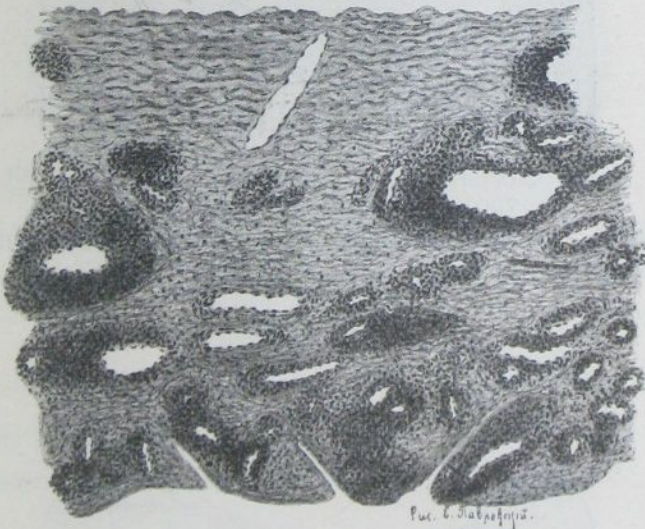


Рис. 38. То-же, что на рис. 37.

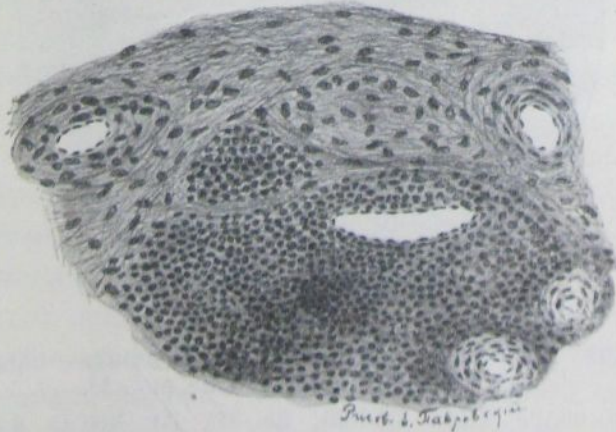


Рис. 39. То-же, что на рис. 37 и 38 при большемъ увеличеніи. Милиарная гумма и arteriitis obliterans syphilitica (?).

Изъ приведенной исторіи болѣзни вы видите, Мм. Гг., что описанный случай не заурядный и съ клинической точки зрѣнія представляетъ выдающійся интересъ во многихъ отношеніяхъ.



Рис. 40. Срѣзь черезъ капсулу. Arteritis obliterans syphilitica. (?) Препаратъ отъ того больного, что на рис. 33.

При бѣгломъ осмотрѣ больного прежде всего навязывалась мысль о какомъ-либо злокачественномъ новообразованіи, настолько опухоль колѣна



Рис. 41. Chondritis syphilitica. Поперечное разволакиваніе хряща. Препаратъ отъ того больного, что на рис. 33. и нижней части бедра была велика; на эту же мысль наводили костно-хрящевая консистенція опухоли и большой пакетъ железъ въ соотвѣт-

ствующей паховой складкѣ. Однако при болѣе внимательномъ изслѣдованіи не трудно было убѣдиться, что опухоль сустава—не что иное, какъ сильно растянутая, почти окостенѣвшая суставная сумка, что передъ нами громадный *hydrops fibrinoso-villosus* съ обширными отложеніями костно-хрящевой ткани въ толщѣ сумки и сильно обезображенными эпифизами костей, а что опухоль бедра зависитъ отчасти отъ какого-то инфильтрата мягкихъ частей, отчасти—отъ увеличенія въ объемѣ нижней половины бедренной кости.

Пакетъ же лимфатическихъ железъ объясняется, повидимому, просто хроническимъ аденитомъ, развившимся подъ вліяніемъ продолжительныхъ

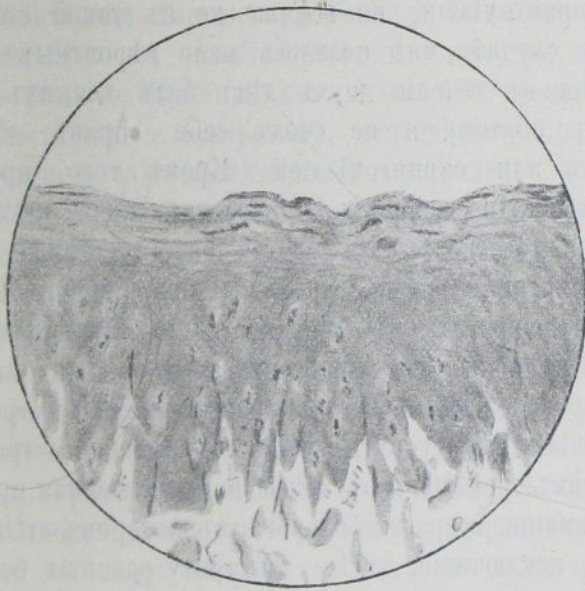


Рис. 42. *Chondritis syphilitica*. Перерожденіе хряща на соединительную ткань.

раздраженій въ области колѣна отъ грубо произведенныхъ проколовъ сустава грязнымъ шиломъ и отъ неумѣло примѣнявшихся больнымъ мушекъ.

Такимъ образомъ, мы, видимо, имѣемъ передъ собой одну изъ формъ деформирующаго артрита, но осложненнаго какимъ-то процессомъ въ бедренной кости и мягкихъ частяхъ бедра.

Такое распознаваніе заболѣванія сустава подтверждала и рентгеноскопія. Кромѣ того, распознавъ *arthritis deformans*, нельзя было не обратить вниманія еще на двѣ особенности данного случая—на несоотвѣтствующій возрастъ больного (26 лѣтъ) и на чрезвычайно быстрое развитіе болѣзненнаго процесса, приведшаго въ теченіе всего 2-хъ лѣтъ къ такимъ тяжелымъ измѣненіямъ въ суставѣ.

Прежде всего нужно было констатировать или исключить наличность у даннаго больного органическаго пораженія нервной системы, такъ какъ всего болѣе картина болѣзни, за немногими исключеніями, походила на ту, которую мы видимъ при *tabes* и *сирингоміэліи*.

Tabes легко было исключить за полнымъ отсутствіемъ малѣйшихъ намековъ въ этомъ отношеніи, указаній на сирингоміэлію тоже не было, въ всякомъ случаѣ—по словамъ спеціалиста, тщательно изслѣдовавшаго больного. Правда, можно было допустить, что это заболѣваніе сустава первое и единственное проявленіе tabes'a или сирингоміэлія, такъ какъ, по словамъ нѣкоторыхъ невропатологовъ, табетическія и сирингоміэлитическія артропатіи развиваются иногда очень рано, до появленія другихъ симптомовъ пораженія центральной нервной системы. Однако мнѣ все же казалось недостаточно обоснованнымъ такое объясненіе случая—я полагалъ, что можно себѣ представить невропатическую артропатию, какъ предвѣстникъ органическаго заболѣванія спинного мозга при спинной сухоткѣ и сирингоміэліи, но все же не въ такой степени, какъ это было въ нашемъ случаѣ: мнѣ казалось мало вѣроятнымъ существованіе такого заболѣванія въ теченіе двухъ лѣтъ безъ всякихъ другихъ проявленій болѣзни, поэтому я не считалъ себя вправѣ объяснить этотъ артритъ tabes'омъ или сирингоміэліей. Кромѣ того, противъ обычной табетической артропатіи говорили и вышеуказанная кака-то странная инфильтрація (не отекъ) мягкихъ частей бедра, а также утолщеніе нижней половины бедренной кости, производившее впечатлѣніе какого-то хроническаго остеоперіостита въ этой кости, захватившаго и діафизъ.

Для меня было ясно, что пораженіе сустава въ данномъ случаѣ неврогическаго происхожденія, но безъ органическаго страданія спинного мозга, что имѣвшіяся въ суставѣ измѣненія частью «трофическія», но что вмѣстѣ съ тѣмъ трофоневрозъ здѣсь не единственная причина артрита. Принимая во вниманіе: возрастъ больного, въ которомъ *arthritis deformans* встрѣчается какъ исключеніе, далѣе—быстроту развитія болѣзни, инфильтрацію бедра и процессъ въ діафизѣ бедренной кости, я предположилъ, что въ этомъ случаѣ имѣется на-лицо еще какой-то другой процессъ съ хроническимъ теченіемъ, послужившій, можетъ быть, одновременно и причиной трофоневроза.

Въ анамнезѣ было, правда, два момента, изъ коихъ каждый въ отдѣльности многими считается достаточной причиной для пораженія суставовъ деформирующимъ артритомъ, это—сильная простуда и травма (проколы суставовъ шиломъ). Если бы придерживаться классификаціи Wollenberg'a (которая, кстати сказать, во время наблюденія этого случая не была еще опубликована), то случай этотъ можно было бы разсматривать какъ реактивную форму *arthritis deformans*, какъ реакцію сустава на простуду и послѣдующую затѣмъ травму (*arthritis deformans traumatica*). Однако, какъ вы знаете, я такого взгляда на значеніе простуды и травмы на заболѣваніе суставовъ не раздѣляю. Я готовъ допустить, что чаще очень сильная простуда, какъ это было въ этомъ случаѣ, такъ же какъ и травма, могутъ послужить причинами, предрасполагающими къ трофоневрозу въ суставѣ, но не производящими его,—я склоненъ думать, что, кромѣ простуды и травмы, здѣсь

нужна и наличность въ организмѣ какой-либо инфекціи, либо какихъ-либо токсиновъ, иначе говоря — нужна еще какая-то почва.

Какъ извѣстно изъ хроническихъ инфекціонныхъ болѣзней, причиняющихъ пораженія суставовъ, мы чаще всего встрѣчаемся съ туберкулезомъ, затѣмъ съ сифилисомъ, поэтому мнѣ казалось необходимымъ во всякомъ случаѣ исключить у нашего больного вліяніе этихъ двухъ инфекцій. О туберкулезѣ сустава, какъ о причинѣ, вызвавшей деформирующій артритъ, не было никакого основанія думать, такъ какъ больной съ уже пораженнымъ суставомъ болѣе 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года продолжалъ функционировать конечностью и исполнялъ крестьянскія сельско-хозяйственныя работы, а за все время теченія болѣзни не было такого періода, въ которомъ клиническая картина напоминала бы собою бугорковое заболѣваніе сустава. Что же касается сифилиса, то для признанія его у нашего больного тоже не было никакихъ основаній, но не было ихъ и для отрицанія наличности lues'a. Напротивъ, допустивъ у больного сифилитическую почву, можно было объяснить себѣ и тѣ явленія, кои осложняли собою картину *arthritidis deformatantis*. Инфильтрація мягкихъ частей бедра могла объясняться гуммоznымъ процессомъ въ мускулатурѣ и межмышечной кльтчаткѣ, утолщеніе же бедренной кости — гуммоznымъ остеоперіоститомъ.

Указаній на наличность какихъ-либо другихъ инфекцій (напр. затянувшагося гонорройнаго зараженія, инфекціоннаго хроническаго ревматизма и т. п.) или аутоинтоксикацій въ анамнезѣ не было.

Поэтому, ничего не утверждая, я допустилъ возможность появленія въ этомъ случаѣ трофоневроза подъ вліяніемъ простуды и травмы на почвѣ наслѣдственнаго или приобрѣтеннаго въ раннемъ дѣтствѣ сифилиса, повліявшаго съ одной стороны на суставы и, съ другой — на нервную систему, не въ видѣ органическихъ процессовъ въ спинномъ мозгу, а въ видѣ отравленія послѣдняго или периферическихъ нервовъ токсинами сифилиса безъ органическихъ измѣненій въ нихъ. На этомъ основаніи мы и начали леченіе съ назначенія іода, который, однако, остался безъ всякаго вліянія. Стало несомнѣннымъ, что оперативное вмѣшательство показано.

При вскрытіи сустава мы встрѣтили типичную картину *arthritidis deformatantis* или *arthropathiae tabidorum*. Говорю «или», такъ какъ, по моему мнѣнію, согласному съ мнѣніемъ очень многихъ, табетическая артропатія представляетъ собою лишь одну изъ формъ обезображивающаго артрита. Одну особенность въ нашемъ случаѣ можно было отмѣтить уже въ макроскопической картинѣ пораженія сустава, это — всѣ фазисы сифилитическаго хондрита. Микроскопическое изслѣдованіе, какъ вы видѣли, показало милиарныя гуммы въ ворсинахъ, расположенныя частью въ окружности венъ и капилляровъ, частью вблизи артерій, пораженныхъ облитерирующимъ артеритомъ, который при наличности сифилитическаго хондрита тоже нельзя было не признать сифилитическимъ. Такимъ образомъ, артротомія и микроскопія показали, что мы имѣли полное основа-

ніе признать въ данномъ случаѣ *arthritis deformans syphilitica*. Послѣ-операционное леченіе іодистымъ калиемъ тоже подтвердило сказанное распознаваніе: вы видѣли, что при операціи удалена лишь синовіальная и *patella*, конечность же приняла почти нормальный видъ вслѣдствіе того, что инфильтрація мягкихъ частей бедра разсосалась и утолщеніе бедренной кости уменьшилось, а общее состояніе больного значительно поправилось—все это было результатомъ не операціи, конечно, а леченія іодомъ, возобновленнаго послѣ операціи.

Вы могли бы, однако, спросить меня, имѣю-ли я достаточно основаній называть пораженіе сустава въ разбираемомъ случаѣ терминомъ—*arthritis deformans*, и какъ я связываю сифилисъ съ безспорно имѣвшимися здѣсь трофическими измѣненіями въ тканяхъ сустава?

На эти вопросы я могу сказать слѣдующее:

При опредѣленіи—что такое *arthritis deformans*, большинство авторовъ и учебниковъ, начиная съ *Volkman*'а, говорятъ, что это заболѣваніе суставовъ, помимо измѣненія формы суставныхъ концовъ, характеризуется главнымъ образомъ атрофическими процессами въ хрящахъ и отчасти въ костяхъ, въ подхрящевыхъ слояхъ послѣднихъ, наряду съ процессами пролифераціи въ тѣхъ же тканяхъ; при этомъ эпифизы, сначала разрыхленные въ подхрящевомъ слоѣ, постепенно склерозируются (*eburneatio*) и, будучи лишены атрофированнаго или переродившагося въ костную ткань хряща, «стираются», «стачиваются» другъ о друга (*werden abgeschliffen*); пролиферація хрящевой и костной ткани выражается мѣстными, гнѣздными разрощеніями хряща, отчего хрящъ получаетъ неровную, иногда бугристую поверхность (*surface mamellonnée*), въ костяхъ же пролиферація происходитъ по краямъ сустава, въ мѣстахъ прикрѣпленія суставной сумки, выражаясь развитіемъ остеофитовъ (*Randwucherungen*) и вообще безформеннымъ разрощеніемъ кости. Синовіальная сначала мало реагируетъ, но затѣмъ постепенно утолщается, а ворсины ея разрастаются, превращаясь иногда въ древесвидный жировикъ (*lipoma s. fibroma arborescens*), причемъ въ нѣкоторыхъ ворсинахъ развивается хрящевая ткань; такія отложенія хрящевой, а также и костной ткани, наблюдаются иногда и въ толщѣ суставной капсулы, экстра-артикулярно, хотя это послѣднее явленіе болѣе свойственно одной изъ формъ *arthritis deformantis*, а именно табетической артритіи.

Сравнивая анатомическую картину въ нашемъ случаѣ съ только что приведенной, описываемой авторами, я не могу не признать, что заболѣваніе сустава у нашего больного, по крайней мѣрѣ по отношенію къ макроскопической картинѣ болѣзни, мы дѣйствительно имѣли право назвать деформирующимъ артритомъ.

Если признать, что для *arthritis deformans* прежде всего характерно одновременное вліяніе на суставъ процессовъ атрофическихъ и пролифераціонныхъ въ хрящахъ и костяхъ, то, вѣдь, именно это-то въ нашемъ случаѣ и было на-лицо: съ одной стороны атрофія хрящей съ посте-

пеннымъ перерожденіемъ ихъ въ соединительную ткань, съ другой стороны, пролиферація хряща на надколѣвникѣ (*surface mamellonnée*) и въ ворсинахъ; съ одной стороны атрофическій гнѣздный процессъ въ подхрящевыхъ слояхъ кости съ образованіемъ небольшихъ полостей, окруженныхъ склерозированной костью (какъ я думаю — послѣдствіе субхондральныхъ гуммъ), съ другой — пролиферація костной ткани въ видѣ остеофитовъ по краямъ сустава (*Randwucherungen*) и обильное развитие костной ткани въ толщѣ капсулы, а также деформация эпифизовъ отъ беспорядочнаго разростанія ихъ вслѣдствіе того же пролифераціоннаго процесса въ кости. Въ нашемъ случаѣ не было, правда, такихъ участковъ костей, которые были бы совершенно обнажены и «отполированы», какъ это описывается при *a. deformans*, но это обстоятельство не противорѣчитъ нашему взгляду на данное пораженіе сустава, такъ какъ, во-первыхъ, полное обнаженіе кости и стираніе ея, повидимому, — явленіе, наблюдаемое въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ, во-вторыхъ, такую замѣну хряща соединительной тканью безъ полного обнаженія кости Barth и Wollenberg наблюдали при табетическихъ артритяхъ, а самъ Wollenberg вѣдь признаетъ артритъ у табетиковъ за одну изъ формъ *arthritidis deformantis*.

Нѣкоторую особенность въ нашемъ случаѣ представляютъ еще большее количество жидкости въ суставѣ и безмѣрное утолщеніе капсулы до 1—1½ см., но это я объясняю себѣ какъ послѣдствіе гуммозныхъ процессовъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что макроскопическая картина измѣненій сустава не противорѣчитъ нашему представленію о таковой при *arthritidis deformans*.

Другое дѣло — картина микроскопическая. Здѣсь я долженъ отмѣтить, что наши микроскопическія изслѣдованія я не могу считать пока достаточными и исчерпывающими, такъ какъ мы, вѣдь, пользовались очень небольшимъ матеріаломъ, полученнымъ при артротоміи, во время операціи, а не имѣли въ рукахъ всего препарата, полученнаго на аутопсѣ или послѣ ампутаціи, поэтому-то и изслѣдованія наши не лишены дефектовъ, однако кое-какіе выводы я могу все же сдѣлать.

Прежде всего долженъ остановить ваше вниманіе на измѣненіяхъ въ хрящѣ: по описанію большинства авторовъ измѣненія въ хрящѣ при *ag. deformans* начинаются съ расщепленія, разволакиванія его въ направленіи перпендикулярномъ къ его поверхности, т. е. въ направленіи продольномъ, причѣмъ въ немъ мѣстамъ замѣтны гнѣзда съ пролифераціей хрящевыхъ клѣтокъ; далѣе хрящъ атрофируется, а изъ глубины его прорастаетъ костная ткань; такимъ образомъ хрящъ постепенно уничтожается и кость оказывается совершенно обнаженной; въ нашемъ случаѣ мы такого процесса не видѣли, но имѣли предъ собой характерный, по Gies'у, сифилитическій хондритъ — сначала помутнѣніе хряща, поперечное его разволакиваніе, параллельно плоскости хряща, постепенную атрофію хрящевой ткани и перерожденіе ея въ соединительную, фиброзную. Про-



лифераціонныхъ процессовъ въ хрящѣ мы подъ микроскопомъ не нашли, хотя макроскопическое разрастаніе хряща безспорно существовало, но это объясняется, повидимому, недостаточностью изслѣдованія за неимѣніемъ матеріала. Полагаю, какъ я уже сказалъ, что наличность сифилитическаго хондрита не даетъ намъ права отрицать, что данный случай одна изъ формъ деформирующаго артрита, полагаю, что сифилитическій хондритъ представляетъ собою только особенность *arthritidis deformantis syphiliticae*, отличающую эту форму отъ другихъ ей подобныхъ; къ тому же надо признаться, что въ описаніяхъ измѣненій хрящей и костей при *a. deformans* до сихъ поръ много недосказаннаго и неяснаго, подчасъ непослѣдовательнаго, вѣроятно, — отчасти за недостаткомъ матеріала <sup>1)</sup>, отчасти потому, что въ номенклатурѣ этой «*vielgestaltigen Krankheit*» (по выраженію Schuchardt'a) царитъ порядочный хаосъ и отдѣльные авторы подъ общимъ флагомъ «*arthritis deformans*» несомнѣнно описывали самыя разнообразныя разновидности этого пораженія суставовъ.

Что касается измѣненій въ костяхъ, то гнѣздыя разрыхленія, размягченія кости, образованіе полостей и склерозирующій оститъ вокругъ таковыхъ, мнѣ думается, могутъ зависѣть отъ разныхъ причинъ; не отрицая вѣхъ другихъ объясненій этого процесса, я не вижу причины, почему при сифилитическомъ происхожденіи артрита не объяснять его субхондральными гуммами, которыя при сифилисѣ суставовъ представляютъ обычное явленіе; раздражая кость, онѣ часто, какъ я это говорилъ вамъ выше, вызываютъ реактивный склерозъ кости, а разсасываясь, оставляютъ послѣ себя небольшія полости.

Большой интересъ представляютъ найденныя нами въ нашемъ случаѣ измѣненія въ сосудахъ и гранулемы въ ихъ сосѣдствѣ.

Выше я говорилъ уже достаточно подробно о значеніи облитерирующаго артерита для распознаванія подъ микроскопомъ сифилиса; встрѣтивъ такой артеритъ у нашего больного, я тогда же счелъ его сифилитическимъ, не потому, что считаю его безспорно типичнымъ, а потому, что наряду съ нимъ имѣлись сифилитическій хондритъ и подхрящевыя гуммы, а также и потому, что леченіе іодомъ, несомнѣнно, прекрасно повліяло на процессъ въ суставѣ и на общее состояніе больного. То же я долженъ сказать и про гранулемы — расположеніе ихъ вокругъ и вблизи сосудовъ, характерное для сифилиса, и наличность другихъ указаній на сифилисъ позволили мнѣ признать эти гранулемы за милиарныя гуммы, тѣмъ болѣе, что препараты наши вполне соотвѣтствуютъ описаніямъ другихъ авторовъ.

Вотъ тѣ разсужденія и размышленія, на основаніи которыхъ я позволилъ себѣ назвать заболѣваніе сустава у этого больного сифилитическимъ деформирующимъ артритомъ и сообщить о своихъ изслѣдованіяхъ

<sup>1)</sup> Такъ, напр., такой знатокъ вопроса, какъ Wollenberg, имѣлъ случай изслѣдовать микроскопически измѣненія хряща при *a. tabidorum* только въ одномъ случаѣ.

еще весной 1908 г. Хирургическому Обществу Пирогова, не встрѣтивъ тамъ возраженій по существу.

Познакомившись затѣмъ съ вышедшей въ 1909 г. работой Wollenberg'a, я встрѣтилъ въ ней очень много данныхъ, къ большому моему удовольствію, подтверждающихъ въ значительной мѣрѣ мои взгляды на *a. deformans* вообще и на возможность сифилитическаго происхожденія нѣкоторыхъ формъ его.

Подробно излагать здѣсь обширную, интересную и прекрасную работу Wollenberg'a, такъ же, какъ и подробности его теорій, я здѣсь, конечно, не имѣю возможности и поэтому буду очень схематиченъ. Суть его взглядовъ на этиологию *arthritidis deformantis* сводится къ слѣдующему: находя въ цѣломъ рядѣ своихъ изслѣдованій наличность при разныхъ видахъ деформирующаго артрита измѣненій въ сосудахъ, главнымъ образомъ—суженіе просвѣта ихъ, т. е. закупоривающей артеритъ, Wollenbergъ объясняетъ всѣ наблюдающіяся здѣсь измѣненія въ тканяхъ нарушеніемъ правильности питанія послѣднихъ—будетъ-ли то зависѣть отъ уменьшеннаго притока крови (атрофическіе процессы) или отъ венозной гипереміи вслѣдствіе задержаннаго оттока (гиперпластическіе процессы); понятно, что причины нарушеній кровообращенія, въ зависимости отъ измѣненія просвѣта сосудовъ, могутъ быть самыя разнообразныя—точка зрѣнія, отчасти высказанная уже Virchow'ымъ и Кимпга по отношенію къ роли вазомоторовъ при неврогенныхъ артритахъ. Если теперь принять во вниманіе, что, по мнѣнію большинства, сифилитическое пораженіе сосудовъ—явленіе очень частое, то возможная связь сифилиса съ деформирующимъ артритомъ и съ точки зрѣнія теоріи Wollenberg'a станетъ намъ вполне ясною. При этомъ не слѣдуетъ упускать изъ виду, что, по мнѣнію того же Wollenberg'a, деформирующий артритъ—пораженіе вторичное (*eine secundäre Form*), являющееся между прочимъ какъ реакція на разные раздраженія сустава; между такими авторъ этотъ признаетъ воспалительные и инфекціонные процессы въ суставахъ, а въ числѣ ихъ и сифилисъ суставовъ. Такимъ образомъ, придерживаясь взглядовъ Wollenberg'a, слѣдуетъ допустить, что зависимость деформирующаго артрита отъ сифилиса можетъ быть двоякая: *a. deformans* можетъ быть, съ одной стороны, послѣдствіемъ раздраженія отъ гуммозныхъ процессовъ въ суставѣ и одновременно, съ другой стороны, представлять собой результатъ «нутритивныхъ» измѣненій, развивающихся подъ вліяніемъ сифилитическаго артерита.

Что касается моего личнаго мнѣнія по данному вопросу, то я склоненъ придавать измѣненіямъ въ сосудахъ меньше значенія, чѣмъ Wollenberg, такъ же, какъ и первичнымъ воспалительнымъ, resp. сифилитическимъ артритамъ—я думаю, специально по отношенію къ сифилитическому обезображивающему артриту, что гуммозные процессы въ суставѣ и измѣненія въ сосудахъ представляютъ собою только почву, благоприятствующую развитію *arthritidis deformantis*, но никакъ не произво-

дѣющую причину. Думаю такъ потому, что мы съ вами видѣли не мало гуммозныхъ артритовъ, существующихъ годами, но все же не приводящихъ къ такимъ измѣненіямъ въ суставъ, какія мы видимъ при *arthritis deformans*; при этомъ, какъ я, такъ и многіе другіе часто, почти обычно, находили при обыкновенныхъ гуммозныхъ артритахъ и пораженіе сосудовъ—*arteriitis obliterans* съ значительнымъ суженіемъ просвѣта, а иногда съ почти полной облитераціей его, но тѣмъ не менѣе деформирующій артритъ не развивался; подчеркиваю, что такіе гуммозные артриты съ измѣненіями сосудистыхъ стѣнокъ встрѣчаются десятками, а *arthritis deformans syphilitica* представляютъ собою сравнительно рѣдкость. Не ясно-ли, что для проявленія деформирующаго артрита однихъ гуммозныхъ процессовъ въ суставъ и облитерирующаго артериита еще мало, нужна еще какаѣ-то производящая причина или какія-то особенныя условія.

Мнѣ думается, что если признавать неврогенное происхожденіе табетической артропатіи, а эту послѣднюю считать лишь разновидностью деформирующаго артрита, то логично искать и главную причину *arthritidis deformantis* вообще въ заболѣваніи той же нервной системы; я хочу сказать, что, по моему мнѣнію, согласному съ мнѣніемъ очень многихъ, деформирующій артритъ вообще, какъ и табетическій, представляетъ собой результатъ «трофоневроза» сустава, причемъ этотъ трофоневрозъ, въ свою очередь, можетъ зависѣть отъ разныхъ причинъ, вызывающихъ заболѣваніе нервной системы и, какъ послѣдствіе, неправильности въ иннерваціи суставовъ.

Какъ опредѣлить со строго научной точки зрѣнія термины «трофоневрозъ», «трофическія разстройства» и т. д.—я затруднился бы; но все же употребляю эти термины, эти выраженія, полагая, что они,—какъ бы ни объяснять съ точки зрѣнія физиологіи происходящіе здѣсь въ тканяхъ процессы,—вполнѣ понятны всякому клиницисту, всякій, вѣдь, понимаетъ, что мы хотимъ сказать, когда говоримъ о *mal perforant*, какъ объ язвѣ трофическаго происхожденія, всякій, вѣдь, называетъ «трофическими» тѣ измѣненія, которыя появляются, напр., въ тканяхъ нижнихъ конечностей послѣ перерѣзки п. *ischiadici* или поврежденія спинного мозга, хотя большинство изъ насъ затруднится, вѣроятно, точно и коротко отвѣтить на вопросы, что такое трофическія функціи нерва, что такое трофическіе центры и т. п. Съ этой-то чисто клинической точки зрѣнія я и говорю о «трофоневрозѣ».

Итакъ, вотъ какъ я склоненъ объяснить себѣ генезисъ деформирующаго артрита. Я думаю, что трофическія разстройства въ тканяхъ сустава могутъ зависѣть какъ отъ нарушенія функцій периферическихъ нервовъ, т. е. нервныхъ стволовъ, обслуживающихъ извѣстный суставъ, такъ и отъ неправильностей въ функціяхъ центровъ, поэтому и причины, вызывающія трофоневрозъ, могутъ дѣйствовать на нервы периферическіе или на центральную нервную систему, иногда—на то и другое одновре-

менно или послѣдовательно. Такъ, я могу себѣ объяснить прямо вліяніе на нервы сустава травмы, простуды, хроническихъ воспалительныхъ процессовъ и инфекціонныхъ очаговъ въ тканяхъ сустава, мѣстное вліяніе нѣкоторыхъ токсиновъ и, какъ послѣдствіе заболѣванія нервовъ сустава, трофическія разстройства въ немъ; думаю такъ потому, что не вижу причины, почему внѣшнія вліянія (травма, простуда) и воспалительные процессы, зависящіе отъ инфекціи или дѣйствія токсиновъ, могутъ вызывать тѣ или другіе патологическіе процессы въ тканяхъ суставовъ и должны падать здѣсь нервы, а если дѣйствительно поражаются и нервные стволы, то это наврядъ-ли можетъ не отразиться на ихъ функціи, а, слѣдовательно, и на иннервируемыхъ ими тканяхъ; очень вѣроятно, что нервы суставовъ поражаются не всегда, можетъ быть, даже въ исключительныхъ случаяхъ, при особыхъ условіяхъ, и потому та же причина (напр. травма, гуммозный процессъ и т. д.) можетъ вызвать въ одномъ случаѣ только серозный синовитъ, а въ другомъ — тяжелыя трофическія разстройства въ суставѣ. Могутъ-ли такія мѣстныя вліянія на периферическіе нервы (какъ, напр., травма и простуда) одновременно или послѣдовательно вызывать нарушеніе функцій и центральной нервной системы, я, конечно, сказать не берусь, но мнѣ кажется это мало вѣроятнымъ. Очень можетъ быть, что нѣкоторые токсины при какихъ-то неизвѣстныхъ намъ условіяхъ могутъ вліять элективно только на нервы и такимъ образомъ вызывать трофическія измѣненія въ суставахъ. Несомнѣнно, далѣе, что нѣкоторыя инфекціи и ихъ токсины, а также нѣкоторыя аутоинтоксикаціи вліяютъ и на центральную нервную систему, вызывая въ ней тяжелыя органическія измѣненія и перерожденія и, какъ послѣдствія ихъ, трофическія разстройства; очень вѣроятно, что тѣ же яды или нѣкоторые изъ нихъ при особыхъ условіяхъ вызываютъ лишь временныя отравленія нервныхъ центровъ, не оставляя въ нихъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій, доступныхъ нашему изслѣдованію, какъ это, напр., безспорно наблюдается при интоксикаціяхъ тиреогеннаго происхожденія; повидимому и при такого рода отравленіяхъ нервныхъ центровъ возможны трофическія измѣненія въ кожѣ, мускулатурѣ, костяхъ и суставахъ, какъ, напр., при тиреотоксическомъ полиартритѣ. Изъ сказаннаго само собою вытекаетъ, что при извѣстныхъ условіяхъ не трудно себѣ представить одновременное вліяніе болѣзнетворныхъ началъ, какъ на периферическіе нервы, такъ и на центральную нервную систему, наряду съ послѣдствіями воздѣйствія на ткани суставовъ и мѣстныхъ инфекціонныхъ очаговъ. Возвращаясь теперь — послѣ этихъ разъясненій моихъ взглядовъ на неврогенное происхожденіе артропатій — собственно къ сифилису и его связи съ деформирующимъ артритомъ, мнѣ остается сказать очень немного, такъ какъ моя точка зрѣнія на эту связь вытекаетъ изъ сказаннаго сама собой: 1) гуммозными процессами въ суставахъ, особенно въ суставныхъ концахъ костей, могутъ быть вовлечены и нервы суставовъ, 2) очень вѣроятно, что токсины сифилиса могутъ

вліять не только на нервныя центры, но и на периферическіе нервы, 3) гуммозные процессы могут гнѣздиться въ спинномъ мозгу и его оболочкѣ, а токсины сифилиса могутъ вызывать въ немъ органическія измѣненія (параифилитическія заболѣванія нервныхъ центровъ), можетъ быть, и временныя отравленія его безъ доступныхъ нашему изслѣдованію анатомическихъ измѣненій въ немъ. При всѣхъ этихъ условіяхъ въ совокупности и при каждомъ изъ нихъ отдѣльно могутъ, повидимому, появиться въ суставѣ трофическія разстройства, наряду съ гуммозными процессами въ томъ же суставѣ, а, можетъ быть, и безъ таковыхъ. На основаніи гистологическаго изслѣдованія вышеприведеннаго случая, а также другихъ моихъ наблюденій, о которыхъ я скажу въ слѣдующей нашей бесѣдѣ, я имѣю основаніе думать, что въ очень большомъ числѣ случаевъ деформирующаго артрита у сифилитиковъ процессъ въ суставѣ начинается съ обычнаго гуммознаго артрита, къ которому лишь послѣдовательно присоединяются трофическія разстройства въ суставѣ въ зависимости отъ той или другой формы пораженія нервной системы тѣмъ же процессомъ или токсинами того же происхожденія. Согласно этимъ теоретическимъ соображеніямъ уже а priori слѣдуетъ предположить, что при анатомическомъ изслѣдованіи сифилитическаго деформирующаго артрита мы можемъ встрѣтить въ такомъ больномъ суставѣ, рядомъ съ трофическими разстройствами въ немъ, одновременно и гуммозные процессы *in flogē* (какъ это было въ описанномъ случаѣ), или только остатки таковыхъ, или, наконецъ, несмотря на сифилитическій характеръ заболѣваній, не найти никакихъ слѣдовъ сифилиса въ видѣ гуммозныхъ пораженій тѣхъ или другихъ тканей. Такое мое теоретическое предположеніе, справедливость котораго я постараюсь доказать ниже моими дальнѣйшими наблюденіями, вполне соответствуетъ и взглядамъ Wollenberg'a, что я усматриваю изъ слѣдующихъ его словъ: «je mehr die Arthritis deformans sich entwickelt, desto mehr drängt sie das vorgegangene Leiden in den Hintergrund» <sup>1)</sup>.

Однако припомнимъ, что же мы нашли въ нашемъ случаѣ?—Наряду съ безспорно трофическими разстройствами въ суставѣ мы констатировали наличность сифилитическаго хондрита и облитерирующаго артериита, причемъ по вышесказаннымъ соображеніямъ я долженъ былъ признать и этотъ послѣдній сифилитическимъ. Находка эта не противорѣчитъ даннымъ Wollenberg'a, тоже находившаго въ своихъ случаяхъ перерожденіе сосудовъ, что, какъ вы знаете, даже послужило основаніемъ всей его теоріи (*der vasculären Entstehung der Arthritis deformans*). Въ сущности данныя Wollenberg'a и мои одинаковы, различны только наши объясненія: Wollenbergъ видитъ въ заболѣваніи сосудовъ причину артрита, я же, не отрицая возможности происхожденія такого пе-

<sup>1)</sup> «Чѣмъ больше *arthr. deformans* развивается, тѣмъ больше эта форма пораженія сустава оттѣсняетъ на задній планъ картину предшествовавшаго заболѣванія сустава» (*Zeitschr. f. Orthoped. Ch.* XXIV. Hft. 3—4, стр. 361).

рождения сосудовъ отъ разныхъ причинъ и придавая ему не малое значеніе, считаю таковое при сифилисѣ явленіемъ не первичнымъ, а лишь сопутствующимъ другимъ явленіямъ въ суставѣ и тоже зависящимъ отъ сифилиса, во всякомъ случаѣ—не причиной заболѣванія сустава, ибо, какъ вы знаете, я находилъ такой же облитерирующій артерійтъ и при другихъ формахъ сифилитическихъ артритовъ.-

Итакъ, въ результатѣ, мнѣ думается, что я имѣлъ право уже на основаніи вышеописаннаго случая говорить о существованіи сифилитическаго деформирующаго артрита. Дальнѣйшее подтвержденіе высказанныхъ мною взглядовъ, основанное на новѣйшихъ моихъ наблюденіяхъ, я приведу въ слѣдующей моей лекціи.

## Лекція XVII.

Мм. Гг.

Разрѣшите начать сегодня прямо съ исторіи болѣзни одного случая деформирующаго артрита локтя, который мы наблюдали съ вами въ текущемъ учебномъ году.

(38) С. К., 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 12/ix 1909 г., жалуясь на боли и опухоль въ правомъ локтевомъ суставѣ и на невозможность пользоваться рукой.

С. К., крестьянинъ Новоладожскаго уѣзда, Петербургской губ., родился въ деревнѣ и безвыездно жилъ тамъ, занимаясь обычными работами земледѣльца при условіяхъ средняго достатка въ крестьянской семьѣ.

Спиртные напитки пьетъ съ 17—18-лѣтняго возраста, но никогда ими не злоупотреблялъ. Курить съ 10 лѣтъ. Никакими венерическими болѣзнями и сифилисомъ, по его словамъ, не болѣлъ. Родители его живы и здоровы—отцу 60 лѣтъ, матери 63. Въ семьѣ было 4 дѣтей, изъ которыхъ одинъ братъ (23 лѣтъ) страдаетъ «слабоуміемъ», другой братъ (38 лѣтъ) и сестра (32 лѣтъ) здоровы. Б. женатъ. Жена его здорова, но первая беременность (1½ года тому назадъ) окончилась у нея выкидышемъ на 3—5 мѣсяцѣ. Теперь она опять беременна и пока (6 мѣсяцевъ) беременность протекаетъ нормально.

Самъ больной никогда ничѣмъ не болѣлъ, только лѣтъ 8—10 тому назадъ у него безъ всякой видимой причины появилась течь изъ лѣваго уха, не сопровождавшаяся никакими болями, теперь на это ухо почти не слышитъ; года два тому назадъ появилось гное-теченіе изъ праваго уха, причемъ временами больной чувствуетъ боль за этимъ ухомъ.

Съ тѣхъ поръ, что больной себя помнитъ, его правая рука была сведена въ локтѣ; временами въ этомъ правомъ локтѣ бывали боли, которыя усиливались въ дождливое время, особенно по ночамъ, однако это не мѣшало ему работать—пахать, косить и т. п.

Мѣсяца 4 тому назадъ, послѣ неловкаго движенія въ больномъ локтевомъ суставѣ появилась довольно рѣзкая боль, которая, однако, скоро утихла; на другой день больной замѣтилъ опухоль и красноту въ области этого сустава. Опухоль съ каждымъ днемъ увеличивалась, а боли стали постоянными, что и заставило больного обратиться въ земскую больницу; тамъ былъ сдѣланъ разрѣзь, изъ котораго, по словамъ больного, ничего кромѣ крови не вытекло.

Рана отъ разрѣза очень долго не заживала и въ концѣ-концовъ на мѣстѣ ея остался свищъ, изъ котораго все время сочилась мутная, тягучая жидкость.

Первое время послѣ разрѣза въ локтѣ были очень сильныя боли, особенно при движеніяхъ, теперь уже съ мѣсяцъ сильныхъ болей

нѣтъ, но рука все время «ноетъ», особенно по ночамъ. Мѣсяца три тому назадъ случайно обжегъ область того же локтя, отъ чего на задней поверхности сустава образовалась язва, зажившая черезъ двѣ недѣли, но оставившая рубецъ.

Б. средняго роста (162 см.), правильнаго сложенія и умѣреннаго питанія (вѣсъ тѣла 4 пуда). Лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Артеріи немного склерозированы. Зубы Hutchinson'овскіе. Внутренніе органы отклоненія отъ нормы не представляютъ.

Мочи 2400, удѣльнаго вѣса 1004; слабо-кислой реакціи, бѣлка и сахара нѣтъ; въ осадкѣ мочекислыя соли: Колебныя и глоточныя рефлексы вялыя. Тактильная, болевая и термическая чувствительность на правой верхней конечности едва замѣтно понижена. Никакихъ другихъ болѣзненныхъ явленій со стороны нервной системы.

Правая верхняя конечность въ положеніи контрактуры подъ угломъ въ  $128^{\circ}$ . Правое плечо какъ будто немного (на  $\frac{1}{2}$  см. при измѣреніи) короче лѣваго. Контуры локтеваго сустава сглажены, суставъ сильно увеличенъ въ объемѣ; наибольшая окружность больнаго локтя 39 см., здороваго 34 см.; разстояніе между мышцами (опредѣленное циркулемъ) 9 см., на здоровой сторонѣ 8 см., поперечникъ сустава спереди назадъ 11 см., на здоровой сторонѣ 9 см.

На наружной поверхности сустава рубецъ отъ ожога. На задней поверхности сустава кожа отечна, синевато-багроваго цвѣта, спаяна съ подлежащими тканями, въ остальныхъ частяхъ кожа, покрывающая суставъ, нормальнаго цвѣта и подвижна.

На внутренней поверхности сустава, между olecranon и epicondylus intern. свищъ, изъ котораго выдѣляется довольно много тягучей, густой синовиі. Значительная периартикулярная инфильтрація: по близости со свищемъ флюктуирующий участокъ величиной съ 3-копѣечную монету. При ощупываніи остальныхъ частей опухоли въ области сустава консистенція почти плотности хряща, повидимому, въ

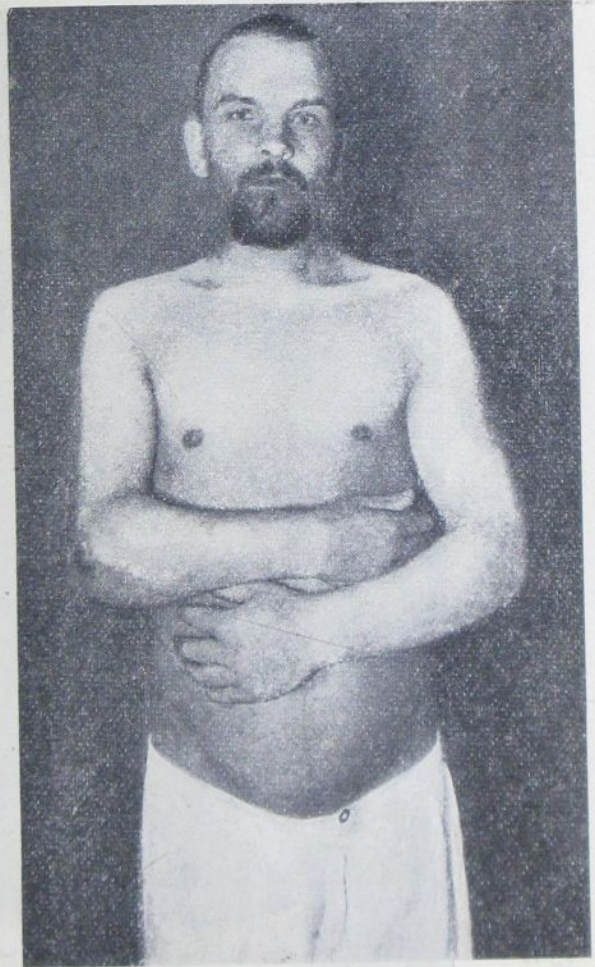


Рис. 43. Arthritis deformans syphilitica cubiti dextr. (Собственное наблюденіе).



нѣкоторыхъ участкахъ капсулы имѣются отложенія костно-хрящевой ткани. Суставные концы костей особенно шире значительно утолщены.

Мускулатура всей конечности атрофирована.

Движеніе въ суставъ значительно ограничено: активно сгибаніе въ размѣръ угла въ  $30^{\circ}$ , разгибаніе до  $128^{\circ}$ , пассивно сгибаніе  $32^{\circ}$ , разгибаніе до  $130^{\circ}$ ; пронація и супинація  $=\frac{3}{4}$  нормального объема

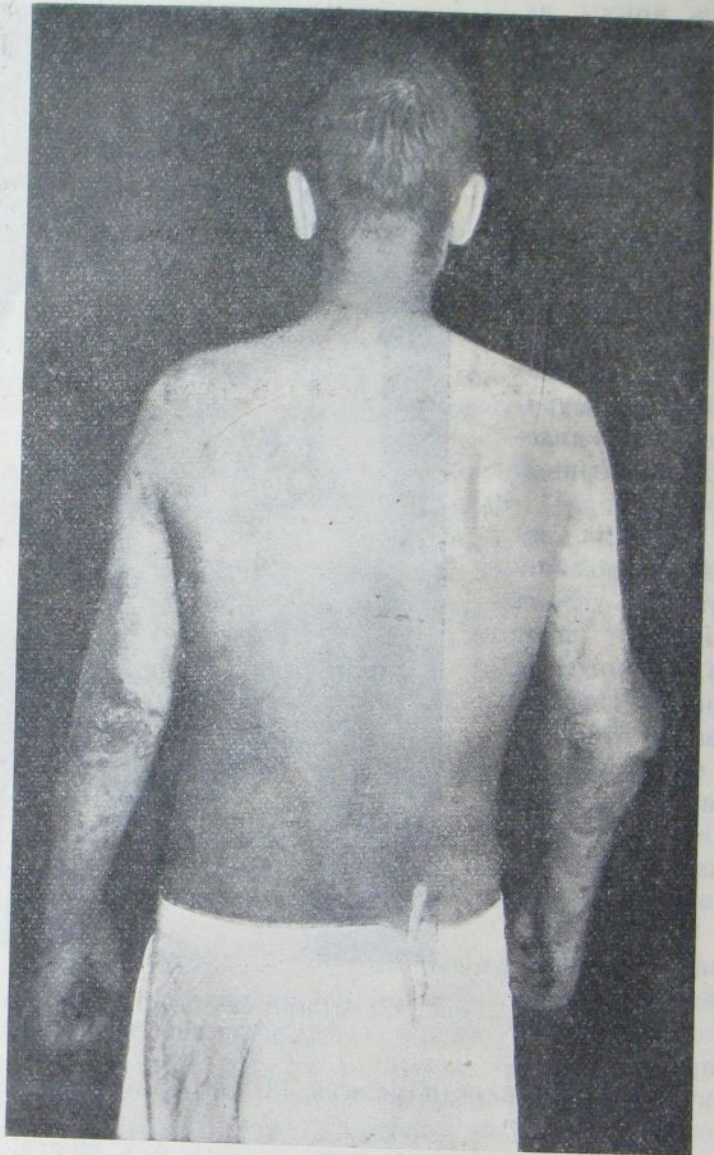


Рис. 44. Тотъ-же случай, что на рис. 43.

движенія. Боли въ суставъ постоянныя, но усиливающіяся при попыткахъ къ движеніямъ и по ночамъ; давленіе на мышелки плечевой кости сильно болѣзненно. Б. почти не можетъ пользоваться конечностью.

Рентгеноскопія (см. рис. 45) показываетъ склерозъ всѣхъ трехъ суставныхъ концовъ костей, утолщеніе (что лучше видно на рис. 47),

деформацію ихъ и костно-хрящевыя (?) отложенія періартикулярно, въ капсулѣ (?), отсутствіе суставной линіи и хрящей.

Офтальморреакція отъ туберкулина, то-же и кожная—очень слабыя.

Діагнозъ. *Arthritis deformans cubiti syphilitica* (?).

Течение болѣзни и лечение. Назначено лечение іодистымъ калиемъ, начиная съ 1 грм. pro die въ восходящихъ дозахъ. Въ течение 34 дней больной, дойдя до 8 грм. pro die, принялъ всего 154 грм.

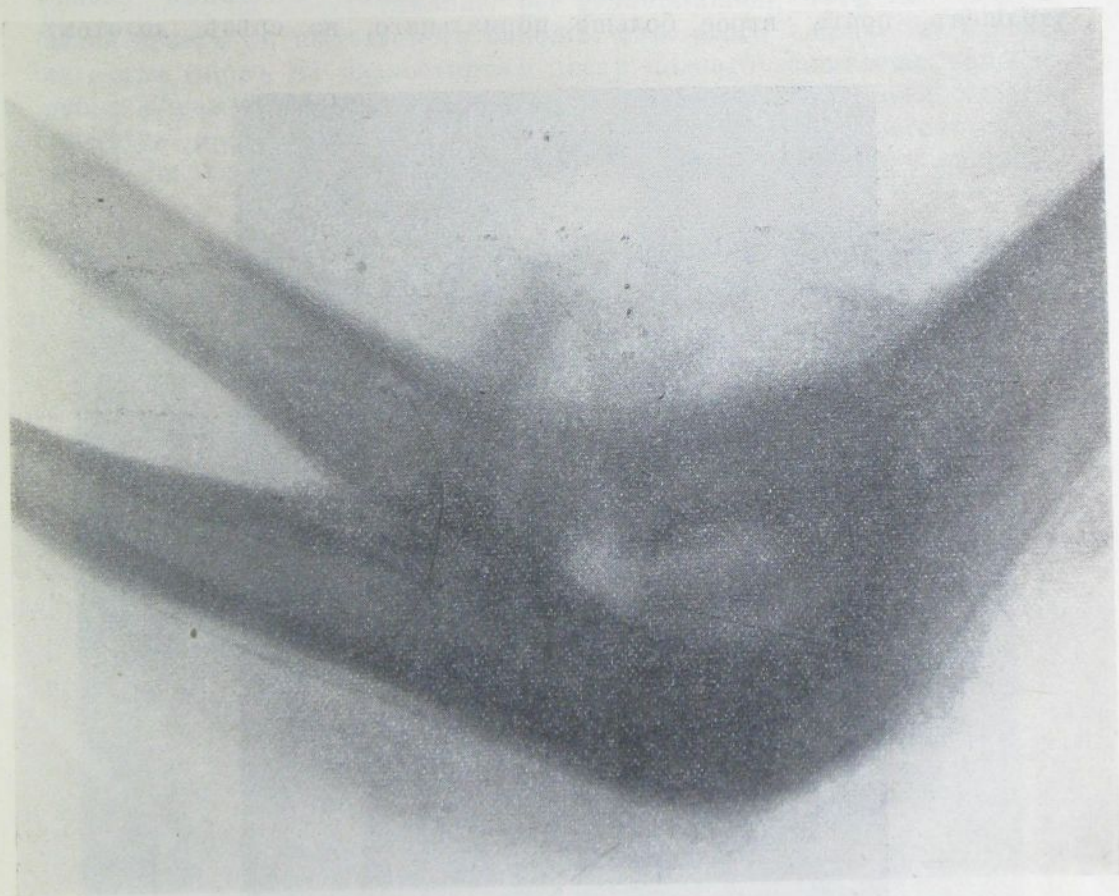


Рис. 45. Тотъ-же случай, что на рис. 43.

Уже на 14 день лечения отмѣчено: «окружность сустава 34 см. вмѣсто 38 см.; разгибаніе до  $143^{\circ}$  (вмѣсто  $128^{\circ}$ ), сгибаніе активно  $37^{\circ}$ , пассивно  $41^{\circ}$ ».

На 19 день: «окружность сустава 33 см.; разгибаніе до  $145^{\circ}$ , сгибаніе  $65^{\circ}$  вмѣсто  $30^{\circ}$ ».

Флюктуация исчезла; свищъ то закрывается, то открывается.

Послѣ этого дальнѣйшаго улучшенія не послѣдовало.

На 35 день лечения Wassermann'овская реакція дала отрицательный результатъ.

23/х мною произведена подъ хлороформомъ артротомія.

Суставъ вскрытъ поперечнымъ разрѣзомъ, отъ olecranon'a отдѣлена надкостница съ прикрѣпленіемъ мышцы и онъ сбитъ долотомъ. Въ полости растянутаго сустава оказалось довольно много густой синови; періартикулярныя ткани сильно инфильтрированы; капсула

умѣренно утолщена; въ районѣ разрыва отложенія хрящевой ткани въ ней не найдено; синовиальная на видѣ мало измѣнена, но по краямъ суставной полости покрыта разроженіями ворсинокъ, которыя имѣютъ видѣ рисовыхъ тѣлецъ, сидящихъ на ножкѣ. На суставномъ концѣ плечевой кости хряща совершенно нѣтъ, только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ остатки его въ видѣ очень небольшихъ островковъ; мѣстами обнаженная, неровная поверхность кости, мѣстами покрытая тонкимъ слоемъ соединительной ткани; на головкѣ radii та же картина—хрящъ сохранился здѣсь только по краямъ. Olecranon сильно утолщенъ, почти втрое больше нормального, на срѣзѣ долотомъ

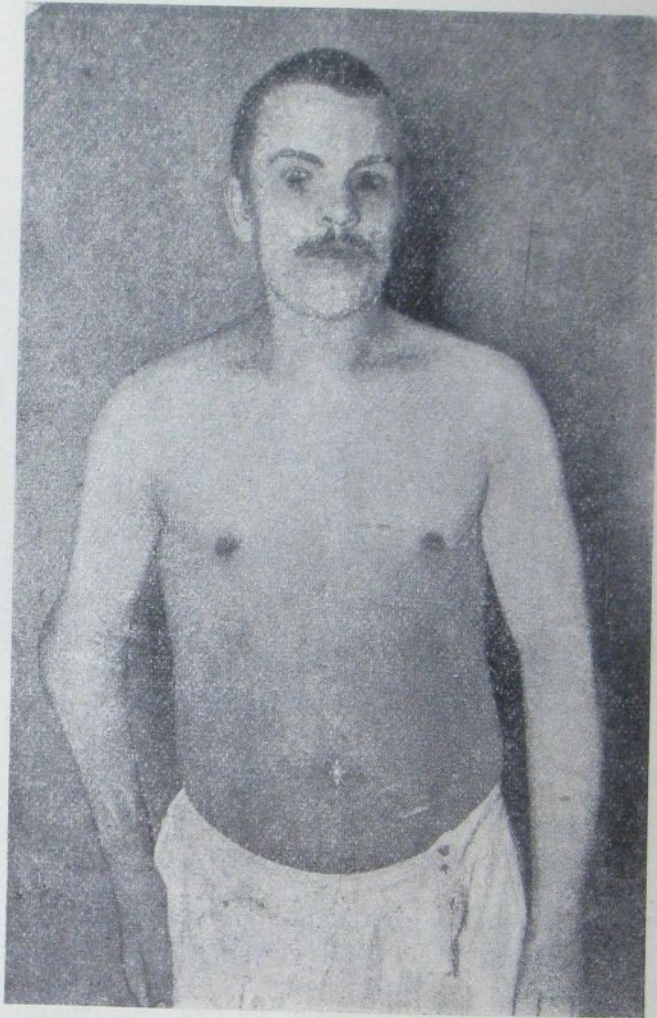


Рис. 46. Тотъ-же случай, что на рис. 43 и 44, на 87 день послѣ операции и на 123 съ начала леченія.

костная ткань сильно склерозирована, твердости слоновой кости; сильно утолщенъ и прос. coronoideus; вообще весь суставной конецъ ulnae деформированъ и рѣзко увеличенъ въ объемъ; головка radii тоже увеличена, деформирована, какъ бы сплющена, съ пролифераціей костной ткани по краямъ головки, но безъ остеофитовъ; въ области головки лучевой кости сустава капсула болѣе утолщена, очень твердой консистенціи, какъ будто въ ней имѣются отложенія костной

или хрящевой ткани (см. рис. 45 и 47); *processus subitalis humeri* тоже нѣсколько измѣненъ въ своей формѣ, но меньше, чѣмъ кости предплечья; повидимому ткань плечевой и лучевой костей тоже сильно склерозирована. Виллезныя разрощенія удалены ложкой, синовиальная часть вырѣзана ножницами, частью выскоблена ложкой, тоже выскоблены и поверхности суставныхъ концовъ костей; надкостница, снята съ olecranon, сшита, тампонъ, шовъ раны.

Операціонная рана при нормальной  $t^0$  зажила большею частью *per primam*, на мѣстѣ тампона *per granulationem*, тутъ же образовался свищъ съ выдѣленіемъ синовіи; изъ этого свища выдѣлилась лигатура (шовъ на надкостницу); послѣ полного заживленія раны въ рубцѣ образовался еще другой свищъ, изъ котораго тоже удалена лигатура; при выпискѣ на 87 день р. ор. поверхностные свищи эти почти закрылись и ничего не выдѣляли; рубецъ плотный, хорошій.

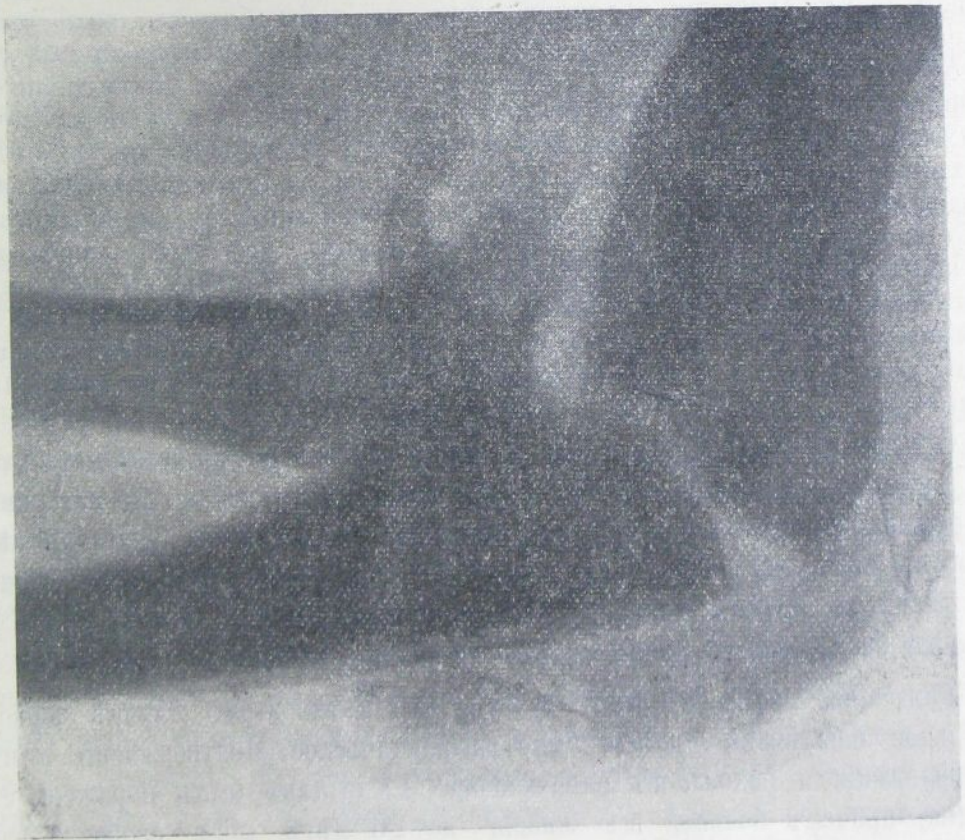


Рис 47. Тотъ-же случай, что на рис. 43—46. Рентгенограмма при выпискѣ больного, на 87 день послѣ артротоміи.

Съ 29 дня послѣ операціи снова назначенъ іодистый калий, начиная съ 2 грм. *pro die* въ восходящихъ дозахъ до 10 грм. въ день; съ 56 дня постепенное уменьшеніе дозы іодистаго калия. Кромѣ того съ 32 дня послѣ операціи добавлены еще втиранія ртутной мази по 4,0 грм. ежедневно (всего 128,0 грм.). За этотъ второй курсъ леченія, продолжавшійся 52 дня, больной принялъ 335,0 грм. *Kalii iodati*, а въ общемъ за все время пребыванія въ клиникѣ, за оба курса леченія 489,0 грм., почти  $\frac{1}{2}$  клгрм.

Результатъ. Периартикулярная инфильтрація разсасалась; наибольшая окружность сустава 34 см. (вмѣсто 38 см. при поступленіи и 33 см. послѣ перваго курса леченія іодомъ, вслѣдствіе нѣкоторой отечности); подвижность въ суставѣ увеличилась, активно разгибаніе до  $136^{\circ}$  вмѣсто  $128^{\circ}$ , сгибаніе въ размѣрѣ угла въ  $55^{\circ}$  вмѣсто  $30^{\circ}$ ; значительно оправилась и мускулатура плеча; движенія совершенно безболѣзненны; больной вполне работоспособенъ. Общее состояніе значительно улучшилось, прибылъ въ вѣсъ на  $24 \frac{1}{2}$  фунта, имѣетъ видъ вполне здороваго и хорошо упитаннаго человѣка. Только въ области рубца остались не вполне закрытыми поверхностные свищи отъ выдѣлявшихся лигатуръ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи тѣхъ тканей, кои мы добыли изъ сустава при операци, оказалось: синовиальная сплошь фиброзно перерождена и очень бѣдна сосудами, стѣнки которыхъ представляются не рѣзко утолщенными; въ ворсинкахъ отложенія хрящевой ткани; сосудами ворсинки тоже не такъ богаты, хотя ихъ здѣсь гораздо больше; у большинства изъ нихъ стѣнки утолщены съ преобладаніемъ периартерита, но попадаютъ и сосуды почти облитерированные; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ вокругъ сосудовъ мелкоклеточная инфильтрація, но отдѣльныхъ гранулемъ не найдено; въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ на кости остались островки хряща, въ послѣднемъ замѣтно продольное, не поперечное, расщепленіе его, ближе къ поверхности мало хрящевыхъ клѣтокъ, въ глубокихъ слояхъ, на мѣстѣ перехода въ кость, гнѣзда пролиферирующаго хряща; въ нѣкоторыхъ сосудахъ кости сильно утолщенные стѣнки; въ общемъ измѣненія въ хрящѣ и постепенная замѣна его изъ глубины костью даютъ картину, совершенно схожую съ той, которая описывается авторами при *arthritis deformans*.

Описанное пораженіе локтевого сустава безспорно представляетъ собою довольно типичный случай деформирующаго артрита, въ которомъ мы должны считать характерными найденныя въ остаткахъ хряща измѣненія въ немъ съ обнаженіемъ кости и безформенное разрощеніе костной ткани по краямъ головки луча съ уплощеніемъ ея (см. рис. 47), а также безмѣрное утолщеніе суставного конца *ulnae*.

Тѣмъ не менѣе я смѣю думать, что и въ этомъ случаѣ первоначальное заболѣваніе сустава было сифилитическое. Подтверженіе этого предположенія я нахожу въ слѣдующемъ: 1) суставъ былъ пораженъ съ дѣтства, причѣмъ больной всю жизнь, до 26 лѣтъ, могъ свободно работать и заниматься тяжелыми сельско-хозяйственными работами, причѣмъ локоть иногда только болѣлъ, особенно по ночамъ; 2) лишь за 4 мѣсяца до поступленія въ клинику, послѣ легкой травмы, процессъ какъ будто обострился, и въ теченіе 4 мѣсяцевъ суставъ сильно деформировался; 3) леченіе іодомъ въ теченіе 19 дней дало рѣзкое улучшеніе (окружность сустава уменьшилась на 4 см.; разгибаніе  $145^{\circ}$  вмѣсто  $128^{\circ}$ , сгибаніе  $65^{\circ}$  вмѣсто  $30^{\circ}$ ), вѣроятно, вслѣдствіе разсасыванія периартикулярнаго инфильтрата; 4) при операци мы нашли, что суставная поверхность эпифизовъ частью обнажена отъ хряща, какъ при *arthritis deformans*, хотя и не отшлифована (вѣроятно, вслѣдствіе свѣжести этого

процесса въ хрящѣ и кости и малой подвижности въ суставѣ), частью, и большею частью, тоже лишена хряща, но этотъ послѣдній замѣщенъ соединительной тканью, какъ это бываетъ при *chondritis syphilitica*: 5) вновь назначенное послѣ артротоміи леченіе іодомъ и ртутью продолжало очень хорошо вліять на состояніе сустава и особенно благоприятно на общее состояніе больного, вѣсъ котораго, повысившійся до операціи на 14 фунтовъ, послѣ операціи возросъ еще на 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф., давъ, значитъ, всего 24<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф. прибыли.

Такимъ образомъ я имѣю полное основаніе считать и этотъ случай за деформирующій артритъ сифилитическаго происхожденія, тѣмъ болѣе, что къ этому же выводу меня приводятъ и другія соображенія.

Пойдемъ прежде всего путемъ исключенія, такъ какъ у васъ могъ бы возникнуть вопросъ—почему-же это пораженіе сустава не признавать послѣдствіемъ какого-либо другаго заболѣванія его, напр., невропатическаго (въ смыслѣ органическаго пораженія мозга) или туберкулезнаго, почему не считать эти измѣненія въ суставѣ результатомъ перенесеннаго въ дѣтствѣ остеоміэлиты или какой-либо острой инфекціонной болѣзни, хотя бы скарлатины?

Сирингоміэлія и *tabes* легко исключаются отсутствіемъ какихъ-либо указаній на этого рода заболѣванія. Отъ мысли о бывшемъ остеоміэлитѣ приходится отказаться потому, что до момента разрѣза въ больницѣ, за 4 мѣсяца тому назадъ, у больного не было никакихъ слѣдовъ бывшаго въ области локтя нагноенія, никогда не было никакихъ нарывовъ, свищей и т. п.; кромѣ того одними послѣдствіями остеоміэлиты или скарлатиннаго артрита, перенесеннаго въ дѣтствѣ, трудно было бы объяснить значительную инфильтрацію мягкихъ частей вокругъ сустава, рѣзко и быстро уменьшившуюся, а затѣмъ и исчезнувшую при специфическомъ леченіи. Противъ туберкулеза, въ моихъ глазахъ, прежде всего говорить безспорный успѣхъ очень энергичнаго антисифилитическаго леченія и удивительно благотворное вліяніе его на общее состояніе и питаніе больного—прошу не упускать изъ виду 489,0 грм. (!) іодистаго калия, 128,0 грм. ртутной мази и 24<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ф. прибыли въ вѣсъ больного. Данныя, не говоряшія въ пользу сифилиса, слѣдующія: отрицательный анамнезъ и отрицательный результатъ реакціи Wassermann'a—малое значеніе которыхъ вамъ хорошо извѣстно, далѣе отсутствіе при микроскопическомъ изслѣдованіи гранулемъ или гуммъ и типичнаго облитерирующаго артеріита, который мы такъ часто находили при сифилитическихъ артритѣхъ. По этому поводу я долженъ сказать, что если въ данномъ случаѣ пораженіе сосудовъ было не такъ рѣзко и ясно выражено, какъ въ другихъ случаяхъ, то оно все же имѣлось, отсутствіе-же выраженаго гуммознаго процесса для меня не доказательно, потому я и не считаю случай деформирующаго артрита, подобные нами разбираемому, за сифилисъ сустава *sensu strictu*, а скорѣе склоненъ видѣть въ нихъ, по аналогіи съ нервной системою, заболѣваніе «парасифилитическое», т. е.

вліяніє на ткани не сифилитической інфекції, а вліяніє токсинів сифіліса, отражающееся здѣсь главнымъ образомъ на тканяхъ черезъ посредство обслуживающихъ суставъ нервовъ.

Обясняю я себѣ исторію болѣзненного процесса въ этомъ случаѣ такъ: я думаю, что у больного въ дѣтствѣ имѣлся —вѣроятно наслѣдственный—сифилисъ и гуммозный остео-хондро-артритъ локтя; послѣдствіемъ этого гуммозного процесса было утолщеніє костей и перерожденіє синовиальной и большей части хряща; гуммозный процессъ затихъ, но, можетъ быть, повредилъ въ извѣстной степени нервы сустава, а организмъ больного все же не освободился отъ токсинів сифіліса, чѣмъ создалась извѣстная «почва»; въ моментъ почему-то ослабленного противодѣйствія организма было достаточно легкой травмы, чтобы обострить мѣстный процессъ, при этомъ, можетъ быть, пострадали снова нервы сустава, можетъ быть, нервные центры, отъ вліянія на нихъ токсинів,—результатомъ всего этого воздѣйствія болѣзни на нервную систему, периферическую или центральную, а можетъ быть и на обѣ вмѣстѣ, явились трофическія разстройства въ тканяхъ сустава, выразившіяся измѣненіями *sui generis* въ остаткахъ хряща и гиперпластическими процессами въ костной ткани суставныхъ концовъ *radii et ulnae*.

Думаю, что разница между случаями 37 и 38 сводится только къ тому, что въ первомъ изъ этихъ двухъ случаевъ трофическія разстройства появились въ колѣнномъ суставѣ при наличности въ немъ не окончившагося еще гуммозного процесса, во второмъ-же тѣ-же явленія развились въ локтевомъ суставѣ на почвѣ стараго, законченнаго специфическаго процесса, можетъ быть обострившагося въ периартикулярныхъ тканяхъ.

Въ итогѣ я долженъ сказать, что если въ этихъ двухъ случаяхъ патогенезъ деформирующаго артрита, въ моихъ глазахъ, достаточно ясенъ, то въ слѣдующемъ, тоже вамъ извѣстномъ случаѣ, выяснить этиологию пораженія колѣннаго сустава оказалось болѣе труднымъ. Вотъ этотъ случай:

(39) С. Ф., 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику 1909 г., жалуясь на опухоль и боли въ правомъ колѣнѣ.

Родился въ деревнѣ Тульской губ. въ очень бѣдной крестьянской семьѣ; жилъ дома до 1907 г. и занимался обычными крестьянскими работами, послѣдніє два года живетъ въ С.-Петербургѣ и служитъ чернорабочимъ въ мясной лавкѣ. Водку пьетъ съ 17 лѣтъ, но не постоянно, больше въ праздники. Курить началъ еще раньше.

Отцу 62 года; у него 2—3 года тому назадъ на ногахъ стали появляться язвы, заживающія отъ какой-то мази; матери лѣтъ 60; лѣтъ 20 тому назадъ у нея на головѣ были какія-то шишки, исчезнувшія послѣ микстуры, прописанной врачомъ; въ семьѣ было 4 дѣтей; старшей сестрѣ 30 лѣтъ, она замужняя, имѣетъ трехъ здоровыхъ дѣтей; брату 19 лѣтъ—здоровъ; третій ребенокъ умеръ 8—10 мѣсяцевъ. Самъ больной женатъ; женѣ 28 лѣтъ; она здорова, имѣла 5 беременностей, окончившихся нормальными родами; старшему сыну 11 лѣтъ —

здоровъ; второй ребенокъ умеръ маленькимъ отъ неизвѣстной причины; третій ребенокъ—сынъ 5 лѣтъ, у него въ возрастѣ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лѣтъ болѣла нога выше колѣна, былъ сдѣланъ разрѣзъ, пролежалъ цѣлую зиму, теперь здоровъ; младшей дочери 3 года—здорова.

Б. нашъ въ раннемъ дѣтствѣ перенесъ какую-то острую инфекционную болѣзнь; 8-ми лѣтъ у него болѣли руки и ноги, отъ чего 2 недѣли не могъ ходить. Въ 1905 г. по всему тѣлу появились прыщи, держались все лѣто и прошли безъ леченія. Временами по ночамъ болѣли руки.

Въ 1900 г., т. е. 9 лѣтъ тому назадъ, заболѣло правое колѣно, но не опухло; вскорѣ боли уменьшились, но не прошли совершенно, а два раза обострялись, причемъ колѣно сильно опухало; боли были одинаковы днемъ и ночью. Въ 1901 г. колѣно опять внезапно заболѣло и опухло, съ тѣхъ поръ боли не проходили, а опухоль постепенно увеличивалась.

Въ 1905 г. лежалъ въ больницѣ, гдѣ въ суставъ была впрыснута эмульсія іодоформа, послѣ чего колѣно еще больше опухло, и боли очень усилились; подъ влияніемъ компрессовъ и іодистаго калия боли прошли совершенно, а опухоль осталась, и съ тѣхъ поръ, т. е. за 4 года, не измѣнилась.

Б. средняго роста, хорошаго сложенія и удовлетворительнаго питанія. Общія покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Мускулатура развита хорошо. Лимфатическія железы въ значительной степени увеличены въ правомъ паху. Доступныя изслѣдованію артеріи склерозированы.

Внутренніе органы здоровы, только тоны сердца очень глухи; пульсъ 70, ровный. T<sup>0</sup> нормальная. Мочи 1200, уд. вѣса 1015, нормальная. Со стороны нервной системы рѣшительно никакихъ отклоненій отъ нормы.

Правое колѣно сильно увеличено въ объемъ, довольно правильной шаровидной формы. Кожа надъ суставомъ подвижна, только на внутренней поверхности колѣна, на мѣстѣ пигментированнаго пятна, величиной съ ладонь, кожа инфильтрирована и спаяна съ подлежащими тканями; по всей передней поверхности сустава очень развитая сеть кожныхъ венъ.

На-ощупъ вся опухоль колѣна почти хрящевой плотности вслѣдствіе очень значительнаго утолщенія капсулы, повидимому, въ суставѣ имѣется жидкость, хотя флюктуаци нѣтъ; patella не баллотуруется; опредѣлить утолщеніе костей или измѣненіе ихъ формы не удается вслѣдствіе упругой опухоли.

Измѣреніе показываетъ, что окружность прав. колѣна надъ чашкой 41 снт., лѣв.—35 снт., чрезъ средину patellae на прав. стор. 42 снт. и къ лѣвой 34,5, подъ чашкой на прав. 40, на лѣв.—33 снт. Активное сгибаніе до прямого угла, пассивное на 5<sup>0</sup> больше; разгибаніе полное. Болѣзненность только при очень сильномъ давленіи на чашку и при усиленномъ пассивномъ сгибаніи, самостоятельныхъ болей нѣтъ. Болевая и тактильная чувствительность въ области колѣннаго сустава нѣсколько понижена, температурная нормальна. Ходить больной безъ палки совершенно свободно.

При рентгеноскопіи оказалось, что структура кости на рентгенограммѣ не видна, и на мѣстахъ прикрѣпленія капсулы на бедренной кости замѣтно безформенное разрощеніе костныхъ массъ.



Пробы Pirquet и Calmette'a дали едва замѣтную реакцію. Проба Wassermann'a дала отрицательный результатъ.

Діагнозъ. Arthritis deformans genus dextr. syphilitica (?).

Течение болѣзни и лечение. Въ день поступления въ клинику назначенъ іодистый калий по 1,0 grm. pro die, постепенно повышая дозы. За 10 дней б. дошла до 3,0 grm. КЛ. въ день, прибавился въ вѣсъ на 4 фунта, а окружность колѣна уменьшилась на  $2\frac{1}{2}$  снт.

Въ виду хотя и слабой, но все же положительной реакціи отъ туберкулина іодъ отмѣненъ и назначены втиранія ртутной мази по 4,0 grm. ежедневно.

Послѣ 15 втираній никакихъ измѣненій въ суставахъ, а вѣсъ тѣла понизился на 10 фунтовъ, поэтому

19/xii подъ хлороформомъ мною произведена артротомія поперечнымъ разрѣзомъ. По вскрытіи сустава вытекло около 50 куб. снт.



Рис. 48. Arthritis deformans et lipoma arborescens genus syphilitic (?). Колѣнный суставъ вскрытъ поперечнымъ разрѣзомъ. Фотографическій снимокъ съ натуры. (Собственное наблюдение).

серозной, прозрачной жидкости, частица которой впрыснута въ брюшную полость морской свинкѣ. Картина измѣненій въ суставѣ получилась такая, какъ видно на рис. 48 и 49, которые представляютъ собой фотографическіе снимки, снятые во время операціи.

Суставная капсула очень рѣзко утолщена и представляется фиброзной, почти хрящевой консистенціи; синовиальная покрыта разной величины ворсинчатыми разрощеніями, изъ коихъ нѣкоторыя значительной величины, до размѣра большого винограда, имѣютъ видъ жировыхъ полиповъ (какъ видно на рис. 48)—

это настоящая lipoma arborescens. На бедрѣ хрящъ по всей окружности отсутствуетъ, будучи замѣненъ довольно сочной, нѣсколько отечной соединительной тканью; хрящъ остался только на наиболѣе выпуклыхъ частяхъ мыщелковъ; по краямъ дефекта хрящъ обрѣзанъ, какъ ножомъ, такой же дефектъ хряща между мыщелками и вокругъ lig. cruciata; оставшійся хрящъ желтоватый, матовый; на внутреннемъ мыщелкѣ, въ оставшемся хрящѣ звѣздчатый рубецъ (не вышедшій на фотографіи); задняя треть суставной поверхности tibiae тоже лишена хряща, и тамъ дефектъ въ кости отъ субхондральной гуммы; на обѣихъ фасеткахъ patellae тоже небольшія узуръ хряща. На эпифизѣ бедра, по линіи прикрѣпленія капсулы, рядъ остеофитовъ (Randwucherungen) и разрощеніе кости. Капсула сустава цѣликомъ тщательно вырѣзана ножницами (прекрасный препаратъ этотъ хранится въ музей клиники), лишены хряща поверхности костей выскоблены ложкой, швы на lig. patellae и на кожу, неподвижная повязка.

Нормальное пооперационное течение.

Съ 6 дня послѣ операциі опять назначено леченіе іодистымъ калиемъ, а на 18 день добавлены ртутныя втиранія (коихъ сдѣлано 27 по 4,0 грм.), а затѣмъ іодистый калий замѣненъ инъекціями іодипина (коихъ сдѣлано 3 по 15,0 грм.).

Въ послѣдующіе послѣ операциі 3 мѣсяца все зажило; подвижность въ суставѣ минимальная; б. можетъ ступать на ногу безъ болей; инфильтраціи въ области оперированнаго сустава никакой; состояніе конечности больного, находящагося еще въ клиникѣ, такое, что его можно считать выздоровѣвшимъ и въ скоромъ времени вполне работоспособнымъ. Въ первыя недѣли послѣ операциі б. потерялъ въ вѣсѣ 4 фунта (всего 14 ф. со дня поступленія), но затѣмъ сталъ быстро поправляться, прибылъ же въ вѣсѣ за послѣднія три недѣли на 6 ф.

Микроскопическое изслѣдованіе синовиальной и ворсинъ показало въ нихъ довольно большое количество гранулемъ съ гигантскими клѣтками, похожихъ на бугорки, однако не очень типичныхъ; вблизи этихъ бугорковъ довольно много сосудовъ съ рѣзкимъ облитерирующимъ артеритомъ—эндо- и периа-ртеритомъ, причѣмъ мѣстами периа-ртеритъ очень выраженъ; кромѣ означенныхъ гранулемъ, по строенію схожихъ съ бугорками, въ окружности нѣкоторыхъ сосудовъ видны и мелкоклѣточные скопленія безъ гигантскихъ клѣтокъ, по своему расположенію представляющія уже хорошо намъ извѣстную картину милярныхъ гуммъ и гуммозной окколососудистой инфильтраціи. Хряща для микроскопическаго изслѣдованія я, къ сожалѣнію, изъ сустава не взялъ. Самые тщательные поиски за Кош'овскими бактеріями въ вырѣзанныхъ тканяхъ остались безъ результата. Морская свинка, убитая черезъ 6 недѣль послѣ прививки, оказалась здоровой—въ брюшинѣ ея никакихъ измѣненій не найдено.

Описанный случай, какъ по своему клиническому теченію, такъ и по макроскопической картинѣ, представившейся намъ при артротоміи (см. рис. 49), тоже долженъ быть причисленъ къ группѣ деформирующаго артрита, повидимому, сифилитическаго происхожденія, но застали мы его въ начальномъ періодѣ тропоневроза, въ періодѣ перехода



Рис. 49. Тотъ-же случай, что на рис. 48. Patella оттянута кверху. (Фотографическій снимокъ съ натуры).

процесса специфическаго въ невропатическій. Приведенные три случая— 37, 38 и 39—представляютъ собой, по моему, серію одного и того же страданія, но въ разныхъ стадіяхъ его развитія: въ случаѣ 39 превалируетъ еще процессъ специфическій и его прямыя послѣдствія; трофическія разстройства выражаются только въ безформенномъ разрастаніи костной ткани у мѣста прикрѣпленія капсулы на бедренной кости (*Randwucherungen*) и, можетъ быть, въ склерозѣ, абурнеаціи костей; въ случаѣ 37 мы видимъ еще специфическій процессъ и рядомъ трофоневрозъ *in floga*, въ 38 случаѣ суставъ находится въ томъ періодѣ, когда, по справедливому замѣчанію *Wollenberg'a*, специфическій процессъ отходить или уже отошелъ на задній планъ, а превалируютъ только трофическія разстройства.

Что касается связи трофоневроза въ послѣднемъ описанномъ нами случаѣ (39) съ сифилисомъ, то я лично въ существованіи ея не сомнѣваюсь, но доказать ее именно въ этомъ случаѣ труднѣе, чѣмъ въ остальныхъ.

Въ исторіи семьи больного мы находимъ только одно обстоятельство, далеко не доказательное, но все же вселяющее подозрѣнія: у отца были язвы на ногахъ, у матери—какія-то «шишки» на головѣ, исчезнувшія послѣ какой-то микстуры, прописанной врачомъ. Въ анамнезѣ самого больного мы можемъ отмѣтить тоже только одно, а именно, что въ 8-лѣтнемъ возрастѣ у него болѣли руки и ноги, а потомъ временами ломило руки по ночамъ. Въ клиническомъ теченіи болѣзни явныхъ указаній на сифилитическій артритъ не имѣется, но нѣтъ и фактовъ, позволяющихъ отрицать такой артритъ; напротивъ, начало заболѣванія въ возрастѣ 20 лѣтъ и доброкачественное теченіе артрита, приведшее въ теченіе 9 лѣтъ лишь къ деформации сустава съ значительнымъ утолщеніемъ капсулы и скопленіемъ серознаго эксудата при полной безболѣзненности и подвижности сустава съ сохраненіемъ его функций, всего больше говоритъ за сифилисъ, а никакъ не за туберкулезъ.

Допустить имѣющийся у больного на-лицо исходъ туберкулезнаго артрита, пожалуй, можно, но въ такомъ случаѣ, слѣдовало бы признать и случай этотъ исключительнымъ.

Далѣе макроскопическая картина, найденная при артротоміи, безспорно говоритъ за сифилисъ,—сюда прежде всего надо отнести типичныя узуръ въ хрящѣ, звѣздчатый рубецъ въ немъ и фиброзное сплошное перерожденіе капсулы, растянутой эксудатомъ, безъ всякихъ слѣдовъ фунгозныхъ массъ.

Гораздо менѣе характерно для сифилитическаго процесса микроскопическое изслѣдованіе синовиальной и ворсинъ (хряща мы, къ сожалѣнію, не изслѣдовали, такъ какъ я упустилъ изъ виду вырѣзать частицу его для этой цѣли).

Правда, мы нашли массу сосудовъ, пораженныхъ облитерирующимъ артеритомъ, причемъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ сосудовъ бросались въ глаза очень значительныя разрошенія *intimae*, а мѣстами можно было отмѣтить рѣзко выраженный периартеритъ; между сосудами и вокругъ

нихъ найдены были мелкоклѣточная инфильтрація и мелкоклѣточные скопления, очень напоминающія гуммозный процессъ, но тутъ же имѣлись и образованія съ гигантскими клѣтками—гранулемы, по своему строенію довольно похожія на бугорки; специалистъ патолого-анатомъ, которому мы показывали наши препараты, склоненъ былъ признать въ этихъ гранулемахъ бугорки, хотя соглашался, что они не очень типичны. Самые тщательные и повторные поиски не открыли Косч'овскихъ" бациллъ, а морская свинка, которой была впрыснута жидкость изъ сустава, убитая черезъ 6 недѣль, оказалась здоровой. По этому поводу я долженъ, однако, сказать, что прививка свинкѣ только одного эксудата не доказательна; было бы правильнѣе ввести ей въ брюшную полость растертая части синовиальной и ворсинъ; но во всякомъ случаѣ хотя опытъ и не вполне чистый, онъ не противорѣчитъ діагнозу сифилиса. Если, однако, припомнить, что, по мнѣнію цѣлаго ряда авторовъ, о чемъ я уже подробнѣе говорилъ вамъ, мало типичные бугорки нерѣдко нельзя отличить отъ милиарныхъ гуммъ и подъ микроскопомъ, то и въ данномъ случаѣ нѣтъ достаточно основаній отрицать lues и съ положительностью утверждать, что въ этомъ случаѣ имѣется туберкулезъ.

Мнѣ доказателенъ, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, былъ у разбираемаго больного и эффектъ специфическаго леченія, хотя онъ несомнѣнно имѣлся; мнѣ кажется немаловажнымъ то обстоятельство, что энергичное леченіе іодомъ и втираніями не только хорошо переносилось больнымъ, но особенно въ послѣднее время даже благотворно вліяло на больного — въ моихъ представленіяхъ о туберкулезѣ какъ-то не вяжется возможность безнаказаннаго, даже благотворнаго вліянія большихъ дозъ іода и ртути на туберкулезнаго больного...

Въ результатѣ я долженъ признать, что въ этомъ случаѣ деформирующаго артрита, съ строго научной точки зрѣнія, вопросъ—сифилисъ или туберкулезъ?—остается открытымъ; съ практической же, чисто клинической точки зрѣнія, по моему, все говоритъ за lues и ничто (кромѣ гранулемъ съ гигантскими клѣтками) не говоритъ за бугорчатку; единственное, что я могу допустить, что мы имѣли здѣсь arthritis deformans на почвѣ одной изъ малоизвѣстныхъ намъ гибридныхъ формъ сифилиса и туберкулеза.

Какъ бы то ни было, но больной уходитъ отъ насъ излеченнымъ отъ своего артрита, который безъ оперативнаго вмѣшательства и леченія несомнѣнно прогрессировалъ бы.

Въ заключеніе—одно маленькое замѣчаніе: обращаю ваше вниманіе на то, что въ трехъ описанныхъ случаяхъ, при безспорномъ отсутствіи симптомовъ пораженія центральной нервной системы, при изслѣдованіи ихъ отмѣчено хотя и незначительное, но все же замѣтное пониженіе чувствительности въ области больныхъ суставовъ,—наблюденіе, которое интересно было бы провѣрить при изслѣдованіяхъ больныхъ съ деформирующимъ артритомъ.

## Лекція XVIII.

Мм. Гг.

Сегодня я заканчиваю серію моих лекцій о сифилисѣ суставовъ сообщеніемъ исторій болѣзней трехъ рѣдкихъ случаевъ, изъ коихъ одинъ выяснился, а два наблюдались у насъ въ клиникѣ уже послѣ того, какъ тѣ отдѣлы моихъ лекцій, къ которымъ эти случаи относились, были уже прочитаны и напечатаны.

Первая, ниже приводимая исторія болѣзни относится къ случаю тяжелой табетической артропатіи, въ которомъ мы имѣли возможность при операціи изслѣдовать больной суставъ анатомически.

(40) Е. П., 40 л. поступила въ клинику 22/х 1909 г., жалуясь на громадную опухоль колѣна и затрудненіе при ходьбѣ.

Б. родилась въ крестьянской семьѣ, въ деревнѣ Новгородской губ., гдѣ и жила до 25 лѣтъ. Послѣднія 15 лѣтъ живетъ въ Петербургѣ; по занятіямъ прачка. Условія жизни всегда были скудныя. Пьетъ водку (повидимому въ значительномъ количествѣ); не курить. Отецъ больной умеръ молодымъ отъ неизвѣстной причины, матери 65 лѣтъ, здорова. Въ семьѣ было всего 8 дѣтей: больная старшая; живы и здоровы еще двѣ сестры ея; братъ убитъ; 4 дѣтей умерло въ раннемъ дѣтствѣ.

Менструировать начала съ 22 лѣтъ (!); за послѣднія 5 лѣтъ регулъ нѣтъ. Была беременна 2 раза: одинъ ребенокъ умеръ маленькимъ (1 года), дочь 15 лѣтъ здорова; выкидышей не было.

Въ дѣтствѣ страдала «нарывами по тѣлу»; 13 лѣтъ тому назадъ сильно болѣлъ правый глазъ; боли прошли, но осталось пятно и зрѣніе почти совершенно пропало. Никакихъ другихъ болѣзней не переносила.

13/х 1907 г., т. е. 2 года тому назадъ, почувствовала небольшую боль въ правомъ колѣнѣ, которое очень быстро опухло, но подвижность въ суставѣ оставалась свободной. Больная 10 дней пролежала въ больницѣ и выписалась съ незначительной припухлостью въ области колѣна. Нога ее не беспокоила и б. продолжала работать, причѣмъ ей приходилось иногда стоять до 12 часовъ въ сутки.

Повременамъ опухоль увеличивалась, но быстро опять исчезала.

Съ конца іюля 1909 г., т. е. 3 мѣсяца тому назадъ, опухоль въ области колѣна начала быстро увеличиваться, причѣмъ не ограничивалась областью сустава, а захватила почти всю голень и нижнюю половину бедра. Конечность, по словамъ больной, была красная; лихорадки и болей не было. Лечилась горячими ваннами, втираніями какой-то мази, и опухоль снова стала уменьшаться; однако съ августа, т. е. за послѣдніе 2 мѣсяца, больная работать больше не могла, такъ какъ не могла опираться на ногу, но все же немного ходила.

Большая худощавая, блѣдная женщина небольшого роста (149 см.), на видъ довольно истощенная (вѣсъ тѣла 2 п. 32 $\frac{1}{2}$  ф.) и отчасти кахектичная.

Въ общемъ состояніи больной и со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго; можно только отмѣтить плохіе, каріозные зубы, незначительное увеличение печени и нѣкоторую плотность артеріальныхъ стѣнокъ. Мочи 1700; уд. вѣсъ 1015; нормальнаго состава.

На правомъ глазу рѣзкіе слѣды кератита; этимъ глазомъ ничего не видитъ.

При нашемъ изслѣдованіи нервной системы мы нашли только незначительное пониженіе рефлексовъ подошвенныхъ и лѣваго колѣннаго, и нѣкоторую вялость реакціи лѣваго зрачка.

Изслѣдованіе больной нижней конечности показало:

Конечность укорочена на 2 $\frac{1}{2}$  см. (какъ это видно на рентгенограммѣ, вслѣдствіе вывиха въ колѣнномъ суставѣ—см. рис. 52). Въ области колѣна имѣется очень большая опухоль, которая, какъ видно на рис. 50, наиболѣе рѣзко выражена въ нижней половинѣ колѣннаго сустава и захватываетъ всю верхнюю половину голени, отчасти переходитъ и на бедро, которое тоже рѣзко увеличено въ объемѣ. Голень по отношенію къ бедру сдвинута кнаружи и стоитъ подъ угломъ (*genu valgum*). Всѣ контуры колѣннаго сустава сглажены; колѣно представляется шарообразнымъ, съ выступами и неровностями на поверхности.

Вся конечность—бедро, область колѣна, голень и стопа отечны. Кожные покровы области колѣннаго сустава и наружной поверхности голени сильно гиперемированы, причемъ краснота имѣетъ синюшный оттѣнокъ. Кожныя вены въ области колѣна сильно расширены. Въ правой паховой складкѣ пакетъ плотныхъ безболѣзненныхъ лимфатическихъ железъ; такія же железы, но меньшей величины, въ лѣвомъ паху. На задней поверхности бедра прощупывается плотный

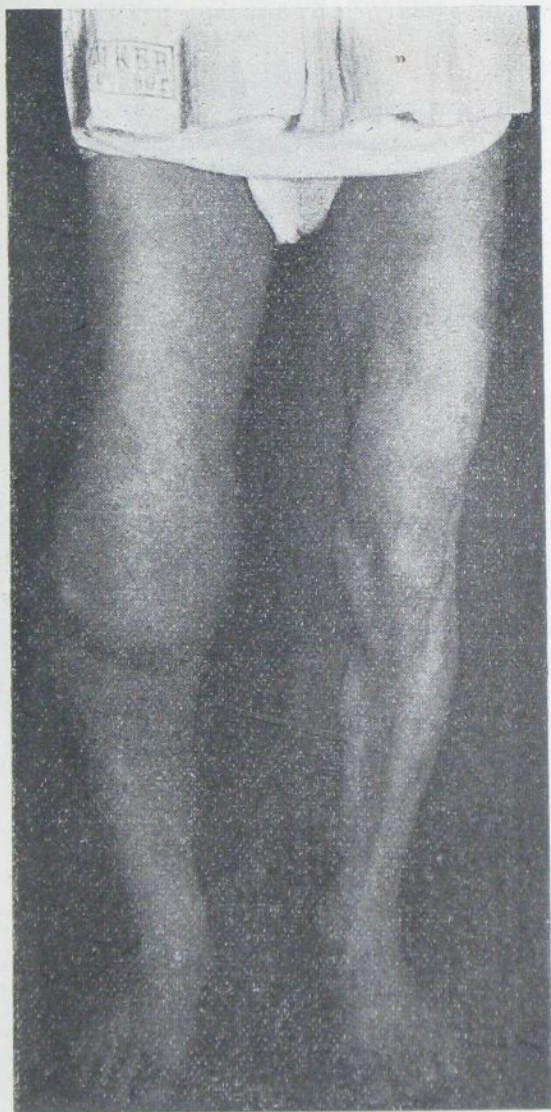


Рис. 50. Arthritis deformans syphilitica. Tabes incipiens. (?). (Собственное наблюдение).

тяжъ, шириной снт. 4, начинающійся почти отъ сѣдалищной складки и переходящій въ уплотнѣніе на задней поверхности колѣннаго сустава:

Болевая чувствительность въ области праваго колѣна понижена по сравненію съ здоровой стороной.

Окружность праваго колѣна чрезъ средину *patellae* на  $16\frac{1}{2}$  снт. больше лѣваго. Остальные размѣры конечности слѣдующіе:

	Правой стор.	Лѣвой стор.
Окружность стопы . . . . .	22 снт.	$21\frac{1}{2}$ снт.
» голени надъ лодыжками . . . . .	22 »	19 »
» голени на 20 снт. выше <i>mal. extern.</i>	34 »	$25\frac{1}{2}$ »
» голени на 25 снт. выше <i>mal. extern.</i>	39 »	$27\frac{1}{2}$ »
» голени надъ <i>tuberositas tibiae</i> . . . . .	44 »	27 »
» середина <i>fossae popliteae</i> . . . . .	$46\frac{1}{2}$ »	30 »
» бедра на 31 снт. отъ <i>spin. ilei ant. sup.</i> . . . . .	39 »	34 »
» середины бедра . . . . .	43 «	42 »

При ощупываніи можно констатировать: суставная сумка сильно растянута отчасти жидкостью, отчасти какими-то мягкими массами, что даетъ въ опухоли мѣстами ощущеніе флюктуаціи или псевдофлюктуаціи; консистенція остальной части опухоли, за исключеніемъ участковъ съ зыбленіемъ, очень плотная, почти хрящевой, даже костной плотности; несомнѣнно въ толщѣ капсулы имѣются отложенія хрящевой или костной ткани; ощупать форму суставныхъ концовъ костей невозможно вслѣдствіе отека и периартикулярной инфильтраціи; *patella* сильно увеличена, — поперечный размѣръ ея 7 снт. (на здоровой сторонѣ 4 снт.).

Активное и пассивное сгибаніе до угла въ  $103^{\circ}$ , разгибаніе полное; при движеніяхъ хрустѣть.

Больная ходитъ безъ костылей и палки, но сильно хромая, и можетъ ходить очень немного.

Болей въ правомъ колѣнѣ нѣтъ, но бываютъ боли въ лѣвой голени и въ бедрахъ, причѣмъ ночью онѣ сильнѣе.

При рентгеноскопіи виденъ вывихъ голени кнаружи и взади, деформация эпифиза *tibiae*, отложенія костной ткани вокругъ сустава (см. рис. 52; къ сожалѣнію, рентгенограмма въ репродукціи вышла очень неясной).

Кожная реакція отъ туберкулина дала едва замѣтную реакцію. *Wassermann*овская реакція 3+.

Діагнозъ. *Arthritis deformans syphilitica genus dextr.*, можетъ быть — *arthropathia tabetica* у сифилитички.

Теченіе болѣзни и леченіе. Въ виду значительныхъ измѣненій въ суставѣ я отказался даже отъ пробнаго специфическаго леченія выдержавъ больную въ теченіе недѣли въ кровати, чтобы по возможности уменьшить раздраженіе въ кожѣ.

30/x произвелъ подъ хлороформомъ артротомию разрѣзомъ по *Textor*'у. Кожный лоскутъ съ подкожной кѣтчаткой отсепарованъ до середины растянутаго верхняго заворота; обнаженная такимъ образомъ передняя часть капсулы оказалась очень утолщенной; въ толщѣ ея почти сплошь отложенія костной ткани и только въ отдѣльныхъ небольшихъ участкахъ, гдѣ нѣтъ костныхъ пластинокъ, можно кон-

статировать присутвіе въ суставѣ жидкости. По вскрытіи полости сустава изъ него вытекло много жидкости, похожей на нормальную синовию. Синовиальная оболочка почти сплошь покрыта бородавчатыми разрощеніями и большими ворсинами хрящевой твердости. Хрящъ на суставной поверхности бедра узурированъ; на внутреннемъ мыщелкѣ большой дефектъ въ хрящъ съ рѣзко обрѣзанными краями; на мѣстѣ дефекта хряща кость покрыта тонкой пленкой

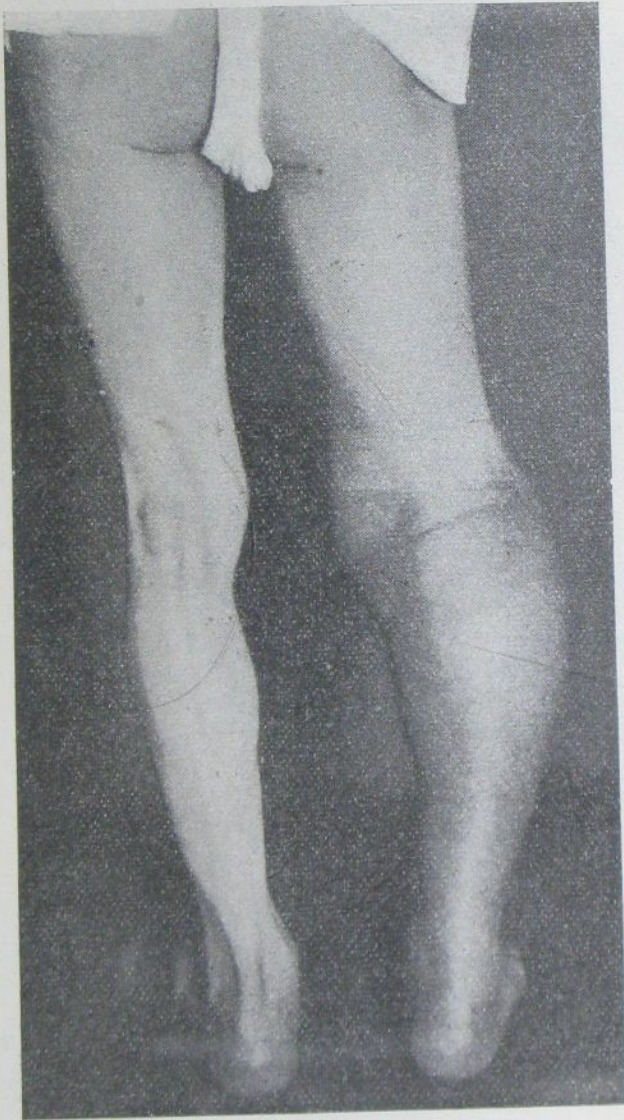


Рис. 51. Тотъ-же случай, что на рис. 50.

соединительной ткани; оставшаяся часть хряща неровная, бугристая, какъ бы отъ гиперпластическаго процесса въ немъ, подхрящевой слой кости очень плотный, склерозированный. Lig. cruciata разрушены и на ихъ мѣстѣ ворсины, разросшіяся до величины миндаины. Хрящевая поверхность увеличенной patellae очень бугриста (surface mamellonnée), мѣстами въ ней дефекты. Эпифизъ tibiae рѣзко деформированъ: двѣ трети передней, медіальной части его исчезли, вследствие чего образовалась глубокая чашковидная ямка, въ которую



упирался *condyl. exter. femoris*; чашка эта покрыта хрящемъ, мѣстами только узурированнымъ, причемъ хрящъ этотъ представляетъ всѣ стадіи сифилитическаго хондрита, отъ помутнѣнія съ желтымъ, матовымъ оттѣнкомъ до фиброзныхъ рубцовъ на мѣстахъ узуръ. Наружно переднюю стѣнку описанной ямки образуетъ суставная капсула, сплошь



Рис. 52. Тотъ-же случай, что на рис. 50.

окостенѣвшая; оставшаяся часть эпифиза *tibiae* какъ бы грибовидно утолщена съ безформенно разросшейся по краямъ костной массой.

Вся капсула вырѣзана ножницами; отъ внутренняго мыщелка и *tibiae* спилены суставныя поверхности въ видѣ тонкихъ пластинокъ; наружный мыщелокъ отпиленъ совершенно и кости приведены въ соприкосновеніе такъ, что внутренній мыщелокъ бедра вставленъ въ

вышеописанную чашку, имѣвшуюся въ tibia, съ patellae спилена вся хрящевая поверхность съ пластинкой кости и освѣженная поверхность ея приложена на передней поверхности бедренной и большеберцовой костей, въ видѣ мостика, а lig. patellae пришито къ надкостницѣ tibiae. Введено два тампона и рана зашита; давящая неподвижная повязка.

Пооперационное теченіе нормальное съ незначительнымъ повыше-  
ніемъ t<sup>0</sup> въ первые дни; заживленіе per primam.

На 37 день р. ор. «начала ходить на костыляхъ, свободно опираясь на ногу».

На 88 день послѣ операціи: «полной консолидаціи нѣтъ, но больная свободно поднимаетъ ногу и опирается на нее».

Съ 5 дня послѣ операціи больной назначенъ былъ іодистый калий, начинаемая съ 2,0 grm. pro die, въ восходящихъ дозахъ; дошла больная до приемовъ въ 9,0 грм. въ день и отлично это переносила; за 54 дня она приняла всего 378 грм.

Кромѣ того, за отказомъ больной отъ инъекцій и фрикцій, ей съ 28 дня послѣ операціи назначено еще по 4 пилюли въ день protojodureti hydrargyri (1,2 на 80 пилюль); за 50 дней она приняла 240 пилюль, т. е. 3,6 грм. этого препарата.

Передъ выпиской я направилъ больную для изслѣдованія ея нервной системы къ Э. А. Гизе, который нашелъ у больной рѣзкое пониженіе рефлексовъ, вялость реакціи зрачковъ и расстройства чувствительности, характерныя для tabes incipiens.

Результатъ. Общее состояніе больной значительно поправилось, за исключеніемъ вышеназванныхъ нервныхъ явленій; прибывъ въ вѣсѣ на 10 фунтовъ. При выпискѣ на 103 день послѣ операціи ходила свободно въ тюрѣ при неполной консолидаціи послѣ резекціи; считаетъ себя работоспособной.

При микроскопическомъ изслѣдованіи тканей, добытыхъ при операціи, мы нашли: вся синовиальная фиброзно перерождена; большая часть капсулы перерождена въ костную ткань, въ фиброзныхъ ча-

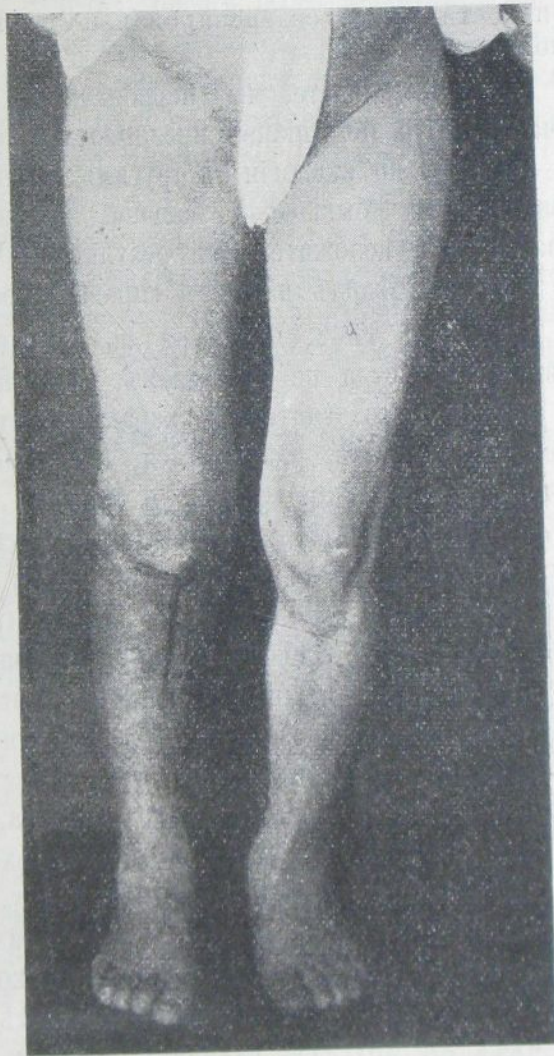


Рис. 53. Тотъ-же случай, что на рис 50 и 51, на 88 день послѣ операціи.

стяхъ ея мѣстами довольно много сосудовъ съ сильно утолщенными стѣнками; въ нѣкоторыхъ рѣзко развитой эндоартеритъ, выражающійся бугристыми разрощеніями *intimae*, мѣстами сосуды совершенно облитерированы; въ ворсинахъ тѣ же измѣненія въ сосудахъ, но мѣстами замѣненъ рѣзко выраженный периартеритъ; въ окружающей сосудовъ мелкоклѣточная инфильтрація и остатки гранулемъ безъ гигантскихъ клѣтокъ; въ нѣкоторыхъ ворсинахъ обильное отложеніе хрящевой и костной ткани; въ остаткахъ суставныхъ хрящей всѣ стадіи сифилитическаго хондрита; поверхностные, подхрящевые слои кости бедра склерозированы; въ нихъ мало костномозговыхъ полостей.

Какъ вы знаете, мы первоначально діагностицировали въ этомъ случаѣ *arthritis deformans* и предположили сифилитическое его происхожденіе—отчасти по аналогіи съ другими вышеописанными случаями, отчасти имѣя въ виду бывшее у больной крайне подозрительное заболѣваніе глаза. Рѣзкій положительный результатъ Wassermann'овской реакціи еще больше убѣдилъ насъ въ справедливости такого распознаванія

Вмѣстѣ съ тѣмъ, принимая во вниманіе отечность всей конечности, появившуюся, судя по разсказамъ больной, съ самаго начала заболѣванія сустава (что считается характернымъ для *tabes'a*), тяжелыя измѣненія въ суставѣ, развившіяся, повидимому, довольно быстро, вялость рефлексовъ и реакціи зрачка, я долженъ былъ допустить возможность, что данная артропатія табетическая, но утверждать этого не могъ, потому что наше изслѣдованіе, какъ мнѣ казалось, достаточныхъ данныхъ для такого діагноза не давало (разстройства чувствительности мы не нашли). Во всякомъ случаѣ имѣвшіяся явленія, подозрительныя для спинной сухотки, были слишкомъ неясно и слабо выражены, чтобы послужить противопоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

При артротоміи мы нашли уже извѣстную намъ, обычную картину сифилитическаго деформирующаго артрита, т. е. картину *arthritis deformans* наряду съ сифилитическимъ хондритомъ. По сути картина эта дѣйствительно вполне походила на ту, которую мы видѣли уже не разъ; отличался этотъ случай отъ другихъ степенью разслабленности всего аппарата, связывающаго суставные концы костей, вслѣдствіе чего и получился патологическій вывихъ; кромѣ того, здѣсь болѣе выраженной, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, была и деформация костей, особенно *tibiae*, въ которой, видимо подъ вліяніемъ давленія смѣщеннаго наружнаго мышелка бедра, на передне-внутренней поверхности эпифиза образовалось чашковидное вдавленіе, представлявшее собой какъ бы новую суставную впадину для *condylus ext. femoris*. Чего-нибудь особеннаго, спеціальнаго для табетической артропатіи, отличающаго ее отъ *arthritis deformans syphilitica*, замѣтить я не могъ; именно про этотъ случай можно было сказать, что это «*une arthrite déformante syphilitique exagérée*».

Такія же данныя, какъ и въ другихъ случаяхъ, дало намъ и микроскопическое изслѣдованіе, подтвердившее, какъ и макроскопическая кар-

тина въ суставѣ, наше предположеніе о сифилитическомъ происхожденіи данной артропатіи.

Не менѣе доказателенъ въ этомъ направленіи былъ и результатъ специфическаго леченія, предпринятаго послѣ операціи. И эта больная, какъ и другіе, прекрасно переносила большія дозы іодистаго калия (до 9,0 grm. въ день), а къ концу леченія, принявъ 378 grm. kalii jodati и 3,6 grm. protojodureti hydrargyri, очень поправилаеь и прибавилась въ вѣсѣ на 10 фунтовъ. Очень хорошъ былъ и эффектъ специфическаго леченія на мѣстный процессъ, какъ объ этомъ можно судить по рис. 53—конечно, исчезновеніе инфильтратовъ и отека въ мягкихъ частяхъ не могло быть приписано вліянію оперативнаго вмѣшательства.

Какъ я уже сказалъ, только по окончаніи леченія, все еще не будучи достаточно увѣренъ въ томъ, что у больной нѣтъ *tabes'a* или органическаго заболѣванія центральной нервной системы вообще—я направилъ ее для болѣе точнаго изслѣдованія къ специалисту-невропатологу, который дѣйствительно и констатировалъ у больной начинающійся *tabes*, ускользнувшій отчасти отъ нашего менѣе точнаго и умѣлаго изслѣдованія нервной системы.

Описанный случай я нахожу поучительнымъ въ слѣдующихъ отношеніяхъ: онъ показываетъ:

1) что *arthropathia tabidorum* представляетъ только одну изъ разновидностей *arthritidis deformantis*;

2) что у сифилитиковъ встрѣчаются, какъ на это уже выше было указано мною, а также указывалось и другими авторами, смѣшанныя формы табетическихъ артритовъ съ сифилисомъ суставовъ;

3) что, слѣдовательно, при начальныхъ формахъ табетическихъ артропатій у сифилитиковъ отъ специфическаго леченія можно ожидать хорошихъ результатовъ и, наконецъ,

4) что въ тѣхъ случаяхъ табетическихъ артропатій у сифилитиковъ, гдѣ, при мало выраженныхъ симптомахъ *tabes'a*, на первый планъ выступаетъ пораженіе сустава, настолько уже развившееся, что успѣха отъ одного антисифилитическаго леченія ожидать нельзя, вполне показано оперативное вмѣшательство въ комбинаціи съ энергичнымъ специфическимъ леченіемъ.

Позволяю себѣ особенно подчеркнуть этотъ послѣдній выводъ, такъ какъ въ литературѣ мнѣ не удалось встрѣтить ясныхъ указаній въ этомъ направленіи, т. е. рекомендаціи при леченіи табетическихъ и вообще деформирующихъ артритовъ у сифилитиковъ или субъектовъ, подозрительныхъ въ этомъ отношеніи, планомерно пользоваться артротоміей въ комбинаціи съ дѣйствительно интензивнымъ антисифилитическимъ леченіемъ іодомъ и ртутью.

Теперь, Мм. Гг., я позволю себѣ упомянуть еще о двухъ выписывающихся больныхъ, напомнивъ вамъ и ихъ исторіи болѣзней. Дѣлаю это вотъ почему: вы не забыли, можетъ быть, что въ V моей лекціи

(стр. 75, рис. 17) я сообщил вамъ случай гуммознаго пораженія *patellae* и указалъ, что такое проявленіе сифилиса въ колѣнѣ встрѣчается очень рѣдко и что мнѣ, за всю мою практическую врачебную дѣятельность, пришлось видѣть всего два такихъ случая; въ текущемъ учебномъ году (когда V лекція уже была напечатана) намъ удалось съ вами наблюдать одновременно два такихъ случая. Картина болѣзни у обѣихъ больныхъ была почти аналогична и вмѣстѣ съ тѣмъ очень походила на первый описанный мною случай; такимъ образомъ, это заболѣваніе колѣна можетъ быть признано, если и рѣдко встрѣчающимся, то все же очень типичнымъ, легко распознаваемымъ, а слѣдовательно, — и достойнымъ быть отмѣченнымъ.

(41) П. И., 22 лѣтъ, поступила въ клинику 9/1 1910 г., жалующаяся на опухоль праваго колѣна, на малоподвижность его и на сильныя ночныя боли въ немъ.

Больная, дочь мелкаго чиновника, родилась и до 19 лѣтъ жила въ Петербургѣ. Въ дѣтствѣ условія жизни были среднія. 19 лѣтъ поступила актрисой въ опереточную труппу, съ которой и путешествуетъ по всей Россіи. За время своей службы въ труппѣ матеріальныхъ лишеній не испытывала. Спиртные напитки пьетъ, не постоянно, но иногда въ большомъ количествѣ. Отецъ умеръ 70 лѣтъ и до самыхъ послѣднихъ дней жизни былъ здоровъ; мать была слабago здоровья, умерла 45 лѣтъ. Въ семьѣ было 5 дѣтей, ихъ коихъ 3 умерло въ раннемъ дѣтствѣ; одна сестра больной, 35 лѣтъ, жива и здорова.

Менструаціи появились у больной 16 лѣтъ, были всегда неправильны и сопровождались болями. О своей половой жизни больная говоритъ только, что беременной не была. Въ прошломъ году перенесла тифъ — проболѣла около мѣсяца; векорѣ послѣ тифа пропалъ голосъ, который, однако, вернулся черезъ мѣсяць, послѣ леченія какими-то смазываніями.

Только послѣ того, какъ больная замѣтила, что въ клиникѣ болѣзнь ея поняли, она дополнительно сообщила, что 18 лѣтъ заболѣла сифилисомъ. Первичныхъ явленій не замѣтила, стала лечиться, когда замѣтила на ногахъ сыпь, признанную врачами сифилитической. Всего продѣлала 7 курсовъ леченія (послѣдній 2—3 года тому назадъ). Заболѣваніе колѣна больная относитъ на августъ 1908 года, когда появилась въ колѣнѣ боль и опухоль, что и заставило ее пролежать два мѣсяца. Конечность была загипсована, что дало облегченіе; затѣмъ принимала К. J. и горячія ванны; постепенно все пришло къ нормѣ и больная  $\frac{1}{2}$  года была совершенно здорова. Въ теченіе 1909 г. было 4 рецидива заболѣванія колѣна; больная лечилась сама іодистымъ калиемъ и ваннами.

Въ сентябрѣ въ клиникѣ проф. Сапѣжко была сдѣлана пункція сустава и выпущена жидкость. Въ октябрѣ начало болѣть лѣвое плечо и появились боли и припухлость 4 ребра на мѣстѣ перехода его въ хрящъ. Несмотря на болѣзнь, больная продолжала свою службу и за недѣлю до поступленія въ клинику еще играла на сценѣ.

Больная средняго роста (154 снт.), очень плохого питанія (вѣсъ 2 п. 30 $\frac{1}{2}$  ф.). Очень блѣдна, малокровна, истощена. Всѣ лимфатическія железы увеличены. Мускулатура дряблая. Внутренніе органы здоровы. Пульсъ 110,  $t^0$  нормальная. Моча 1000, уд. вѣса 1020, слабо-

кислая, въ осадкѣ ураты, бѣлка и сахара нѣтъ. Oophoritis chron. sinistra. Явленія неврастеніи; колѣнные рефлексы нормальны, глоточный и конъюнктивальный ослаблены.

Правый колѣнный суставъ значительно увеличенъ въ объемъ, передняя его часть представляется шаровидной, совершенно такой, какъ на рис. 17 (стр. 75), причемъ конечность нѣсколько согнута въ колѣнѣ.

Окружность сустава:

	На правой сторонѣ.	На лѣвой сторонѣ.
Надъ чашкой . . .	33,5 снт.	33 снт.
Черезъ средину ея . . .	41 »	34,5 »
Подъ чашкой . . .	31 »	28 »

Объемъ сустава увеличенъ главнымъ образомъ насчетъ увеличенной patellae (всѣ диаметры которой на 1 снт. больше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ) и порядочной инфильтраціи капсулы только въ переднихъ отдѣлахъ ея, вокругъ patellae.

Въ суставѣ небольшое количество жидкости и мягкій хрустѣ при движеніи.

Мышечатура правой нижней конечности сильно атрофирована. Болѣзненны подавливаніе на эпифизъ tibiae и по краямъ patellae, тоже и усиленное сгибаніе. Объемъ движенія въ колѣнѣ только 20°. Ходить, но хромя и съ большимъ трудомъ, причемъ хромота и затрудненіе при ходьбѣ рѣзко усилились за послѣдніе дни.

Сильныя ночныя боли въ колѣнѣ и плечевомъ суставѣ, въ послѣднемъ объективно измѣненій нѣтъ, только болѣзненность при давленіи на tuberculum maj. os. humeri.

На 4 ребрѣ періоститъ.

Рентгенограмма указываетъ увеличеніе patellae и очень значительное увеличеніе ея толщины, причемъ со стороны хрящевой поверхности ясно видны большія наслоенія костной ткани и, повидимому, узурь хряща, такія же костныя массы идутъ отъ верхняго края patellae по направленію lig. patellae. Въ области большого бугорка плечевой кости гумма (величиной съ большой лѣсной орѣхъ).

Туберкулиновая проба отрицательна.

Реакція Wassermann'a дала три +.

Диагнозъ. Osteochondritis gummosa patellae, synovitis villosa genus dextr., gumma prof. os. humeri sin.

Леченіе. Больная пробыла въ клиникѣ 69 дней; за это время приняла 428 грм. kalii iodati, причемъ доходила до 12,0 грм. pro die, и получила 28 втираній ртутной мази по 4,0 грм. Интересно отмѣтить, что въ первое время леченія при малыхъ дозахъ іодистаго калия (2,0 грм. pro die) появился іодизмъ и больная стала падать въ вѣсѣ, при большихъ дозахъ іодизмъ исчезъ и больная стала рѣзко поправляться, прибывая въ вѣсѣ.

Результатъ. Окружность колѣна уменьшалась на 6 см. посрединѣ patellae, экссудата нѣтъ, сгибаетъ колѣно, свободно до прямого угла, разгибаніе полное, болѣе никакихъ; осталось только увеличеніе patellae. Общее состояніе значительно поправилось, имѣетъ вполне здоровый видъ и хорошій цвѣтъ лица; въ вѣсѣ прибавилась на 4 фунта.

(42) В. М., 26 лѣтъ, поступила въ клинику 4/II 1910 г., жалуясь на боли въ правомъ колѣнѣ, лѣвомъ локтѣ и лѣвой пяткѣ.

Больная, жена офицера. родилась въ купеческой семьѣ, въ одной изъ губерній средней Россіи, гдѣ и жила до 15 лѣтъ, затѣмъ проживала въ разныхъ городахъ Европейской Россіи и Сибири. Условія жизни были всегда вполне удовлетворительныя. Спиртныхъ напитковъ не пьетъ; курить.

Отецъ больной пилъ запоемъ и умеръ давно; матери 60 лѣтъ, совершенно здорова. Въ семьѣ было 5 дѣтей, изъ нихъ одинъ братъ погибъ на войнѣ, другіе здоровы.

Менструировать больная начала съ 13 лѣтъ; 16 лѣтъ вышла замужъ, беременностей не было.

Въ 1905 г., при паденіи съ лошади, ушибла правое колено и лѣвую пятку. Боли въ колѣнѣ были не очень сильныя, то появлялись, то исчезали. Въ 1908 г. появилась опухоль въ области праваго колѣна и боли усилились, причеиъ были особенно чувствительны по ночамъ; ходить стало трудно, особенно утромъ, пока не «расходится». Вскорѣ началъ болѣть и лѣвый локоть, а въ 1909 г. заболѣла пятка.

Лечилась ваннами, солеными и грязевыми; лѣтомъ 1909 г. очень похудѣла и ослабѣла, почему пила кумысъ. Въ срединѣ сентября, т. е. 4 мѣсяца тому назадъ, поступила въ частную лечебницу; при изслѣдованіи въ выдѣленіяхъ vaginae были найдены гонококки и больной было сдѣлано 15 впрыскиваній гонококковой вакцины. Боли въ колѣнѣ, локтѣ и пяткѣ усилились, а послѣ 13 впрыскиванія увеличилась и опухоль колѣна. Общее состояніе больной стало очень тяжелымъ, по ея словамъ, и она послѣ 15 впрыскиванія отъ дальнѣйшаго леченія отказалась.

Больная средняго роста и хорошаго питанія (вѣсъ 4 пуд. 18 ф.), довольно полная и вообще на видъ здоровая женщина. Паховыя железы увеличены. Внутренніе органы, нервная система и т<sup>о</sup> нормальны. Мочи 1700, уд. вѣса 1015, нормальнаго состава. Небольшое слизистое отдѣленіе изъ влагалища. Правое колено увеличено въ объемѣ и передняя поверхность его имѣетъ форму сегмента шара, точь въ точь, какъ у предыдущей больной и на рис. 17, только въ меньшей степени; patella увеличена въ діаметрѣ на 2 снт. по сравненію съ здоровой; капсула вокругъ patellae утолщена; въ суставѣ небольшое количество выпота и мягкій хрустъ при движеніяхъ. Мѣстная т<sup>о</sup> въ области больного колѣна повышена. Надавливаніе на нижній край patellae болезненно. Подвижность въ правомъ колѣнѣ полная. Ходитъ больная хорошо, не хромя.

Въ лѣвомъ локтѣ можно констатировать только утолщеніе olecranon'a и неполное разгибаніе до 170°.

На лѣвой пяткѣ ничего объективнаго, только болезненность при давленіи на пяточный бугоръ.

Главная жалоба больной—ночныя боли въ колѣнѣ и локтѣ.

Отъ кожной пробы туберкулиномъ слабая реакція, офтальморекція отрицательная.

Реакція Wassermann'a дала три +.

Рентгеноскопія показала увеличеніе patellae и очень значительное утолщеніе ея, причеиъ наружныя слои кости склерозированы, внутренніе же представляютъ собой совершенно безструктурныя, неровныя костныя массы, повидимому, не покрытыя хрящемъ. Кроме того, тонкая костная пластинка, начинающаяся отъ верхняго края patellae, расположена по внутренней поверхности lig. patellae propr. Olecranon утолщенъ, съ неровной поверхностью.

Діагнозъ. *Osteochondritis gummosa patellae d. et synovitis chron. seroso-villosa genus.*

Леченіе. Больная пробыла въ клиникѣ 43 дня и за это время приняла до 266 грм. *kalii iodati* (максимальная доза 9,0 грм. pro die). Все пришло къ нормѣ; болѣй никакихъ; осталось только увеличеніе *patellae* и нѣкоторое утолщеніе olecranon'a. Выписалась совершенно здоровой при отличномъ общемъ состояніи, но почти безъ измѣненій вѣса тѣла.

Описанные случаи интересны въ разныхъ отношеніяхъ. Прежде всего въ этомъ своеобразномъ гуммозномъ заболѣваніи сустава обращаетъ на себя вниманіе то, что во всѣхъ четырехъ видѣнныхъ мною случаяхъ изъ костей колѣннаго сустава гуммознымъ остеоитомъ была, повидимому, поражена только *patella*, во всѣхъ четырехъ случаяхъ сильно увеличенная; въ настоящихъ двухъ случаяхъ, благодаря рентгеноскопіи, мы могли констатировать кромѣ того рѣзкое утолщеніе ея и пораженіе хряща; далѣе очень интересно, что въ трехъ моихъ случаяхъ гуммознымъ процессомъ была поражена только передняя часть капсулы, въ окружности *patellae*, поэтому во всѣхъ трехъ случаяхъ колѣно имѣло совершенно своеобразную форму, представляя своей передней частью форму сегмента шара или полушарія, какъ это видно на рис. 17; у нашихъ двухъ больныхъ форма колѣна была такая же, только въ меньшей степени, отчасти она сохранилась и теперь, только еще менѣе выраженной.

Въ первомъ случаѣ заболѣванію чашки сопутствовала значительная водянка колѣна, у только что описанныхъ больныхъ экссудата было въ суставѣ меньше, особенно у послѣдней. У перваго моего больного функціи сустава были очень мало нарушены, во второмъ случаѣ функціи колѣна, повидимому, были сохранены довольно долго, ибо больная могла играть на сценѣ, а малоподвижность въ колѣнѣ и хромота развились у нея лишь за нѣсколько дней до поступленія въ клинику, у третьей подвижность была нормальная, и б. не хромала. Главныя жалобы у всѣхъ трехъ сводились къ ночнымъ болямъ. Наконецъ, первый больной страдалъ позднимъ наслѣдственнымъ сифилисомъ, у второй—сифилисъ былъ приобрѣтенный, у третьей—повидимому, тоже.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что описываемое пораженіе сустава представляетъ собою гуммозное заболѣваніе колѣннаго сустава *sui generis*, наблюдаемое какъ при наслѣдственномъ, такъ и при приобрѣтенномъ сифилисѣ, такое заболѣваніе, съ которымъ надо, слѣдовательно, быть знакомымъ, чтобы не впадать въ такія діагностическія ошибки, въ какую впали врачи, лечившіе нашу третью больную и принявшіе у нея пораженіе суставовъ за гонорройное.

Отмѣчу еще, что въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ нами исключительно на основаніи объективнаго изслѣдованія суставовъ. Первая больная при первомъ нашемъ изслѣдованіи умолчала о заболѣваніи плечевого сустава и ребра и скрыла отъ насъ, что была инфицирована; мы предположили, что передъ нами сифилитическое стра-



даніе сустава тотчасъ же, какъ увидѣли въ амбулаторіи это большое колѣно и узнали, что больная еще за недѣлю до того могла играть на сценѣ—такія видимыя измѣненія въ суставѣ и такая сохранность функций бываетъ, какъ вы знаете, только при сифилисѣ; все дальнѣйшее, и безъ анамнеза, въ достаточной, конечно, мѣрѣ подтвердило наше предположеніе. Во второмъ случаѣ для діагноза послужила типичная форма сустава, увеличеніе *patellae*, ночныя боли и сохранность функций сустава; рентгеноскопія, *Wassermann*'овская реакція и результатъ леченія не оставляютъ, конечно, никакихъ сомнѣній въ томъ, что мы были правы, хотя мы такъ ничего изъ ея анамнеза о бывшей инфекціи и вторичныхъ явленіяхъ и не узнали.

Достойно вниманія еще одно наблюденіе, которое мы отмѣтили у первой изъ этихъ двухъ больныхъ: при малыхъ дозахъ іодистаго калия у нея появился іодизмъ, самочувствіе ухудшилось и вѣсѣ тѣла сталъ падать, при большихъ дозахъ іодизмъ исчезъ, больная стала чувствовать себя отлично и начала прибывать въ вѣсѣ—поучительный примѣръ, какъ не слѣдуетъ отказываться отъ іода у сифилитиковъ при первыхъ симптомахъ отравленія имъ.

Заканчиваю, Мм. Гг., эти лекціи практическимъ совѣтомъ—не забывайте въ жизни старой поговорки:

«In dubio respice luem»!

## Библиографическій указатель.

### I. Русская литература.

- Австидійскій, Къ вопросу о патологич. анатоміи сифил. воспаленія костей и хряща эпифизовъ.—Тр. VIII Съѣзда русск. вр. и естествоисп. (реф. во «Врачъ» 1890, стр. 13).
- Онъ-же, Osteochondritis epiphysaria syphilitica. Дис. Москва. 1891.
- Вельяминовъ, О резекціяхъ локтя.—Сооб. и Прот. С.-Петербур. Мед. Общ. 1883.
- Онъ-же, Сифились въ хирургіи.—«Русск. Хир. Арх.» 1903, кн. 4.
- Онъ-же, Polyarthritis chron. progressiva thyreotoxica.—Русск. Врачъ. 1908 г.
- Онъ-же, Болѣе рѣдкія заболѣванія суставовъ.—Прот. Русск. Хир. Общ. Пирогова 1909 г.
- Онъ-же, Гибридная форма артритовъ. Сифились и туберкулезъ.—Прот. Спб. Мед. Хир. Общ. 1909—10 гг.
- Вельяминовъ и Тиле, Отч. по хир. отд. Красносельскаго воен. госпиталя за 1886 г.—Хир. Вѣстн. 1887 г.
- Ге, Курсъ венерическихъ болѣзней. Казань. 1895.
- Губаревъ, Къ вопросу о патологич. анатоміи «endoarteriitis obliterans».—Дис. Спб. 1902.
- Дерюжинскій, Къ вопросу о распознаваніи хронич. воспаленій суставовъ.—Хирург. Лѣтоп. 1895 г., кн. 1, стр. 46.
- Дитерихсъ, Такъ называемый древовидный жировикъ сустава (Lipoma argobescens). Дис. Спб. 1901.
- Зеренинъ, Сифилитическ. поврежденіе сочлененій.—Хирург. Лѣтоп. 1893, кн. 2.
- Китаевскій, Гуммозное поврежденіе надколѣнной кости и колѣннаго сустава.—«Врачъ» 1882 г., № 6, стр. 86.
- Корниловъ, Arthropathia tabidorum и ея отношеніе къ сифилису.—Сборн. статей, посвящ. проф. Кожевникову его учениками. 1890.
- Мантейфель-Сцега, бар., Эксперим. изслѣдованіе тканей скелета, подвергшихся замораживанію и застою. Дис. Юрьевъ. 1908.
- Михайловъ, Н. А., Случай сифилитич. поврежденія суставовъ.—«Врачъ» 1890, № 19, стр. 432.
- Михайловъ, Н. Н., О сифилитическомъ поврежденіи суставовъ.—Военно-Мед. Журн. 1901, кн. 8 и 9.
- Монастырскій, Казуистич. матеріалы къ ученію о сифилит. поврежденіяхъ суставовъ.—«Еженед. Клинич. Газ.» 1883, № 38, стр. 601.
- Онъ-же, Современные взгляды на патологию и терапію суставовъ. Спб. 1882, стр. 81—111.
- Мухинъ, Обь отношеніи сифилиса къ табетической артропатіи.—«Невролог. Вѣстникъ». Томъ II, вып. I, стр. 65.
- Орловъ, Къ вопросу обь отличительномъ распознаваніи бугорковыхъ и гуммозныхъ поврежденій возлѣсуставн. ткани и синовиальной оболочки суставовъ.—«Врачъ» 1882, №№ 9, 12 и 14.
- Приклонскій, Два случая сифил. заболѣваній суставовъ.—Прот. Московск. венерологич. и дермат. Общества 1892. I.
- Соколовъ, Н. А., Древовидная разрошенія синов. оболочки суставовъ.—Хирург. Вѣстникъ». Ч. IX, 1893.
- Фалькенбергъ, Случай сифил. восп. венъ и сифил. ревматизма суставовъ.—«Врачъ» 1892. 1250.
- Фроловъ, Gonitis syphilitica.—«Русск. журн. кожн. и венер. болѣзней» 1905. IX
- Ястребовъ, Къ ученію о сифилитическ. поврежденіи суставовъ.—«Хир. Вѣстн.» 1894, IX.

II. Иностранная литература.

- Albertin, *Prov. médic.* 20/x 1894.  
 Andersen, *Den syfilitiske arthropata smaobern.* — *Hosp. Tidende.* Kjöbenhavn 1894, 4, B. II, p. 101—102.  
 Apert, *Bul. de la soc. anat.* 1895, 649.  
 Astruc, *De morbis venereis.* Libr. VI. Paris. 1736.  
 Онъ-же, *Traité des maladies véneriennes.* 1754.  
 Audry, *Rev. de Chirurgie.* 1888.  
 Bach, *Beitr. z. Kentniss d. syph. Gelenkkrankheiten.* — «*Ar. f. D. u. S.*» 1891, H. I.  
 Barbier, *Bul. de la Soc. méd. des hôp.* 1906, p. 36.  
 Bardeleben, *Charité Ann.* 1874, V. 516.  
 Barth, *Polyarthrititis syphilitica.* *Cor. bl. f. schw. Aerzte.* 1905, XXXI. 492.  
 Barwell, *Treat. of dis. of the joints.* London. 1861.  
 Baudelot, *Th. de Paris.* 1900.  
 Bäumlér, *Arch. f. klin. Med.* 1870, IX.  
 Bäumlér, A. Duffin, Barkley Hill, *Trans. of the clin. soc.* 1870. III, 170.  
 v. Baumgarten, *Verhandl. d. Deutsch. pathol. Gesellsch.* 1901.  
 Bazy, *Lip. arboresc. du genou.* — *Bul. de la soc. d'anatomie de Paris.* LXV (1890). T. IV. 497.  
 Berger, *Berl. klin. Wochenschr.* 1873, 13/vi.  
 Bergh, *Fall v. gummöser Dactylitis,* *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1870.  
 Bertin, *Arthropathies syphilit.* — *Echo médic. du Nord* 1905 IX. 174.  
 Онъ-же, *A propos d'un cas d'arthropathie syphil. tert.* *Ibidem.* 1906. X.  
 Боеск, *Erfahrungen üb. Syphilis* 1875.  
 Bonnet, *Tr. d. maladies des articulations.* 1845.  
 Borchardt, *Deut. Zeitschr. f. Chir.* Bd. LXI.  
 Bosse, *Ueb. d. interst. Keratitis herid. luet. Natur. u. ihr Zusammenhang mit Gelenkaffectionen.* *Arch. f. Derm. u. Syphil.* 1897. XII. 157.  
 Онъ-же, *Histologisches u. Radiologisches zur tardiven Form. d. hereditären Gelenklues.* *Brun's Beitr. z. kl. Ch.* Bd. 51, 1906.  
 Bouilly, *Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.* *Th. de Paris* 1878.  
 Bourey, *Des manifestations articulaires dans les maladies infectieuses.* *Th. de Paris.* 1883.  
 Bowlby, *Cases illustrated syphil. diseases of the joints.* — *S. Barthelemy's hospit.* *Per.* XXVI, 1891.  
 Онъ-же, *Brit. med. Journ.* 1893, vol. II, p. 946.  
 Boyer, *Lipome arborescent de l'art. du genou.* — *Bul. de la soc. anatom. de Paris.* LII, 1877. T. II, p. 129.  
 Brochin, *Quelques mots sur les tumeurs blanches syphil.* *Gaz. des hôpitaux* 1854, № 39.  
 Броса, *Syphilis articul. du genou chez l'enfant.* — *Concours méd.* 1903, 25/vii.  
 Онъ-же, *Leçons cliniques de chirurgie infantile.* 1905, 1—68 стр.  
 Coenen, *Bedeutung des serologischen Syphilis-Nawweiseises in der Chirurgie.* — *Brun's Beitr.* Bd. 60, H. 1—2, 1908.  
 Clutton, *Symetr. synovitis of the knee in heredit. syph.* *Lancet* 1886, 26/ii.  
 de Conink, *Observ. d'un cas de syphilis tert. terminé par la mort. Arthropathie du genou.* *Bul. de la Corresp. méd. de Gand* II. 1876.  
 Cotten, *Arthropathie syph. tert.* *France méd.* 1879. VII.  
 Coulson, *Lancet.* III. 1858.  
 Crocy, *Traité des tumeurs blanches des articulations.* Bruxelles. 1853.  
 Dautzat, *Et. sur l'arthrite syphilit.* *Th. de Paris* 1875.  
 Davies Colley, *Syphil. erosion of boves of knee-joint.* — *Transact. of the pathol. Soc. of London* 1894, XLV. 132.  
 Debonneset, *Considérations sur le diagnostic différent. entre les manifestations osseuses et articulaires de la syph. héred. et de la tuberculose.* *Th. de Paris.* 1906.  
 De-Dominicis (Naples), *Syphilis et tuberculose.* *Congr. de tuberculose.* Paris. 1905, стр. 538.  
 Defontaine, *De la syphilis articulaire.* *Th. de Paris.* 1882.  
 Della-Croce, *Хирургія* 1583.  
 Desterhoff *Arch. f. klin. Chir.* XXII.  
 Devergie, *Tr. prat. des maladies de la peau.* Paris. 1834.

- Dittrich, Beitr. z. Lehre d. chirurg. Syphilis. Deut. Z. f. Chir. LXVII.  
Duffin, Transact. of the Clin. Soc. 1869, II, p. 92.  
Dufour, Soc. méd. des hôpit. 1906, 19/1.  
Duplay, Hydarthrose syph. chron. Bull. méd. 1893, VII, p. 875.  
Durante, Anat. pathol. des muscles. Paris. 1902.  
Dureuil, Contrib. à l'ét. des pseudo-tumeurs blanches syphil. Th. de Paris. 1880.  
Faber, Dis. Greifswald. 1887.  
Fabre, Traité de maladies vénériennes 1773 и 1777.  
Falkson, Zur Lehre v. d.luet. Gelenkleiden. Berl. klin. Wochenschr. 1883, № 25.  
Falopia (1555), De morbo gallico. Aphrodisiacus, p. 825.  
Fels, Syphilis of the knee-joint. Wien. med. Presse. 1904, p. 2345.  
Ferrerius, Angerius, De pudendagra sive lue hispanica. Lib. II. Antverpiae. 1565.  
Luisinus, p. 493.  
Ferri, Alfonso, De ligni sancti multiplic. mcd. et vini extibitione. Lib. IV. Basileae. 1538. Luisinus, p. 493.  
Finger, Zur Kenntniss d. syphilit. Gelenkerkrankungen.—Wien. med. Wochenschr. 1884, № 28.  
Fletcher, Transact. of the Med. Soc. London. 1905, XXVIII, 297.  
Fouquet, Ch., De la syphilis articulaire. Th. de Paris 1905.  
Онъ-же, Traité de la syphilis articulaire. Paris. 1906.  
Fournier, Leçons sur la syphilis. 1873.  
Онъ-же, Union méd.  
Онъ-же, Syphilis hereditaire tardive. Paris. 1886.  
Онъ-же, Un cas de mal de Pott d'origine syphil. — Ann. de dermat. et de syphil. 1881, p. 19.  
Онъ-же, Du pseudo-rheumatisme syph. de la période secondaire. Gaz. d. hôp. 1887.  
Онъ-же, Ann. de dermat. et de syphilis 1889.  
Fournier, E., Hérédo-syphilis. 1906.  
Frauenthal, Syphil. arthritis. New-York Med. Rec. 1906, V.  
Freiberg, Americ. Journ. of Dermat. a Genito-urinary. Dis. 1906, X. 315.  
Frizimelica, Tractatus de morbo galico (1558). Luisinus, p. 994.  
Fuchs, Heredit. Lues u. Riesenwuchs. Wien. klin. Wochenschr. 1895, № 38.  
Gaillard, Soc. méd. des hôp. 1906, 19/1.  
Gangolphe, Contrib. à l'étude des localisations articulaires de la syphil. tert. — An. de dermat. et de syphil. 1885, p. 449.  
Онъ-же, Maladies infectieuses et parasitaires des os. 1894.  
Gaucher, Des gommés epiphysaires. Soc. clin. de Paris. 1879.  
Онъ-же, Congrès intern. à Vienne. 1892.  
Онъ-же, Journ. de méd. et de chir. prat. 1904, 10/хп.  
Онъ-же, Ann. des mal. vénériennes 1906, № 1.  
Gaucher et Coyon, Syphilis méconnue. Soc. de dermat 1901, IV.  
Gaucher et Fournier, Ed., Poyarthrite déformante d'origine hérédo-syphilitique.—Soc. de dermat. 1901. XII.  
Gelma, Th. de Paris 1891.  
Gies, Gelenksyphilis. D. Zeitschr. f. Ch. XV, 589. 1881.  
de Grandmaison et Boidin, Hydarthrose syph. volumineuse et précoce. Arch. gén. du méd. 1902. I.  
Griffon, Un cas de pseudorhumatisme tuberculeux primitif; étude cystoscopique; preuve expérimentale.—Soc. méd. des hôpit. 1903, 18/vi.  
Griffon et Dehérain, Pseudorhumatisme syphilitique; hydarthrose volumineuse; étude cytologique et expérimentale de l'épanchement.— Soc. méd. des hôp. 1906, 19/vi.  
Güterbock, Arch. f. klin. Chirurgie 1878.  
Hahn и Deycke-Pascha, Knochensyphilis im Röntgenbilde. Hamburg. 1907.  
Handschuh, Die Syphilit. Krankheitsformen. 1831.  
Heckmann, Münch. med. Wochenschrift 1909.  
Hillebrecht, Ueb. syphilit. Gelenkerkrankungen. Dis. Würzburg. 1886.  
Hippel, Ueb. d. Häufigkeit v. Gelenkerkrankungen bei heredit. Syphilis. Münch. med. W. L. 31.  
Hoffa u. Wollenberg, Arthritis deformans u. sogenannter Gelenkrheumatismus Stuttgart. 1908.  
Holländer, Berlin. dermat. Gesellsch. Sitzung der 12/II 1906.  
Huet, Nederl. Tijdschr. v. Genesk. VII, 1863, II.  
Hüter, Klinik d. Gelenkkrankheiten. 1876.  
Hunter Oeuvres compl.—Переводъ Richelot.

- Hutchinson, Brit. Med. Journ. 1892, 16/iv.  
Joachimsthal. Ueb. Knochendeformitäten bei heredit. Lues. — Deut. med. Wochenschr. 1894, p. 461.  
Imbert, Gaz. des hôp. 1899.  
Jullien, Maladies vénériennes. 1879.  
Kirmisson, Clinique sur les maladies de l'appareil locomoteur.  
Онъ-же, Coxalgie et syphilis osseuse. — Méd. mod. 1905, XII, 385.  
Kirmisson et Jacobson, Rev. d'orthopédie. 1897.  
Koch, Berlin. klin. W. 1879, p. 356.  
Krówczyński, Syphilidologija. Kraków. 1883.  
Kummer, Die Erkrankungen d. Ellenbogengelenks. Deut. Zeitschrift f. Ch. Bd. 27, 1888.  
Lancereaux, Traité historique et prat. de la syphilis. 1873.  
Онъ-же, Des arthrites syphilit. Union. méd. 1873.  
Онъ-же, Traité de la syphilis 1874.  
Landerer, Arch. f. klin. Ch. XXX, 1884, p. 217.  
Landois, Ueb. d. Vorkommen von Langhans'schen Riesenzellen bei d. Syphilis d. quergestreiften Musculatur u. ihre Verwertung f. d. Diagnostik. Bruns's Beitr. Bd. 63. H. 2, p. 315, 1909.  
Lang, Vorlesungen üb. Path. u. Ther. der Syphilis. Wiesbaden. 1896.  
Онъ-же, Prophylaxe u. Therapie d. Syphilis. 1896.  
Lannelongue, Bul. méd. 1887, 20/ш.  
Онъ-же, Leçons de clinique chirurgicale 1905, p. 391 и 408.  
Le-Gendre, Soc. méd. des hôp. 1906, 19/1.  
Lemnius, Levinus, De miraculis oculitis naturae. Lib. IV. Antverpiae. 1561.  
Levy и Ludloff, Die neuropathischen Gelenkerkrankungen. Bruns's Beitr. Bd. 63, H. 2, p. 399 и 435. 1909.  
Lubarsch, Verhandl. d. Deut. patholog. Gesellsch. 1901.  
Ludloff, см. Levy.  
Lücke, Berlin. klin. W. 1867, №№ 50 и 51.  
Mackenzie. Case of syphil. arthritis. Transact. of the clin. Soc. of London. 1888. XXII, p. 206 — 208.  
Manino, France méd. 1888.  
Marino, Guid policlinico. 1907.  
Martyr, Pet. Anglerii Mediolanensis. Epist. LXVIII. 1488.  
Mauclaire et Dujarier, Maladies des articul. — Nouv. Traité de Chirurgie par Le Dentu et Delbet. 1909.  
Mauriac, Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis. — Gaz. des hôp. 1874, № 35.  
Онъ-же, Syphilis tertiaire articulaire. 1890.  
Онъ-же, Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. 1890.  
Ménard, Lemoine et Penard, Gaz. des hôp. 1908.  
Méricamp, Contrib. à l'ét. des arthropathies syphil. tertiaires. Th. d. Paris. 1882.  
Méry et Guillemot, Soc. méd. des hôp. 1903, III.  
Méry et Terrieu, Ibidem. 1904.  
Métayer, Th. de Paris. 1904.  
Middeldorf, Arch. f. klin. Chir. XXXIII, 1886.  
Minkowski, Die Gicht.  
Morgagni, De sedibus et causis morborum. Pataviae 1765. Письмо 58.—De Lue veneria.  
Moussons, Journ. de méd. de Bordeaux 1900.  
Mracek, Arthromeningitis syphilitica in d. sec. Per. d. Syphil. Wien. Med. Presse 1882, p. 9.  
Neumann, Сифились внутрен. органовъ. Русск. перев. 1903.  
Nicolas, Syphilis héréd. simulante des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses. Bul. de la soc. méd. de Lyon 1905. IV.  
Nonne, Syphilis u. Nervensystem Berlin. 1907.  
Oedmanson, Nord. med. Ark. Bd. 1, 4, 1869.  
Pabst, Die Gelenksyphilis. Dis. Jena. 1890.  
Panas, France méd. 1879 и Dict. de méd. et de chir. prat.—art. «Gonorrhée».  
Pascalidès, Th. de Paris. 1905.  
Pelagatti, Clinica chirurgica 1907, XI.  
Percy-Paton, Brit. Med. Journ. 1903.  
Perle, Th. de Paris. 1894.  
Perrogon, Th. de Lyon. 1893.

- Petersen, Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXIX, p. 3.  
 Pielicke, Berl. klin. W. 1898.  
 Pierre, Th. de Lyon. 1900.  
 Plateau, Et. sur les épanchements art. syphil. Th. de Paris 1877.  
 Plenk, Doctrina de morbis venereis. Vienna. 1787.  
 Porter, Syphyl. of the knee-joint. Chicago Med. Rec. 1905, VII.  
 Ramonat, La syphilis chez les scrophuleux. Th. de Paris. 1883.  
 Rasch, Laeren an de syphilitiske Arthropathier. Kjöbenhavn. 1889.  
 Rebeyrolle, Th. de Paris. 1902.  
 Reeb, Rec. de méd. mil. 3 Série XII, p. 136, 1864.  
 Renvers, Gelenkrankheiten u. Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syph. XXVIII, 1894.  
 Онъ-же, Zur Kenntniss d. syphil. Gelenkerkrankungen. Ibidem. XXIII, 1895.  
 Richet, Mém. sur les tumeurs blanches. et Mém. de l'Ac. de méd. T. XVII, 1853.  
 Risel, Zur Kenntniss d. syphil. Finger u. Gelenkaffectionen. Berl. klin. W. 1870, № 7.  
 Robinson, Brit. Med. Journ. 1896.  
 Rocher, Gaz. hébd. des sc. méd. de Bordeaux. 1904.  
 Rosenberg, Mehrere Fälle v. chirurg. Lues. Kiel. 1904.  
 Rubinstein, Der ärztl. Praktiker 1890. № 161.  
 Roustan, Lésions periarticulaires de nature syphilitique.—Montpellier méd. 1880, IV.  
 Russel, James, Ueb. die Krankheiten d. Kniegelenks. Aus d. Engl. übers. v. Goldhagen. Halle. 1817.  
 Saucet, Contrib. à l'étude des arthropathies de la syphil. héréditaire tardive. Bordeaux. 1904.  
 Schede, Arch. f. klin. Ch. Bd. XXVIII.  
 Онъ-же. Verh. d. Deut. Ges. f. Ch. 1877, p. 61.  
 Schmolk, Deut. Zeitschr. f. Ch. Bd. 23.  
 Schuchardt, Krankh. der Knochen u. Gelenke.—Deut. Chirurgie. Lief. 28, 1899.  
 Schüller, Ueb. Syphilit. Gelenkleiden. Arch. f. klin. Ch. Bd. XXVIII, p. 473, 1882.  
 Онъ-же, Aetiologie d. chron. Knochen- u. Gelenkentzündungen. D. Zeitschr. f. Ch. Bd. 14, 1881.  
 Schuster, Ueb. Fiebercomplicationen Syphilitischer. Ar. f. Derm. u. Syph. 1873. p. 288.  
 Schwarz, Ueb. d. tabische Gelenkathropathie d. Hüftgelenks. Bruns's Beitr. Bd. 62, 1909, p. 216.  
 Sergent, Syphilis et tuberculose. Paris. 1907.  
 Shiota, Ueb. d. tuberkuloiden Veränderungen d. peripheren Nerven bei Lepra nervorum. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. 1909.  
 Simon, Handb. d. spec. Path. u. Ther. II. Bd. Abt. 1. Intoxicationen, Zoonoser u. Syphilis. Erlangen. 1855.  
 Smirnoff, Ein seltener Fall v. ausgebreiter Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis. Monatschr. f. pract. Dermat. Bd. VII, № 1, 1888.  
 Steinberg, Du pseudo-rhumatisme syphilitique. Th. de Paris.  
 Sutherland, On syphil. arthritis. Policlin. London. 1905.  
 Swediaur, Abt. üb. d. vener. Krankheiten 1798.—Traité des maladeis véner. Paris. 1801.  
 Taylor, Dactylitis syphil. with observations on syph. lesions of the joints.—Two cases of syphil. synovitis of the kneejoints. Amer. Journ. of Syph. a Dermat. 1871.  
 Онъ-же, New-York. med. Rec. 1906, LXIX, 21, 280.  
 Thierry de Héry, La méthode curat. de la maladie véner. Paris. 1552.  
 Tillmann, Berl. klin. W. 1884, p. 756.  
 Tomitanus, Bernard, De morbo gallico 1563. Aphrodisiacus, p. 1031 и 1102.  
 Trinkler, Berl. klin. W. 1890, № 26.  
 Trost, Beitr. zu d. Erkrank. d. Gelenke u. Schleimbeutel im Verlaufe d. Syphilis.  
 Vaffier, Du rhumatisme syphilit. Th. de Paris. 1875.  
 Variot, Ostéo-arthritis syphil. Journ. de méd. int. de Paris 1905, IX, 110.  
 Vekle, Des arthropathies syphil. Th. de Paris 1894.  
 Vinay, Synov. syph. second. Ann. de Derm. et de Syph. 1879.  
 Virchow, Ueb. syphil. Gelenkaffectionen.—Berl. klin. Woch. 1884.  
 Онъ-же, Ueb. die Natur. der konstitutionell-syphilitischen Affectionen.—Virch. Arch. XV. 1859.  
 Онъ-же, Berl. klin. W. 1886, p. 852.  
 Voisin, Contrib. à l'ét. des arthropathies syphil. Paris. 1875.  
 Voisin et Dauzat, Du pseudorhumatisme syphilitique. Paris. 1875.  
 Volkmann, Bewegungsapparat in Pitha-Billroth. 1869, p. 504.

- Wegner, Ueb. heredit. Syph. bei jungen Kindern. Virchow's Arch. Bd. 50, p. 305.  
Weil, Beitr. z. Lehre v. d. syphil. Gelenkrankheiten. Dis. Strassburg. 1876.  
Weisz, Ueb. luetische Gelenkr. Heilkunde. 1904.  
Werther, Ueb. Ostitis deformans infolge v. Syph. hered. tarda. Deut. med.  
W. 1891, p. 802.  
Wollenberg, Aethiologie d. Arthritis deformans. — Zeitschr. f. orthop. Ch. Bd.  
XXIV. H. 3—4, 1909.  
Zeissl, Lb. d. Syph. 1875, p. 246.  
Zesas, Fortschritte d. Med. 1905.

13051

