

ли самозащитѣ организма, или въ существованіи какого-то токсиче-скаго вещества.

Что-же касается артеріосклероза, то связь его съ діабетомъ не-сомнѣнна, по крайней мѣрѣ въ этомъ смыслѣ высказываются, какъ многіе клиницисты, такъ и авторъ, который изъ 100 въ 32 случаяхъ констатированъ чистый артеріосклерозъ, помимо случаевъ артеріоскле-роза, протекающаго совмѣстно съ другими заболѣваніями. Въ чемъ-же заключается эта связь? Въ томъ-ли, что діабетъ вызываетъ артеріо-склерозъ, или обратно? Этотъ вопросъ рѣшается въ пользу послѣдняго предположенія и объясняется церебральной теоріей, по которой благодаря артеріосклерозу нарушается питаніе—головного мозга, а это въ свою очередь влечетъ за собою неправильный обмѣнъ веществъ и скопленіе сахара въ организмѣ. Въ пользу этого мнѣнія говорятъ по автору случаи, гдѣ съ появленіемъ припадковъ грудной жабы или *asthma cardiale* появляется и сахаръ въ мочѣ до 3%, а съ исчезновеніемъ ихъ, исчезаетъ и сахаръ, такъ и случаи, гдѣ наблю-дается наклонность къ апоплексіямъ и даже прямо апоплексіи, вслѣдъ за которыми появляется гликозурия съ 5% сахара, исчезающая вмѣ-стѣ съ исчезновеніемъ апоплексіи. Съ панкреатической же теоріей діабета Minkowsk'аго Норре—Seiler'a и др. авторъ не согласенъ, такъ какъ путемъ леченія вытяжкой изъ панкреатической железы ни въ од-номъ случаѣ еще не удалось получить не только излѣченія, но даже улучшения. Наибольше частымъ этиологическимъ моментомъ артеріоскле-роза является по автору хроническій алкоголизмъ, такъ какъ изъ 100 діабетиковъ 41 были потаторы. По профессіямъ они распредѣля-ются такъ: 26 принадлежали къ желѣзнодорожнымъ служащимъ, далѣе идутъ торговцы, агенты, путешественники, трактирщики (12 чел.) и очень небольшое количество рабочихъ, между тѣмъ какъ послѣдніе всего болѣе злоупотребляютъ алкоголемъ, а слѣдовательно и чаще другихъ должны были-бы заболѣвать діабетомъ. Это противорѣчащее какъ-бы явленіе объясняется авторомъ въ Mering'у и Fink-ler'у сгораніемъ сахара у рабочихъ благодаря постоянной усиленной мышечной работѣ. Finkler путемъ только одного массажа добивался у діабетиковъ того, что сахаръ у нихъ значительно уменьшался, а иногда даже совершенно исчезалъ, несмотря на то, что они получали много хлѣба и пива.

Dr. R. Lenzmann. *Къ вопросу о показаніи и противопоказаніи операциі Talma при атрофическомъ циррозѣ печени* (Deutsch. medic. wochenschr. № 48 1903 г.

Клинически, какъ извѣстно, различаютъ двѣ формы цирроза печени: гипертрофическую и атрофическую; послѣдняя носитъ названіе еще Laennec'овскаго цирроза или цирроза цыяницъ. При первой печень представляетъ увеличенной и гладкой вслѣдствіе развитія сое-

единительной ткани въ органѣ по ходу желчныхъ протоковъ и капилляровъ вокругъ и внутри каждой печеночной дольки, вслѣдствіе чего этотъ циррозъ протекаетъ съ желтухой, но безъ брюшной водянки. При второй соединительная ткань развивается по ходу вѣтвей *v. portae* вокругъ нѣсколькихъ долекъ, вслѣдствіе чего въ первомъ періодѣ болѣзни печень представляетъ обыкновенно увеличенной, а затѣмъ, когда наступаетъ атрофія печеночныхъ клѣтокъ, оно уменьшается, сморщивается и дѣлается нѣсколько бугриста. Такъ какъ здѣсь система желчныхъ протоковъ и капилляровъ не затронута, то желтуха не наблюдается, но за то почти, всегда имѣется брюшная водянка, происхождение которой объясняется тѣмъ, что вслѣдствіе сдавленія разросшеюся соединительною тканью вѣтвей *v. portae* въ печени просвѣтъ ихъ значительно сужень, откуда застой крови въ во всей системѣ *v. portae* и какъ слѣдствіе этого—брюшная водянка. Но клиническія наблюденія показываютъ, что не для всѣхъ случаевъ атрофическаго цирроза печени допустимо подобное объясненіе происхожденія водянки. Описано не мало случаевъ (Leichtenstem, Frerichs, Liebermeister и др.), гдѣ наблюдалась значительная водянка въ первомъ періодѣ атрофическаго цирроза печени, когда печень увеличена, тогда какъ въ атрофическомъ его періодѣ, когда печень сильно сморщена и когда слѣдовательно должны бы быть всѣ условія для образованія водянки, ее не было. Здѣсь очевидно присутствіе или отсутствіе брюшной водянки зависитъ не только отъ застоя крови *v. portae*, но и отъ другихъ моментовъ. Эти моменты по автору кроются въ большей или меньшей способности сердца къ правильной дѣятельности и въ большемъ или меньшемъ развитіи путей коллатеральнаго кровообращенія между корнями *v. portae v. cavae inferioris et superioris*. Пути же эти, какъ извѣстно, существуютъ между *v. haemorrhoidalis interna* и *v. pudenda*, между *v.v. ligamenti coronarii hepatis* и венами діафрагмы, между *v. mesenterica* и венами задней и боковой стѣнки живота, между *v. coronariae ventriculi* и венами діафрагмы и пищевода и наконецъ между самой *v. portae* и случайно открытымъ *ductus venosus Arantii*.

Поэтому въ тѣхъ случаяхъ атрофическаго цирроза печени, гдѣ дѣятельность сердца хороша, гдѣ слѣдовательно нѣтъ застоевъ крови въ *v. cava superior* и *inferior*, кровь *v. portae* можетъ течь съ одной стороны въ *v. cava inferior* по *v. hepatica*, а съ другой при наличности хорошо развитаго коллатеральнаго пути, черезъ послѣдній и брюшной водянки не будетъ. А тамъ, гдѣ дѣятельность сердца слаба (порокъ сердца и т. п.), коллатеральное кровообращеніе развито плохо, можетъ быть очень значительная водянка, несмотря на то, что въ печени не наступилъ еще процессъ сморщиванія и для циркуляціи крови по портальной системѣ печени нѣтъ препятствій. Въ этихъ случаяхъ можно улучшить коллатеральное кровообращеніе искусственно путемъ операціи Talma и достигъ даже полнаго излѣченія.

Операція Talma показана:

1) въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ еще сморщиванія печени, но уже зачѣтны признаки брюшной водянки.

2) въ случаяхъ, гдѣ печень хотя и значительно сократилась, но водянка умѣренная или даже отсутствуетъ; при чемъ нужно принимать во вниманіе въ достаточной мѣрѣ сохранившуюся функциональную способность печени (едва замѣтную или отсутствующую желтуху, нормальное питаніе и не убывающій вѣсъ больного).

Противопоказана:

1) въ случаяхъ съ рѣзко выраженной желтухой и отсутствіемъ желчи въ испражненіяхъ,

2) въ случаяхъ, гдѣ имѣется уробилиновая желтуха,

3) въ случаяхъ, гдѣ наблюдаются кровоизліянія въ слизистыя оболочки, бредъ, припухлость десенъ, словомъ, гдѣ имѣются симптомы ахоліи, указывающей на полную атрофію печеночныхъ кѣттокъ.

Панъ.

Психіатрія.

Подъ редакціей В. И. Левчаткина.

Martin Thiemich. *Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.* Переводъ съ рукописи автора, переданной имъ для „Журнала имени С. С. Корсакова“ 1903 г. книга 6-я.

Авторъ говоритъ, что дѣтская истерія значительно разнится отъ истеріи взрослыхъ и характеризуется главнымъ образомъ отсутствіемъ стигматъ при наличности прочихъ истерическихъ явленій. Диагнозъ дѣтской истеріи чрезвычайно труденъ и нерѣдко ведетъ къ ошибкамъ при леченіи дѣтей. Сушность истеріи у дѣтей по мнѣнію автора развивается вслѣдъ за органическими страданіями и возникаетъ путемъ самоподражанія, аутоимитатіи. Въ подтвержденіе этого мнѣнія онъ даетъ примѣры истерическаго запора у дѣтей, поноса, prolapsus ani, такъ называемое «закачываніе» 2—3 лѣтнихъ дѣтей и т. п. Не малую роль возникновенію дѣтской истеріи играетъ и имитатія изъ окружающихъ ребенка лицъ. Но чтобы возникла картина дѣтской истеріи, въ самихъ дѣтяхъ должна быть какая нибудь аномалія; и дѣйствительно всѣ они производятъ впечатлѣніе невпропатовъ. Лечение—удаленіе изъ вредной среды и психическое.

А. Цареградскій.