

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. КАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ III.

СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ,

1903 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета

1903.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 28 ноября 1903 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Отравленіе 3-хъ лѣтнаго ребенка карболовой кислотой при наружномъ употребленіи съ исходомъ въ выздоровленіе.

Л. А. Сергѣева.

Случай касается 3-хъ лѣтнаго здороваго до сихъ поръ ребенка. Послѣдній, бѣгая по доскамъ, распоролъ себѣ лѣвую ногу съ тыльной наружной поверхности стопы. Гвоздь былъ совершенно новый. Рана больному была промыта 5% растворомъ карболовой кислоты, затѣмъ на нее наложенъ компрессъ изъ 2% раствора той же кислоты, который и предложено мѣнять каждые 3 часа. Черезъ часъ послѣ наложенія 3-го компресса съ ребенкомъ вдругъ сдѣлались судороги, съ послѣдовательнымъ сопоромъ и упадкомъ силъ; взглядъ неподвиженъ, зрачки сужены; видимыя слизистыя оболочки мертвенно блѣдны; t-ра 37,5°R, пульсъ малъ и слабъ, 130 уд. въ 1'; дыханіе неправильное и учащенное; предъ наступленіемъ судорогъ рвота содержимымъ желудка. Компрессъ былъ отмѣненъ. Назначена теплая ванна, чай съ коньякомъ и sol. Liq. Ammon. anis. e 3j—3vj (e 4,0—180,0). Въ теченіи ночи судороги повторялись 2 раза, моча буровато-желтаго цвѣта, повторная рвота. На утро общее состояніе безъ перемѣнъ, за исключеніемъ t-ры, которая поднялась до 38°R. Conjunctiv'a склеры не измѣнена, между тѣмъ какъ кожа лица, туловища, конечностей представлялась грязно-желто-бурого цвѣта. Къ вечеру больной временами приходилъ въ себя, рвота прекратилась, t-ра пала до 37°R. Окраска та же. Улучшеніе шло съ каждымъ днемъ. Компрессы дѣлались изъ 2% раствора соды. Нормальная моча появилась на 4 день. Бурая окраска уменьшалась постепенно. Черезъ 2 недѣли она исчезла и ребенокъ совсѣмъ поправился.

Случай этотъ интересенъ еще тѣмъ, что, какъ потомъ по анамнестическимъ даннымъ оказалось, и мать ребенка не переноситъ совершенно „карболки“: достаточно ей, напр., вымыть разъ руки слабымъ (1 : 1000—1 : 2000) растворомъ карболовой кислоты, какъ онѣ начинаютъ шелушиться и шелушеніе это продолжается до 3-хъ недѣль.

Къ казуистикѣ іодизма. Thyreoiditis acuta.

Л. А. Сергѣева.

Больному сифилисомъ послѣ курса втираній назначенъ іодистый калий (Sol. e 4,0—180,0 4 раза въ день по столовой ложкѣ). Вечеромъ въ этотъ же день послѣ приѣма 3-ей ложки лекарства у больного съ хорошимъ до сихъ поръ самочувствіемъ температура поднялась до 39°R, развился страшный насморкъ и сильная болѣзненность при глотаніи. При осмотрѣ найдено сильное увеличеніе обѣихъ половинъ gl. Thyreoideae, при ощупываніи она болѣзненна. Калий оставленъ. На другой день t-ра пала, болѣзненность меньше, а чрезъ 6 дней gl. Thyreoidea уменьшилась до обыкновеннаго размѣра, вмѣстѣ съ тѣмъ исчезли болѣзненность на 4-й день и насморкъ. Чрезъ 12 дней К.І. назначенъ снова. Послѣ приѣма 1-й ложки развились опять тѣ же симптомы. К.І. оставленъ и больной чрезъ 6 дней оправился.

Въ литературѣ не мало указаній на случаи поражений на почвѣ іодизма. Такъ въ случаѣ К а т с а у 'я ¹⁾, касающемся сифилитика съ хронической оторреей праваго уха, внутреннее примѣненіе іодистаго калия по 0,5 въ день повело уже чрезъ 3 дня къ острому катарральному отиту средняго уха на лѣвой сторонѣ, исчезнувшему самъ—собою, по прекращеніи этого средства. Д а н л о с ²⁾ описываетъ случай, гдѣ внутреннее примѣненіе іодистаго калия быстро повело къ полиморфной эритемѣ. По К е н о н 'у и F o u l l e t 'у однократное смазываніе груди T-ra Iodі повело къ

¹⁾ La Sem. méd. 1898 № 63.

²⁾ La Med. moderne 1898 № 79.

³⁾ Allgem. med. Central-Zeit. 1899. № 10.

развитію обоесторонняго паротита. Sellei ¹⁾ наблюдалъ послѣ приѣма 2-хъ ложекъ (Sol. kal. iodat. e 5,0—100,0) явленія Thyreoiditis acutae.; а у больного Ваугаса ²⁾ послѣ 2-хъ мѣсячнаго приѣма по 3,0—4,0 К.І. въ сутки наблюдалось ослабленіе памяти и сообразительности, дрожаніе рукъ, значительная слабость ногъ и общій упадокъ силъ.

¹⁾ Archiv f. Dermatol. u. Syph. т. LXII № 1.

²⁾ Le Bull. génér de therap. 1899. № 6.

Случай скрытой формы лихорадки.

Л. А. Сергеѣва.

Весной (3 апрѣля) нынѣшняго года я былъ приглашенъ экстренно къ больной Н. я засталъ ее въ глубокомъ обморокѣ. По оказаніи соотвѣтствующей помощи больная сообщила, что у ней среди полнаго благополучія—сидѣла, шила—закружилась голова „въ глазахъ все заходило“, что то ее толкнуло и больше она ничего не помнить. Это было утромъ. День провела она хорошо, ни на что не жаловалась.

Какъ отъ нея самой, такъ и окружающихъ удалось узнать—ей 19 лѣтъ, она изъ здоровой семьи, въ дѣтствѣ перенесла корь и скарлатину и съ тѣхъ поръ ничѣмъ не хворала. „Наканунѣ была на р. Казанкѣ и прозябла“.

На слѣдующій день въ 3 часа дня съ больной сдѣлался припадокъ: она лежала на полу съ закрытыми глазами, безъ сознанія съ покраснѣвшимъ лицомъ. Зрачки не расширены, на боль и свѣтъ реагировали.

Въ мышцахъ тѣла были клоническія судороги, особенно въ мышцахъ рукъ и затылка. Конечности временно находились въ состояніи контрактуры, такъ что разогнуть ихъ не было возможности. Колѣнные рефлексы сохранены. Больная временами на минуту, двѣ приходила въ сознаніе, просила напитокъ, жадно пила принесенное питье и опять впадала въ прежнее состояніе. Припадокъ длился около часу. Такого рода припадки повторялись ежедневно въ 3 часа дня, были схожи по характеру, силѣ и продолжительности. Какихъ либо ауто-видныхъ симптомовъ отмѣтить не удалось. Давленіе на глазные яблоки было безрезультатно.

При объективномъ изслѣдованіи найдено: повышеніе болевой чувствительности периферическаго характера въ видѣ манжетъ на обѣихъ рукахъ надъ вистями на протяженіи ладони взрослого че-

ловѣка, въ видѣ пояса такой же ширины на уровнѣ поясицы и анестезія глотки. Температура не повышена, 37° , puls 76 уд. въ 1'.

Характеръ припадковъ и сопутствующее разстройство чувствительности говорили за истерію, но правильность во времени, силѣ и продолжительности припадковъ невольно заставляли заподозрить малярійную инфекцію и припадки считать лишь симптомами скрытой формы болотной лихорадки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены *plāsmodii Malariae*. Назначенъ chin. muriat. по 1,0 на ночь. Черезъ 2 дня припадки начали измѣняться въ силѣ и продолжительности. Судороги слабѣе и припадокъ длился $\frac{1}{2}$ часа.

7 Апрѣля припадокъ былъ утромъ.

8. Больная на нѣсколько (10) минутъ среди дня только теряла сознание.

9. Были легкія клоническія судороги конечностей.

10 и 11 Больная теряла сознание на 5—8 минутъ.

Съ 12 по 15 у ней наблюдались лишь слабыя головокруженія. Припадковъ болѣе не было. Больной предложено преремѣнить квартиру, что она и сдѣлала. Я видѣлъ ее чрезъ 3 мѣсяць. За все это время она совершенно здорова.

Отчетъ по Стерлитамакской Земской Больницѣ.

Съ 1-го іюля 1902-го года по 1-е іюля 1903 года.

М. И. Ладыгина,

Врача Стерлитамакской Земской Больницѣ.

Стерлитамакская земская Больница устроена *) на 34 кровати и въ отчетномъ году имѣла въ распоряженіи 4 палаты: разную, одну женскую, двѣ мужскихъ, изъ коихъ меньшая предназначалась для чистыхъ оперированныхъ, другая же для гнойныхъ и терапевтическихъ (обѣ выкрашены масляной краской); женщины послѣ операций помѣщались въ общей палатѣ. Операционныхъ двѣ: чистая и гнойная; онѣ смежны, окрашены масляной краской; вслѣдствіе сосѣдства съ гнойной, обѣ операционныя тщательно окуривались формалиномъ съ послѣдовательнымъ вымываніемъ мыломъ и сулемой 1:1000. Вентируются палаты и операционныя фрамугами въ окнахъ.

Наличный персоналъ больницы состоитъ изъ врача завѣдующаго больницей, участковаго врача (послѣдній ведетъ амбулаторный приемъ, хлороформируетъ и помогаетъ при операциі); двухъ фельдшеровъ и одной фельдшерицы-акушерки. Въ амбулаторіи работаетъ фельдшерица при участковомъ врачѣ, уѣздная земская акушерка и эпидемическій фельдшеръ, когда они свободны. За больными ухаживаютъ два служителя, двѣ сидѣлки; они же съ помощью аптечнаго, амбулаторнаго и т. н. „корридорнаго“ служителей по очереди дежурятъ ночью съ 10 ч. вечера до 3-хъ ч. утра лѣтомъ и до 5 зимой. Палатные служителя состоятъ на больничной пищѣ.

*) Смѣшанная система—боковой корридоръ и четыре отдѣльных павильона.

Въ 1902—1903 году пользовались стационарно 593 человекъ, изъ нихъ 426 мужчинъ и 167 женщинъ; проведено ими 11007 дней; средняя продолжительность пребывания каждаго больного равна 18,6 днямъ, а среднее ежедневное число больныхъ 30,2 человекъ. Сравнительно съ прошлымъ отчетнымъ годомъ число стационарныхъ больныхъ увеличилось на 39 человекъ. Всѣхъ смертныхъ случаевъ было 29, что составляетъ 4,8%. Стационарные больные въ отношеніи заболѣваній раздѣляются на три группы: 244 человекъ было терапевтическихъ (41,3%), въ томъ числѣ проведено 15 родовъ и 12 послѣродовыхъ заболѣваній; инфекціонныхъ больныхъ 177 (29,8%) и 172 хирургическихъ (29%). Эти три группы даютъ представленіе о больничной дѣятельности: первое мѣсто занимаютъ терапевтическіе больные; среди нихъ было особенно много страдающихъ глистами (6,6%)—благодаря тому что мы не рискуемъ экстрактъ папортника давать больнымъ на домъ, такъ какъ крестьяне не умѣютъ съ нимъ обходиться и не соблюдаютъ всѣхъ нужныхъ предосторожностей. Главнымъ паразитомъ является *Taenia mediocanellata* изъ мяса рогатаго скота. Далѣе идутъ заболѣванія сердца (2,4%), желудочно-кишечнымъ катарромъ (1,9%), воспаленіемъ слѣпой кишки (1,7%) и проч. Терапевтическимъ больнымъ приходилось удѣлять больше мѣста потому, что другія больницы уѣзда находятся на далекомъ разстояніи, кромѣ того три сосѣднихъ участка (3-й, 4-й и 7-й) не имѣютъ своихъ больницъ и естественно тяготеютъ къ городу. Среди инфекціонныхъ болѣзней преобладалъ брюшной тифъ (6,6%), который за послѣдніе года сталъ у насъ почти эндемиченъ; сифилисъ (5,9%), преимущественно во вторичной формѣ; сибирская язва (3,2%). Заболѣванія послѣдней носили характеръ эпидеміи (стационарныхъ и амбулаторныхъ 61 человекъ); въ больницѣ отъ нея умерло двое, что составляетъ 10,5% смертности. Лѣчили „сибирку“ исключительно термокаутеромъ Raquelin'a и впрыскиваніемъ вокругъ пустулы 5% карболоваго раствора. Наблюденія надъ этой эпидеміей сибирской язвы были доложены въ научныхъ собраніяхъ врачей при Стерлитамакской земской Больницѣ. Малярія, хотя и составляетъ 7,5% заболѣваній, но особенно на ней останавливаться не приходится, такъ какъ въ нашей мѣстности она свила себѣ прочное гнѣздо и требуетъ для уничтоженія лучшихъ санитарныхъ условій (см. таблицу).

Несмотря на преобладаніе терапевтическихъ и инфекціонныхъ больныхъ, почти все наше вниманіе было обращено на хирургическую дѣятельность. Хирургическимъ больнымъ отводилось всегда первое и по возможности отдавалась предпочтеніе передъ другими; это подтверждается тѣмъ, что % хирургическихъ заболѣваній почти равенъ инфекціоннымъ. За отчетное время было сдѣ-

лаво 224 операціи: 127 большихъ кровавыхъ, 62 малыхъ кровавыхъ, 8 акушерскихъ и 27 безкровныхъ (см. таблицу); изъ нихъ 102 подъ хлороформнымъ наркозомъ, 23 подъ кокаиномъ по способу Schleich'a. Хлороформный наркозъ въ разныхъ возрастахъ протекалъ вполне благопріятно, въ одномъ случаѣ наступила смерть у 15 лѣтняго парня, случай остался безъ вскрытія, вслѣдствіе нежеланія родныхъ умершаго. Хлороформъ обыкновенно наливался по каплямъ постепенно съ предварительнымъ впрыскиваніемъ морфія (особенно у алкоголиковъ) по 0,005—0,01 на шприцъ. Такой способъ хлороформирования черезъ 10—15 минутъ давалъ очень хорошій сонъ и хлороформа тратилось въ среднемъ отъ 2,5 до 40 куб. сант. у взрослыхъ и отъ 3-хъ до 17 к. с. у дѣтей, несмотря на значительную продолжительность операціи—отъ 1 до 1½—2 хъ часовъ. Въ одномъ случаѣ при операціи по поводу колотой раны живота, продолжавшейся 3 часа у тучнаго субъекта-женщины, злоупотреблявшей „кислушкой“ (медовое броженіе), хлороформа потребовалась 100 к. с.; женщина умерла на шестой день послѣ операціи отъ воспаленія брюшины (вскрытіе). Операціи на стационарныхъ больныхъ по областямъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

На головѣ: трепанація сосцевиднаго отростка 1; вылущеніе опухоли 2, наложеніе кровавыхъ швовъ 4, пиявки за ухомъ.

На шеѣ: вылущеніе железъ 4, вырѣзаніе опухолей: липома 1, фиброма 1; вскрытіе флегмонъ 4, малыхъ нарывовъ 2, трахеотомія 2.

На верхней челюсти: пластическая операція заячьей губы 1, секвестротомія 2, удаленіе каріозныхъ зубовъ 7.

На нижней челюсти: ракъ губы 4, секвестротомія 1, вправленіе переломовъ 3, соединеніе перелома серебрянымъ швомъ 1; выскабливаніе грануляцій 1, фистуль и кости 1.

На лицѣ: ракъ на вѣкъ 1, пересадка кожи 1. Вырѣзываніе опухолей: фибромы 4, липомы 1. Вскрытіе нарыва 1. Наложеніе кровавыхъ швовъ 5.

На плечѣ: Операціи лимфо-саркомы 2. Резекція 1. Ампутаціи 2; вправленіе перелома 1, вывиховъ 1; фиброма 1, нарывовъ 1, флегмонъ 2, разрѣзъ и выскабливаніе грануляцій 2.

На предплечіи и кисти: фибросаркома 1, фиброма 1, саркома 1, (manus), фиброма пальца 1. Выскабливаніе кости 1. Резекція локтевого сустава 1. Arthrectomia 1. Вылущеніе пальцевыхъ фалангъ I и II—5, пястныхъ костей 1. Переломъ плеча 1. Ампутаціи пальца 3. Разрѣзъ и выскабливаніе грануляціи на пальцахъ 2. Вскрытіе флегмонъ 3, нарывовъ 3; наложеніе кровавыхъ швовъ 3.

На груди: удаление пули 1; ампутація грудной железы по поводу рака 2. Резекція реберъ 2. Вскрытіе глубокихъ нарывовъ подъ лопаткой 2, малыхъ нарывовъ 2.

На животѣ: Пункція при водянкѣ 4. Sectio alta по поводу камня мочевого пузыря 1. Ляпаратоміи 6 (изъ нихъ 4 колотыхъ раны живота съ пораненіемъ кишекъ, 1 случай заворота кишекъ, 1 эхинококкъ печени). Вскрытіе малыхъ нарывовъ—5. Наложень кровавый шовъ 1. Грыжесѣченій 14, изъ нихъ двѣ ущемленныхъ грыжи, одна съ застойнымъ невраваемымъ салъникомъ. Ручное вправленіе грыжи 1.

На поясищѣ: окологочечной нарывъ 1. Вскрытіе глубокихъ піэмическихъ нарывовъ 2, малыхъ нарывовъ 2. Разрѣзь и выскабливаніе флегмонъ 1.

На ягодицахъ: вскрытіе глубокихъ піэмическихъ нарывовъ 3, малыхъ нарывовъ 1, карбункула въ области крестца 1. Гнойный міозитъ 1: Некротомія подвздошной кости 2. Удаленіе папилломы anus'a 1.

На бедрахъ: Ампутаціи 3, секвестротомія 1, некротомія 3, удаление фибромы 1. Вскрытіе глубокихъ флегмонъ 1, малыхъ нарывовъ 3; пересадка кожи 2. Вправленіе переломовъ 6; кровавыхъ швовъ 1.

На голеняхъ и стопѣ: Вылущеніе малоберцовой кости 1. Некротомія 3. Сшиваніе Ахиллова сухожилія 1. Резекція 1. Ампутація 1. Секвестротомія 2. Ампутація пальцевъ 1. Вылущеніе пальцевъ 2. Пересадка кожи 3. Вскрытіе глубокихъ флегмонъ 4, малыхъ нарывовъ 1. Вправленіе переломовъ 6 (изъ нихъ 2 осложненныхъ). Наложеніе неподвижной повязки на голеностопный суставъ 1.

На половыхъ органахъ: кастрація 1 (по поводу туберкулеза). Разрѣзь мошонки (по поводу періуретрального нарыва и флегмоны) 2. Вправленіе парафимоза 1.

Родовъ патологическихъ 7 (изъ нихъ: щипцы 2, поворотъ 1, удаление послѣда внутреннимъ приѣмомъ 2, выжиманіемъ 2).

Удаленіе аборта 1.

Операции протекали болѣе или менѣе гладко. Смертныхъ случаевъ было 6 (отъ Пейс'a 1, колотыхъ ранъ 2, послѣ горлосѣченія (по поводу отека гортани) 2, послѣ трепанаціи сосцевиднаго отростка 1.

Грыжесѣченія (14) всѣ дѣлались по способу Bassini; два случая зажили вторичнымъ натяженіемъ; въ одномъ изъ нихъ получился рецидивъ—больной, имѣвшій зажившую *per Secundam*

рану, началъ скоро поднимать тяжести и бороться (рецидивъ черезъ три мѣсяца).

Заслуживаетъ вниманія остеопластическая операція по Fölsker'у по поводу трехмѣсячнаго вывиха праваго локтевого сустава. Объ этой операціи не упоминается въ распространенныхъ руководствахъ, а потому считаю умѣстнымъ описать ея производство. Операція употребляется при застарѣлыхъ вывихахъ локтя и состоитъ въ томъ, что ведется разрѣзъ отъ одного мышцелка къ другому черезъ основаніе Olescranon'a прямолинейно или дугообразно. Olescranon у основанія перепиливается, оттягивается; вывихъ, послѣ отдѣленія срощенія, вправляется; пусокъ Olescranon'a спиливается съ передней поверхности по оси, чтобы удобнѣе было уложить его и пришивается къ мѣсту первоначальнаго распила. Рука укладывается въ шину согнутая подъ прямымъ угломъ. Въ нашемъ случаѣ въ оба конца разрѣза были вставлены марлевые турунды и кожная рана зашита. Въ первые 5 дней t° поднималась до 38,5°, въ остальное время была нормальна. На 13-й день—первая перевязка: турунды смѣнены выдѣлилось немного густого гноя; начаты пассивныя движенія. Далѣе перевязки дѣлались черезъ день, два, въ послѣдствіи рѣже и больной черезъ 4 мѣсяца имѣлъ зажившія раны и свободно могъ работать рукой. Операція проста и въ такихъ случаяхъ, мнѣ кажется, должна предпочитаться резекціи.

Случай резекціи лѣваго плеча у 8-лѣтняго мальчика по поводу перелома плечевой кости съ разможеніемъ тканей (машинное поврежденіе) окончился полнымъ выздоровленіемъ, хотя рука укорочена на 4 ст. и имѣетъ неполное разгибаніе. Концы перелома были въ этомъ случаѣ спилены на 2 ст. каждый и кость шита серебряной проволокой.

За отчетное время было одно камнесѣченіе (Sectio alta): у 7 лѣтняго мальчика съ 4-хъ лѣтъ затруднено мочеиспусканіе, а годъ назадъ лобкомъ образовался свищъ, изъ котораго струей вытекала моча. Катетеромъ ясно ощупывался камень. Черезъ свищъ сдѣланъ разрѣзъ, пузырь вскрытъ по свищевому ходу (онъ былъ спаянъ съ передней брюшной стѣнкой) и удаленъ камень 1,5 ст. въ діаметрѣ, длиною въ 5 ст. Пузырь зашитъ наглухо, шпаты мышцы и кожа; въ верхній уголъ раны, на мѣсто бывшаго свища, введена турунда; въ мочевомъ пузырьѣ оставленъ катетеръ. Больной черезъ 1 мѣс. и 12 дней выписанъ совершенно здоровымъ.

Нельзя умолчать о дѣвочкѣ 14 лѣтъ А. Ю-ной, имѣвшей опухоль на головѣ въ области темянныхъ костей и лобной по направленію стрѣловиднаго шва. Опухоль эта интересна въ діагностическомъ отношеніи. Изъ рассказовъ больной выяснилось, что опу-

холь росла съ рожденія: сперва не заростало темячко, а послѣ стала выпячиваться опухоль и два года какъ спускается на лобъ. Временами болить вся голова. Рвоты и мозговыхъ явленій не было. Больная явилась въ больницу просить слѣлать операцію съ косметической дѣлюю—опухоль безобразила ея лицо. Дѣвочку показали въ научномъ собраніи врачей при Стерлитамакской Земской Больницѣ. Въ виду того, что подъ опухолью прощупывались узурированные кости, на первый взглядъ можно бы было думать о мозговой грыжѣ; опухоль мягкая, флюктуирующая; при давленіи на нее больная не испытывала ничего непріятнаго. Хотя мозговая грыжа положительно не отвергнута, все-таки рѣшено было дѣлать операцію.

При послыномъ разрѣзѣ оказался плотный соединительно-тканной мѣшокъ, выстилавшій узурированные кости черепа,—съ жидкимъ содержимымъ коричневаго цвѣта; сообщенія съ полостью черепа не было. Опухоль эту можно считать дермоидной кистой, начавшей образоваться, быть можетъ, въ утробной жизни. Послѣ выдѣленія мѣшка рана наглухо зашита и больная въ теченіи 3-хъ недѣль совершенно оправилась. Заживленіе шло безъ нагноенія и повышенія температуры; узурированные кости чуть ощущались.

У мальчика 12 лѣтъ, страдавшаго острымъ остеомиелитомъ, была удалена вся правая малоберцовая кость; надкостница сохранилась—она выскоблена острой ложечкой. Рана зажила подъ турундой черезъ 1½ мѣсяца—больной свободно опирается на ногу и бѣгаетъ. Т° выше 38,5° не поднималась и то лишь въ первые дни послѣ операціи.

При всѣхъ операціяхъ употребляется матеріалъ, стерилизованный въ аппаратѣ Schimmelbusch'a, равно какъ и халаты, головныя косынки для персонала и одѣянія для больныхъ. Инструменты кипятятся ½ часа въ 2% растворѣ соды, смѣшанномъ съ калийнымъ спиртомъ: (6,0 спирта на 100,0 соды), затѣмъ кладутся въ 2% растворъ карболовой кислоты, а ножи обтираются спиртомъ и эфиромъ и держатся передъ операціей ½—1 часъ въ калийномъ спиртѣ. Шелкъ стерилизуется—кипяченіемъ въ сулемѣ 1:1000 и содержится въ спиртно-сулемовомъ растворѣ 1:500. На кожную рану послѣ операціи накладываются скобки Paul-Michel'я или обыкновенный шелкъ; швы снимаются на 9 или 12-й день; скобки обыкновенно на 5-й и иногда раньше долѣе держать ихъ не приходится, такъ какъ онѣ оставляютъ довольно значительныя вдавленія, иногда даже съ разрушеніемъ эпидермиса. Перевязки вообще дѣлаются рѣже, смотря по температурѣ, по мѣрѣ промоканія. Употребляемъ для турунды асептическую или сулемовую марлю, а при загрязненныхъ ранахъ 50% ихтиоль—онъ великолѣпно очищаетъ раны и не раздражаетъ кожныхъ покрововъ. Larga manu идетъ перекись водорода, какъ дезинфициру-

ющее и кровеостанавливающіе средство; при гангренозныхъ налетахъ, омертвѣніяхъ употребляемъ іодную настойку и турунды изъ 2% формалина. Формалинъ отлично дезинфицируетъ, уничтожаетъ запахъ и больные его хорошо переносятъ. Іодоформъ употребляется только при туберкулезныхъ пораженіяхъ.

Амбулаторныхъ больныхъ въ отчетномъ году было 16234 чел., посѣщеній ими сдѣлано 25494, изъ нихъ врачемъ больницы принято 2529, съ повторными 4226 и врачомъ 3-го участка 10693, съ повторными 16385, кромѣ того врачъ 3 уч. вель хлороформные наркозы; имъ проведено 87 и г. Полонскимъ, служившимъ въ качествѣ помощника врача—26; фельдшерами принято 3012 чел., съ повторными 4883. Среднее число приходящихъ больныхъ въ день 70 человекъ. Преобладающими заболѣваніями среди амбулаторныхъ больныхъ были: чесотка 16,6%, малярія 12,8%, желудочно-кишечный катарръ 11,2%, болѣзнь полости рта 8,8%; воспаление дыхательныхъ путей 4,8%, сифились 3,2%, ушибы 1,7% и проч. (см. таблицу № 1).

Т а б л и ц а . А.

№ 1.

Б О Л Ъ З Н И.	Оставалось къ 1-му.	Въ больницахъ.			Внѣ больниц.
		Пользовано.	Умерло.	Осталось къ 1-му	Пользовано.
I Общія заразныя болѣзни:					
А.					
Оспа.	—	—	—	—	—
Корь.	—	—	—	—	—
Скарлатина	—	2	—	—	10
Коклюшь	—	—	—	—	52
Гриппъ.	—	8	—	1	52
Дифтеритъ.	—	4	—	—	7
Тифъ брюшной.	—	39	1	—	87
" сыпной	—	—	—	—	2
" возвратный.	—	—	—	—	—
" неопредѣленный и смѣшанный	—	—	—	—	39
Дизентерія (кров. поносъ)	—	4	—	1	59
Эпидем. гастроэнтеритъ	—	—	—	—	—

Б О Л Ъ З Н И.	Оставалось къ 1-му.	Въ больницахъ.			Въ больниц.
		Пользовано.	Умерло.	Осталось къ 1-му.	Пользовано.
Холера туземная (nostras)	—	—	—	—	—
„ азиатская	—	—	—	—	—
Заушница эпидемич.	—	—	—	—	7
Рожа	—	1	—	—	11
Остеоміэлитъ	—	3	—	—	3
Гнилостное и гнойное зараженіе (послѣрод. гор.)	—	3	2	—	3
Острый сочленовный ревмат	—	2	—	—	76
Цынга	—	—	—	—	—
Чума	—	—	—	—	—
Проказа (съ указ. имени и фам.).	—	—	—	—	—
Сибирская язва	1	19	2	—	72
Сапъ	—	—	—	—	—
Водобоязнь (развитія формы)	—	—	—	—	1
Крупозная пневмонія	—	8	—	—	12
Бугорчатка легкиихъ	—	7	2	—	60
„ прочихъ органовъ и					
„ тканей	3	4	—	3	25
<i>Б.</i>					
Сифились первичный	—	4	—	—	6
„ кондилломатозный:					
„ а) recens.	2	20	—	—	255
„ б) recidiva.	—	1	—	—	2
„ в) не указано.	—	—	—	—	1
„ гуммозный	3	10	—	—	261
Мягкій шанкръ и его осложненія.	—	1	—	1	1
Перелой и его осложненія.	—	9	—	1	70
<i>В.</i>					
Переменяющаяся лихорадка и бо- лотная кахекесія	1	28	1	—	2101
Прочія общія заразныя болѣзни.	—	—	—	—	—

Б О Л Ъ З Н И.	Оставалось къ 1-му.	Въ больницахъ.			Въѣ больницъ.
		Пользовано.	Умерло	Осталось къ 1-му.	Пользовано.
II Общія незаразныя болѣзни:					
Англійская бол. (рахитизмъ) . . .	—	—	—	—	99
Анэмія и блѣдная немочь	1	5	2	—	83
Прочія общія незаразныя бол. . .	1	5	—	—	65
III Новообразованія:					
Ракъ, саркома и другія злокачественныя опухоли	1	9	1	—	21
Доброкачественныя опухоли . . .	—	11	—	1	65
IV Паразитическія болѣзни:					
Глисты кишечныя	—	40	—	—	192
Эхинококкъ	—	1	—	—	1
Трихинозъ	—	—	—	—	—
Актиномикозъ	—	—	—	—	—
Чесотка.	—	3	—	—	2696
Парша	—	2	—	—	19
Прочія паразитич. бол.	—	—	—	—	18
V Душевные болѣзни.	—	1	—	—	1
VI Травматическія химическія и термич. поврежденія:					
Ушибы	1	10	1	—	288
Раны: а) отъ холодн. оруж . . .	2	23	2	1	183
” б) „огнестрѣльн.“	—	8	—	—	16
” в) прочія	—	10	—	—	145
Вывихи.	—	9	—	—	14
Переломы: а) простые.	—	10	—	1	41
” б) осложненныя.	—	5	—	—	5
Ожоги	—	3	—	—	76
Отмороженія.	—	3	—	—	11
Прочія поврежденія.	—	3	—	—	12

Б О Л Ъ З Н И.	Осталось въ I-му.	Въ больницахъ.			Внѣ больниц.
		Пользовано.	Умерло.	Осталось въ I-му.	Пользовано.
VII Отравленія:					
Острое и хронич. отравленіе спир- томъ	—	9	—	—	18
Профессиональныя отравленія.	—	—	—	—	—
Случайныя отравленія.	—	2	1	—	13
VIII Пороки врожденные и приобретен- ные и недостатки развит.					
Грыжи	—	15	—	1	54
Слѣпота.	—	—	—	—	—
Глухонѣмота.	—	—	—	—	6
Прочіе пороки и недостатки разви- тія.	—	2	—	—	16
IX Болѣзни отдѣльныхъ системъ и органовъ.					
A. Органич. болѣзни мозга и оболочекъ:					
Болѣзни головного мозга	—	3	—	—	8
” Спинного ”	—	4	1	—	4
Смѣшанныя заболѣванія.	—	—	—	—	5
B. Нервныя болѣзни:					
Бол. периферич. нервной системы.	—	—	—	—	—
Эпилепсія.	—	2	—	—	24
Истерія и неврастенія.	—	—	—	—	72
Прочія нервныя болѣзни.	—	5	—	—	405
B. Болѣзни кровеносной и лимфати- ческой системъ:					
Болѣзни сердца и его оболочекъ	—	14	3	—	134
Болѣзни сосудовъ.	—	1	—	—	9
Прочія болѣзни этой группы.	—	1	1	—	9

Б О Л Ъ З Н И Ц.	Оставалось къ 1-му.	Въ больницахъ.			Всѣ больниц.
		Пользовано.	Умерло.	Осталось къ 1-му.	Пользован.
Г. Бол. органовъ дыханія:					
Воспал. дыхательн. путей	—	1	—	—	787
Катарральное воспаленіе легкихъ.	—	9	1	—	145
Воспал. подреберной плевы	—	2	—	—	96
Прочія болѣзни этой группы.	—	4	1	—	54
Д. Болѣзни органовъ пищеваренія:					
Болѣзни полости рта и зѣва.	—	9	2	—	1436
Желудочно-кишечный катарръ	1	11	—	—	1820
Воспаленіе брюшины	1	3	1	—	13
Воспал. слѣпой кишки и окружаю- щей клѣтчатки.	—	10	2	—	17
Бол. печени и желчныхъ путей.	—	7	—	—	84
Прочія болѣзни этой группы.	—	2	—	—	39
Е. Болѣзни мочевыхъ органовъ:					
Воспаленіе почекъ	—	13	—	—	61
Камни почекъ и мочевого пузыря.	—	4	—	1	15
Прочія болѣзни этой группы.	—	3	—	—	21
Ж. Бол. мужскихъ полов. органовъ:	—	5	—	—	73
З. Бол. женскихъ полов. органовъ:	2	15	—	—	105
И. Бол. костно-мышечной системы:					
Мышечный ревматизмъ	2	2	—	—	448
Прочія болѣзни этой группы.	2	26	—	3	258
І. Бол. кожи и подкожной клѣтчатки					
Флегмона	4	16	—	1	206
Язвы.	—	11	1	1	205
Прочія болѣзни этой группы.	4	14	1	—	1620

Б О Л Ъ З Н И.	Оставалось къ 1-му.	Въ больницахъ.			Внѣ больниц.
		Пользовано.	Умерло.	Осталось къ 1-му.	Пользовано.
Н. Болѣзни органовъ зрѣнія:					
(за исключеніемъ слѣпоты)					
Конъюнктивитъ.	—	—	—	—	—
Трахома.	—	—	—	—	—
Прочія болѣзни этой группы. . .	—	—	—	—	—
Л. Болѣзни органовъ слуха.					
(за исключеніемъ глухонѣмоты)					
Болѣзни наружнаго слух. прохода.	—	—	—	—	75
„ средняго уха.	—	—	—	—	285
Прочія болѣзни этой группы. . .	—	2	—	—	26
Х. Болѣзни беременныхъ и послѣродовыя:	1	12	—	—	86
XI Болѣзни, не вошедшія въ номенклатуру и неопредѣлен.	3	4	—	—	52
Роды.	—	15	—	—	12
На испытаніи	—	—	—	—	—
Итого . . .	36	593	29	17	16234

Повторныхъ посѣщеній 9260, стационарными больными проведено въ больницѣ 11007 дней. Амбулаторныхъ больныхъ съ повторными 25494.

С В Ѣ Д Ъ Н І Я

№ 2.

о хирургическомъ и акушерскомъ пособіяхъ въ лѣчебныхъ заведе-
ніяхъ (больницѢ и амбулаторіи).

Родъ хирургическаго и акушерскаго пособія.	Въ больни- цѣ,	Амбулатор.	Всего.
А. Безкровныя операціи.			
1. Вправленіе переломовъ съ наложен. неподвижныхъ повязокъ:			
а) плеча.	1	4	5
б) предплечья	1	9	10
в) ключицы	—	12	12
г) бедра.	5	—	5
д) костей голени	6	1	7
е) стопы.	—	—	—
ж) нижней челюсти.	3	—	3
з) реберь	—	3	3
и) и проч.	—	—	—
2. Вправленіе вывих. съ наложен повязокъ:			
а) плеча.	7	3	10
б) локтя.	—	—	—
в) ручной кисти	—	—	—
г) пальцевъ	—	—	—
д) ключицы	—	—	—
е) нижней челюсти	—	—	—
ж) стопы	—	—	—
з) и проч.	—	—	—
3. Наложенія неподвижныхъ повязокъ:			
а) при растяженіи	1	2	3

Родъ хирургическаго и акушерскаго пособія.	Въ больн- цѣ,	Амбулатор.	Всего.
б) безъ другихъ указаній	—	—	—
4. Удаленіе инородныхъ тѣлъ изъ от- крытыхъ полостей.	—	64	64
5. Насильственное выпрямленіе анки- лоза колѣна	—	—	—
6. Насильственное разъединеніе не- правильно сросшагося перелома бедра (выпрямленіе и повязка),	1	—	1
7. Вправленіе ущемленныхъ грызей	1	4	5
8. „ парафимоза	1	22	23
9. Мелкія операціи (прижиганіи, ка- тетеризація и проч.)	117	428	645
Итого . . .	244	553	797
Б. Малыя кровавыя операціи.			
10. Вскрытіе малыхъ нарывовъ.	18	263	281
11. Разрѣзы при adenitis Suppurativa	—	—	—
12. Разрѣзы при dartolinitis suppu- rativa.	—	—	—
13. Разрѣзы яичка при нагноеніи.	—	—	—
14. Вылущеніе мелкихъ опухолей.	3	16	19
15. Извлеченіе каріозныхъ зубовъ.	7	644	651
16. Наложеніе кровавыхъ швовъ	14	59	73
17. Извлеченіе инородныхъ тѣлъ изъ тканей	2	55	57
18. Удаленіе врастающихъ ногтей.	—	—	—
19. Соскабливаніе грануляцій, удале- ніе малыхъ секвестровъ	3	34	37
20. Пластическія операціи по поводу заячьей губы и проч. на лицѣ	1	—	1
21. Трансплантація кожи	6	—	6
22. Подрѣзъ короткой уздечки и языка	—	17	17

Родъ хирургическаго и акушерскаго пособія.	Въ больницѣ.	Амбулатор.	Всего.
23. Мѣстныя кровоизвлеченія . . .	3	—	3
24. Проколъ живота при водянкѣ . .	4	—	4
25. „ плевры.	—	—	—
26. „ яичка	1	—	1
Итого . . .	62	1088	1150
В. Болѣе важныя кровавыя операціи.			
27. Ампутаціи: а) плеча.	2	—	2
б) предплечья	—	—	—
в) пястныхъ костей.	—	—	—
г) пальцевъ	4	1	5
д) бедра.	3	—	3
е) голени	1	—	1
ж) стопы	—	—	—
з) пяточной кости.	—	—	—
и) грудной железы	1	—	1
28. Резекціи.	6	—	6
29. Вырѣзываніе, вылушеніе или отнятіе большихъ опухолей:			
а) жировиковъ спины, плечь и проч.	3	—	3
б) фиброзн. опухолей шеи, груди и проч.	6	7	13
в) саркомъ	—	—	—
г) эпителиомъ	—	6	6
д) рака.	5	—	5
е) лимфосаркомъ	3	—	3
ж) и проч.	7	—	7
30. Вскрытіе глубокихъ нарывовъ и флегмонъ	28	69	97
31. Вскрытіе суставовъ	—	—	—
а) коленного	2	—	2
б) тазобедреннаго	—	—	—
32. Камнесѣченіе.	1	—	1
33. Камнедробленіе.	—	—	—

Родъ хирургическаго и акушерскаго пособія.	Въ больницѣ.	Амбулатор.	Всего.
34. Трахеотомія	2	—	2
35. Секвестротомія и некротомія . .	12	—	12
36. Лапаратомія	6	—	6
37. Герніотомія	14	—	14
38. Овариотомія	—	—	—
Трепанация сосцевиднаго отростка.	1	—	1
39. Разрѣзъ и выскреб. фистул. хондров. и кости.	10	16	26
40. Операциі на мужск. полов. орган.:			
а) возстановленіе проходимости уретры при рубцовыхъ суженіяхъ	—	—	—
б) и проч.	1	2	3
с) вастрация	1	—	—
41) Операциі глазныя:			
а) извлеченіе катарактъ	—	—	—
б) придектomia	—	—	—
в) вылушеніе глазнаго яблока	—	—	—
г) вскрытіе передней камеры	—	—	—
д) операція стафиломы.	—	—	—
е) „ заворота рѣсницъ и вѣка.	—	—	—
ж) chalazion'a	—	—	—
з) разщепленіе слезнаго канала.	—	—	—
и) удаленіе инородныхъ тѣлъ изъ роговицы.	—	—	—
і) и проч.	—	—	—
42. Экзартикуляція въ локтевомъ суставѣ и пальцевъ.	8	1	9
43. Перевязка сосудовъ при сложн. перелом. и проч.	—	—	—
Итого	127	102	229

Родъ хирургическаго и акушерскаго пособія.	Въ больницѣ.	Амбулатор.	Всего.
Г. Акушер. гинекол. операціи.			
Число всѣхъ случаевъ приглашенія врача для подачи акушерской помощи при родахъ:	8	5	12
44. Изъ нихъ: поворотъ и извлеченіе.	1	1	2
45. „ „ наложеніе щипцовъ. . .	2	—	2
46. Удаленіе послѣда: а) внутреннимъ приемомъ	2	2	4
б) выжиманіемъ	2	1	3
в) не обозначено.	—	—	—
47. Удаленіе плода и обол. (abortus).	1	—	1
48. Удаленіе полиповъ матки. . . .	—	—	—
49. Возстановленіе проходимости влагалища вслѣдствіи рубцевого суженія .	—	—	—
50. Закрытіе пузырновлагалищн. свищ.	—	—	—
51. Disciso colli uteri (stenosis). . .	—	—	—
52. Ампутація colli uteri	—	—	—
53. Выскребленіе полости матки (partus et abortus)	—	—	—
54. Пункція (cysta ovarii)	—	—	—
Итого . . .	8	4	12

Амбулаторно сдѣлано 1088 малыхъ операцій (извлечено 644 каріозныхъ зубовъ, вскрыто 263 нарыва, наложено 59 кровавыхъ швовъ и т. д.), 102 большихъ (вскрыто 69 глубокихъ флегмонъ, выскоблено костей и фистулъ 16, удалено 13 опухолей—эпителиомъ, фибромъ, липомъ и проч. и проч), 125 безкровныхъ операцій (вправленіе вывиховъ, переломовъ и т. п.). Операціи дѣлались подъ хлористымъ этиломъ, кокаиномъ по способу Schleich'a и частью подъ хлороформнымъ наркозомъ (11). Послѣ хлорофор-

меннаго наркоза амбулаторные больные оставались подъ наблюдениемъ часа два-три, а иногда и болѣе.

Этимъ я заканчиваю отчетъ и долженъ упомянуть, что медицинскій персоналъ больницы вполне подготовленъ къ оперативной дѣятельности, хорошо усвоилъ правила асептики и при операціяхъ является всегда во всеоружіи, за что и приношу всѣмъ сослуживцамъ мою глубокую благодарность.

Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца у человѣка.

(съ 3 рисунками).

Д-ра **Ө. Ч а р у ш и н а.**

Измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ сердца представляютъ громадный патологическій интересъ, говоритъ Hulle White ¹⁾, которому не удалось подмѣтить, что либо ненормальнаго въ нихъ, и все дѣло, по его наблюденію, ограничивалось только окружающими частями клѣтки. Другой изслѣдователь Eisenhor ²⁾ находитъ измѣненія въ нихъ, но затрудняется провести границы между физиологическимъ и патологическимъ состояніемъ ихъ и допускаетъ постоянную циклическую смѣну регрессивнаго и прогрессивнаго характера, ре-и дегенерацию. Въ то время, какъ высказываются подобные взгляды на патологию нервной клѣтки сердца, существуютъ наблюденія, и довольно многочисленныя, гдѣ измѣненія ихъ выступаютъ съ полною ясностью и рѣзкостью; правда, изслѣдованія эти принадлежатъ большею частью русскимъ авторамъ, и область сердечныхъ гангліи почти всецѣло можетъ считаться допиемъ русской школы патолого-анатомовъ, начиная съ пионера, акад. А. П. Ивановскаго, перваго открывшаго ее для дальнѣйшихъ изслѣдованій, давшихъ въ настоящее время громадный матеріалъ. Особенно нервная клѣтка сердечныхъ узловъ выступила на арену наблюдений послѣ открытія метода Nissl'я. По совѣту своего многоуважаемаго учителя Н. М. Любимова я рѣшился еще прибавить данныхъ въ этой многообъщающей области патологической анатоміи.

¹⁾ Supplement to the Britsch Medical Journal 12/xi. Brain 1890 г. реф. Врачъ 1894.

²⁾ Zeitschrift f. Heilkunde Heft II u III S. 243—244.

I.

Анатомо-гистологическій очеркъ.

Прежде, чѣмъ говорить о патологическихъ измѣненіяхъ въ нервныхъ узлахъ сердца, я позволю себѣ коснуться ихъ анатоміи и гистологіи, тѣмъ болѣе, что топографія нервныхъ узловъ до сихъ поръ окончательно не установлена, еще продолжаетъ служить предметомъ спора и разногласій и пополняется еще новыми свѣденіями и указаніями.

Первый описавшій нервные узлы—былъ Remak (Neurolog. Erläuterungen Arch. fur Anat. Physiol und Wissenschaft Med. von de Ioh. Muller's 1844 г. р. 463), онъ усмотрѣлъ ихъ простымъ глазомъ на сердцѣ теленка. Узлы, по его наблюденію, находятся на протяженіи нервовъ, пробѣгающихъ по наружной поверхности большихъ сосудовъ и сердца, а также онъ находилъ ихъ и въ перегородкѣ между желудочками. Большая часть нервныхъ узловъ, недоступныхъ невооруженному глазу, находится по ходу тончайшихъ развѣтвленій тѣхъ же нервовъ въ мышечномъ веществѣ сердца и сердечныхъ ушковъ, и что нѣкоторыя нервныя волокна, утолщаясь послѣ узловъ, берутъ начало въ узлѣ.

Открытые Remak'омъ, творцомъ нервной гистологіи, сердечные ганглии становятся предметомъ цѣлаго ряда споровъ. Одни авторы, какъ Volkman—первый, Ludwig и др., подтверждаютъ и даже какъ Lie (Muller's Arch. 1849 г.) нотируетъ, что нервныя волокна по ходу снабжены нервными узлами, способными гипертрофироваться при гипертрофіи сердца; другіе изслѣдователи оспариваютъ и то, что признается узлами, считая ихъ за простое сплющиваніе волокна на мѣстахъ перекрещиванія съ сосудами; такъ понимаетъ Cloeta (Virch. Arch. 1853 г.) Schweiger-Seidee отрицаетъ существованіе нервныхъ узловъ въ самой сердечной мышцѣ.

Но съ теченіемъ времени, съ развитіемъ науки, съ усовершенствованіемъ техники и методовъ изслѣдованій, благодаря компетентнымъ ученымъ, топографія нервныхъ узловъ вполне выясняется и точно опредѣляется, и являются уже споры изъ-за деталей строенія клѣтки, ихъ отростковъ и т. п. Анатоміею и гистологіею нервныхъ узловъ сердца занимались: Arnold, Beale, Ranvier, Vignal, М. Усовъ, Вл. Егоровъ, Лавловскій, Kellikher, Frey, Krause, М. Догель, Каземъ-Бекъ, Опенховскій, Шкляревскій, Скворцовъ, Ortt, Тюмянцевъ, Eisenlohr, Натансонъ, Wernich, Wan-Gehuchten и друг.

Шкляревскій (Göttinger Nachrichten 1872, № 21, p. 462) такъ описываетъ положеніе нервныхъ узловъ: узлы у млекопитающихъ и птицъ образуютъ посредствомъ соединяющихъ нервныхъ пучковъ два почти замкнутыхъ цѣнеобразныхъ кольца, изъ которыхъ одно лежитъ на краю перегородки между предсердіями и перекрещивается въ перпендикулярномъ направленіи къ основанію сердца съ другимъ, расположеннымъ на уровнѣ верхней части перегородки между желудочками, на границѣ между предсердіями и желудочками. Самый большой узелъ лежитъ на мѣстѣ соединенія описанныхъ колець и даже виденъ простымъ глазомъ. Больше нервныхъ узловъ лежитъ выше, у начала верхней полой вены.

У Скворцова (Матеріалы для анатоміи и гистологіи сердца Д. 1874 г.) мы находимъ добавленіе, что нервныя узлы заложены въ жировой клѣтчаткѣ по бороздамъ сердца. У края перегородки предсердій, обращеннаго къ артеріальнымъ отверстіямъ (устьямъ) замѣчается простымъ глазомъ блѣдное упругое треугольное пространство, представляющее конгломератъ жировыхъ клѣтокъ съ большимъ числомъ между ними нервныхъ узловъ.

Проф. И. М. Догель указываетъ на методъ съ уксусной кислотой и 5% растворомъ карболовой кислоты, какъ на дающій возможность видѣть простымъ глазомъ нервныя волокна и скопленіе нервныхъ клѣтокъ на поверхности сердца, извлекая ихъ такимъ образомъ изъ глубины, въ видѣ бѣлыхъ точекъ и звѣздочекъ. Онъ распредѣляетъ ихъ въ три главные группы: 1) на наружной поверхности *v. cavae ascendens*, у мѣста ея впаденія и нѣсколько ниже; на границѣ между предсердіями и желудочками, на протяженіи нервовъ, идущихъ косвенно между *v. cav. ascend.* и лѣвымъ ушкомъ. 2) на наружной поверхности *V. Cav. descendens* у мѣста ея впаденія на протяженіи нервовъ, идущихъ между нею и началомъ аорты и 3) у основанія праваго ушка, вблизи начала аорты и *art. pulmonalis*. Всѣ эти скопленія нервныхъ клѣтокъ расположены поверхностно, тотчасъ подъ перикардіемъ между жировой клѣтчаткой и мышцами.

Слѣдуя этимъ указаніямъ академикъ Н. П. Ивановскій (Журналъ нормальной и патологической гистологіи Руднева 1876 г.) не находилъ нервныхъ узловъ у человѣка ни у начала аорты, ни въ поперечной бороздѣ, но встрѣтилъ ихъ исключительно въ перегородкѣ предсердій надъ мышечнымъ кольцомъ, окружающимъ *fossa ovalis* въ призматическомъ пространствѣ, образуемымъ расхожденіемъ мышечныхъ пучковъ праваго и лѣваго предсердія. На продольномъ разрѣзѣ перегородки мѣсто это представляется въ видѣ треугольника, обращеннаго верхушкою къ *fossa ovalis*, а основаніемъ вверхъ, и ограниченное съ боковъ расхожденіемъ мы-

печныхъ пучковъ предсердія, основаніе же его образовано перикардіемъ, одѣвающимъ предсердіе сверху. Такая же призма находится и подъ fossa ovalis надъ мѣстомъ перекреста съ поперечною бороздою. Пространство это выполнено рыхлою жировою клѣтчаткою, богатою сосудами, въ которую и заложены нервныя узлы и и въ верхнемъ больше, чѣмъ въ нижнемъ. Этимъ подробнымъ и точнымъ указаніемъ топографіи нервныхъ узловъ сердца пользовались, какъ мы увидимъ изъ литературы, всѣ изслѣдователи и всегда находили залежи нервныхъ клѣтокъ, что и мы можемъ подтвердить, изслѣдуя нервныя узлы сердца и придерживаясь треугольника проф. И в а н о в с к а г о.

Проф. К. Н. Виноградовъ даетъ нѣкоторые опознавательныя пункты, а именно; область нервныхъ узловъ снаружи сердца имѣетъ видъ желтой полосы, болѣе замѣтной у жирныхъ субъектовъ, идущей по верхней и задней сторонамъ его отъ верхней полой вены и оканчивается на задней поперечной бороздѣ. Здѣсь нервныя узлы, въ видѣ маленькихъ бѣловатыхъ точекъ, разсѣяны въ жирной подсерозной ткани, то ближе, то глубже и отчасти между мышечными волокнами перегородки предсердія.

Теперь скажемъ нѣсколько словъ о гистологическомъ строеніи нервныхъ узловъ сердца, заимствуя изъ описанія Шклярскаго, Проф. Н. Ф. Виноградова и другихъ.

Узлы, построенные по типу межпозвоночныхъ гангліевъ, расположены, какъ уже упомянуто, въ жировой клѣтчаткѣ, отъ которой отдѣлены капсулою, называемою наружною или общеою. Капсула состоитъ изъ нѣсколькихъ концентрическихъ слоевъ соединительно-тканнаго характера съ ядрами, лежащими между ея волокнами и кровеносными сосудами, расположенными ближе то къ наружной, то къ внутренней периферіи капсулы и дающими маленькія капиллярныя вѣточки внутри узла. Сосуды эти довольно крупны и ихъ много (Ortt.). Кнутри отъ наружной капсулы заложены нервныя клѣтки, числомъ до 40 и болѣе; большею частью 6—5 клѣтокъ въ узлѣ. Каждая клѣтка заключена въ собственную соединительно-тканную капсулу, высланную по внутренней поверхности плоскимъ однослойнымъ эндотелиемъ. Полость внутренней капсулы или вполнѣ заполняется нервною клѣткою, такъ что непосредственно соприкасается съ эндотелиемъ, что и остается нормальнымъ (Ort), или между протоплазмою клѣтки и эндотелиемъ капсулы остается промежутокъ, въ видѣ свѣтлаго ободка, такъ называемое перичеллярнолю пространство, впервые подмѣченное докторомъ В а с и л ь е в ы м ъ.

Промежутки между отдѣльными капсулами выполнены тонковолокнистою соединительною тканью, служащею строкою для нервныхъ клѣтокъ, волоконъ и сосудовъ. Изъ cadaго узла выходитъ

одинъ или два, иногда и три нервныхъ пучка, чаще всего въ противуположномъ другъ другу направленіи. Пучки эти одѣты соединительно-тканною оболочкою, состоящею въ связи съ наружною капсулою узла. Форма нервныхъ клѣтокъ у человѣка большею частью кругловатая, шаровидная, иногда грушевидная. Величина ихъ по Ивановскому 0.05μ — 0.02μ , а ядеръ 0.01 — 0.013μ , по Шкляревскому 0.013μ — 0.024μ , ядеръ— 0.01μ —зависитъ и отъ возраста, такъ по Вѣтвинскому, у дѣтей 2-хъ лѣтъ 0.010μ , у 29—36 лѣтъ— 0.032μ . а за 42 года 0.038μ .

Протоплазма нервныхъ клѣтокъ нѣжна, зерниста, матово блестяща и нормально пигмента не содержитъ (Ивановскій), а у 30—40 лѣтнихъ почти постоянно наблюдается пигментъ (по Oitt'y). Каждой клѣткѣ свойственно ядро, оно рѣзко ограничено, пузырькообразной формы, лежитъ чаще эксцентрично, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ находили и по два ядра, въ различномъ отношеніи другъ къ другу и къ периферіи клѣтки. Профессору И. М. Догелю удавалось видѣть у животныхъ и три ядра. Въ ядрѣ усматривается одно, рѣдко два блестящихъ и сильно преломляющихъ свѣтъ ядрышка.

II.

Патолого-анатомическій очеркъ.

Познакомившись вкратцѣ съ топографической анатоміей и гистологіей нервныхъ клѣтокъ сердца, перейдемъ къ патологическимъ измѣненіямъ.

Первое указаніе объ измѣненіи нервныхъ узловъ встрѣчаемъ у Lanceraux (Gasette Medicale 1864 г. р. 432.). Онъ изслѣдовалъ ихъ при Anginae pectoris, вслѣдствіе высокой степени arteriosclerosis'a. Нервные элементы представлялись сжатыми, сѣроватыми, зернистыми. Но основателемъ патологіи нервныхъ узловъ сердца, по справедливости, слѣдуетъ считать Академика Н. П. Иванова (1876 г.)¹⁾. Онъ изучалъ измѣненія нервныхъ узловъ сердца при сыпномъ тифѣ. Нервные клѣтки были умѣренно набухши и протоплазма ихъ помутнѣла. Ядра клѣтокъ отъ набухлости видны были менѣе ясно, или же не замѣчались вовсе. Пора-

¹⁾ Ивановскій. Къ патологической анатоміи сыпного тифа. Журналъ нормальной и патологической гистологіи Руднева, 1876 г. Т. X.

женіе распространялось не равномерно, такъ что среди измѣненныхъ встрѣчалось много, повидимому, совершенно нормальныхъ. Попадались клѣтки и съ болѣе сильными измѣненіями. Такия клѣтки представлялись состоящими изъ мелкихъ, блестящихъ, сильно преломляющихъ свѣтъ зернышекъ и не содержали въ себѣ ядеръ. Эндотелій капсулъ многихъ нервныхъ клѣтокъ набухъ, что выражалось появленіемъ вдавленій на протоплазмѣ клѣтокъ, въ промежуточной ткани и въ полостяхъ капсулъ замѣчалось скопленіе круглыхъ элементовъ. Нѣкоторыя клѣтки содержали пигментъ. Въ межъузловой ткани, стромѣ, встрѣчались грануляціонные элементы круглой формы, подобные же лейкоциты проникали и внутрь капсулы, помѣщаясь между нею и нервной клѣткою.

Толчокъ, данный И в а н о в с к и м ъ къ изслѣдованію нервныхъ узловъ сердца, не остался безъ послѣдователей, привлекая вниманіе авторовъ, большинство которыхъ были русскіе, и возбуждая громаднѣйшій интересъ къ этой еще дѣвственной области въ патологической анатоміи. И вотъ являются цѣлыя серіи работъ по этому вопросу. Одни по пути съ другими органами прибѣгаютъ къ изслѣдованію и нервныхъ узловъ, другіе берутся за нихъ исключительно и стремятся положить найденныя измѣненія въ основу сердечныхъ болѣзней или объяснять летальныя исходы. Такъ въ томъ же году (1876) докторомъ В а с и л ь е в ы м ъ изслѣдуются нервныя узлы при водобоязни (Lyssa) (Central. blat. f. d. med. Wissensch. 1876 г.). Онъ нашелъ почти тѣ же измѣненія бѣлковое и жировое перерожденіе и еще подмѣтилъ очень большія перичеселлюлярныя пространства, т. е. нервныя клѣтки не выполняли вполне капсулы, но между нею и капсулою находилось свѣтлое пространство, прозрачный ободокъ, черезъ который протягивались отростки клѣтокъ. Происхожденіе этихъ щелей Васильевъ объясняетъ не съживаніемъ протоплазмы, а отекомъ, скопленіемъ жидкости въ полости капсулы и подтверждаетъ тѣмъ, что нервныя клѣтки не уменьшались въ объемѣ (0.03—0.055), а напротивъ, діаметръ капсулы увеличивался (0.06—0.095).

П у т я т и н ъ ¹⁾ наблюдалъ измѣненія сердечныхъ нервныхъ узловъ въ случаяхъ, когда замѣчалось нарушеніе сердечной дѣятельности и смерть наступала отъ паралича сердца, а также когда были глубокія мѣстныя измѣненія сердца и наконецъ, когда они осложнялись конституціональными заболѣваніями организма. При параличѣ сердца онъ находилъ гиперемію и вруглоклѣточковую инфильтрацію стромы узла. При мѣстныхъ измѣненіяхъ сердца.

¹⁾ О патологическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ узлахъ сердца. Д. 1877 г.

среди нервныхъ клѣтокъ наблюдалось развитіе соединительной ткани съ круглыми, овальными и веретенообразными элементами, а также и отложеніе извести. Нервные клѣтки, раздвинутыя соединительною тканью, уменьшены, угловатой формы, протоплазма клѣтокъ мутна, содержитъ много жировыхъ и пигментныхъ зеренъ; ядра нѣкоторыхъ клѣтокъ едва видны. Капсула утолщена, внутри ея встрѣчаются иногда скопленія круглыхъ элементовъ. При конституціональныхъ заболѣваніяхъ организма замѣчалось еще большее развитіе промежуточной соединительной ткани; измѣненія клѣтокъ тѣже, но сильнѣе выражены. Отсюда П у т я т и н ъ дѣлаетъ выводы, что при хроническихъ заболѣваніяхъ сердца и аорты измѣненія узловъ развиваются *per continuitatem*; въ равномъ періодѣ заболѣваній сердца и аорты наблюдаются гиперемія и грапулирующее воспаление; въ хроническихъ случаяхъ развитіе соединительной ткани. Ганглии могутъ заболѣвать и вслѣдствіе конституціональныхъ страданій (напримѣръ — сифилиса).

Д-ръ К а п л е в с к і й изслѣдовалъ сердечные ганглии при гипертрофіи и атрофіи сердца, желая найти связь, соотношеніе между увеличеніемъ или уменьшеніемъ органа и величиною нервныхъ клѣтокъ (Объ измѣненіяхъ автоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ въ сердечной мышцѣ Дисс 1881 г.). Онъ изслѣдовалъ 13 случаевъ атрофій и 7 гипертрофій и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

При общемъ упадкѣ питанія, зависящемъ отъ различныхъ хроническихъ, истощающихъ болѣзней и обусловливающихъ атрофію и перерожденія мышечныхъ элементовъ сердца (случаи: рака матки, ракъ входа желудка, артеріосклерозъ мозговыхъ сосудовъ, фолликулярный энтеритъ, ракъ брюшины, ракъ брюшины и почки), въ узлахъ замѣчалась атрофія жировой клѣтчатки и уменьшеніе въ объемѣ нервныхъ клѣтокъ (0.027). Протоплазма ихъ мутна, мелкозерниста, съ однимъ крупнымъ, рѣзко ограниченнымъ, болѣе свѣтлымъ ядромъ, круглой или продолговатой формы. Во многихъ клѣткахъ попадались желтыя или желто-бурыя зернышки пигмента, чаще сгруппированныя въ кучки на периферіи клѣтокъ и въ противоположной ядра части, или густо разсѣянныя по всей протоплазмѣ съ затушеваніемъ ядеръ. Кромѣ пигментной зернистости встрѣчалась еще блестящая зернистость, распределенная равномѣрно по всей клѣткѣ, жирового характера. Полость капсулы сужена вслѣдствіе пролифераціи выстилающаго ея эндотелія. Мѣстами послѣдній жирно перерожденъ, и тогда полость выполнена мелкозернистымъ распадомъ изъ жировыхъ и пигментныхъ зеренъ и остатками протоплазмы нервной клѣтки, занимающими центръ. Онъ находилъ

крупныя жировыя капли, похожія на вакуоли и образовавшіяся изъ мелкихъ жировыхъ капель, какъ въ протоплазмѣ, такъ и въ ядрѣ. Иногда вмѣсто клѣтки была одна большая жировая капля съ зернами пигмента, заключенная въ капсулу, а иногда только по мѣсту, по концентрическомъ наслоеніемъ волоконъ, можно было предположить, что тутъ была клѣтка, а теперь уничтоженная полость разросшейся капсулы. Встрѣчалось еще измѣненіе, когда протоплазма то съ периферіи, то съ центра превращалась въ свѣтлое, однородное вещество, невоспринимющее окраску; такія клѣтки были увеличены въ объемѣ, ядро оттѣснено въ нихъ къ периферіи, а то и не видно вовсе; такъ же стекловидно измѣненъ былъ и эндотелій, и клѣтка кажется, какъ будто окружена свѣтлымъ безцвѣтнымъ кольцомъ, или полумѣсяцемъ.

При атрофіи въ случаяхъ легочной бугорчатки онъ наблюдалъ межъузловую ткань утолщенную съ значительнымъ количествомъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Кровеносные сосуды были расширены. Капсула клѣтокъ тоже утолщена, нервныя клѣтки раздвинуты другъ отъ друга. При гипертрофіи (Брайтова болѣзнь, стенозъ аорты, недостаточность аорты), наблюдалъ расширение капилляровъ и мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ въ межъузловой соединительной ткани; при чемъ адвенція сосудовъ была утолщена, въ ней много круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Капсула клѣтокъ утолщена. Нервныя клѣтки увеличены, въ нихъ тѣ же измѣненія, какъ и при атрофіяхъ: жировое перерожденіе и скопленіе пигмента. По его наблюденіямъ острые воспалительныя процессы сердечныхъ оболочекъ и интимы большихъ сосудовъ распространяются и на сердечные узлы и выражаются помутнѣніемъ и набуханіемъ протоплазмы нервныхъ клѣтокъ, набуханіемъ и пролифераціею эндотелія капсулъ, гипереміей сосудовъ, капиллярными экстравазатами, инфильтраціею грануляціонными клѣтками. На нервныхъ клѣткахъ получались отпечатки отъ давленія на ихъ поверхность набухшаго эндотелія и грануляціонныхъ элементовъ и образовывались пустыя пространства отъ серознаго выпота между клѣткою и капсулою. Однимъ словомъ онъ имѣлъ картину остраго сосудисто-грануляціоннаго воспаления промежуточной соединительной ткани узла. Процессъ распространялся *per continuitatem*, что подтверждается болѣе рѣзко выраженными измѣненіями въ верхнемъ узлѣ, ближе расположенномъ къ перикардію, гдѣ и было начало процесса.

При чахоткѣ легкихъ грануляціонное воспаленіе съ образованіемъ стойкой соединительной ткани начиналось въ лимфатическихъ бронхіальныхъ железахъ и адвенціи большихъ сосудовъ достигало по сосудамъ до клѣтчатки сердечныхъ нервовъ и до

нервныхъ узловъ. Нервные кѣтки здѣсь поражаются вторично, тогда какъ при атрофіяхъ отъ упадка питанія процессъ начинается съ нервныхъ кѣтокъ и распространяется на соединительную ткань, которая реагируетъ какъ послѣдовательный замедлительный процессъ, подобно перерѣзкѣ нервныхъ волоконъ. При гипертрофіяхъ онъ усматриваетъ зависимость между первою кѣткою и мышцею, въ періодъ прогрессивнаго роста мышцъ и узловыхъ кѣтки увеличиваются въ объемѣ, сохраняя всѣ свойства, присущія нормальнымъ кѣткамъ; при регрессивныхъ же измѣненіяхъ и кѣтки подвергаются жировому, стекловидному, пигментному перерожденію, и чѣмъ выше перерожденіе мышечныхъ пучковъ, тѣмъ больше и измѣненныхъ кѣтокъ съ послѣдующимъ измѣненіемъ въ окружающихъ частяхъ. Чѣмъ больше уменьшена кѣтка, чѣмъ сильнѣе степень ея перерожденія, тѣмъ и обильнѣе пролиферація эндотелія и разросганіе межъузловой соединительной ткани. Такимъ образомъ процессъ въ нервныхъ узлахъ идетъ или вторично *per continuitatem* съ межъузловой тканью, или первично, наравнѣ съ другими органами отъ общихъ причинъ (инфекціонныя заболѣванія), благодаря общности питающихъ ихъ кровеносныхъ сосудовъ, какъ и сердца такъ, и узловъ.

Зависимости, только что высказанной Коплевскимъ, Д-ръ Усковъ (*Zur Pathol. Herznerven. Virch. Arch. 1883 г.*) не находитъ. Онъ говоритъ, что нервныя кѣтки сами не обнаруживали ни разу измѣненій, а всѣ видимыя измѣненія ограничивались утолщеніемъ капсуль и явленіями ядерной пролифераціи эндотелія. Протоплазма нервныхъ кѣтокъ никогда не представляла сколько нибудь замѣтныхъ измѣненій. Положимъ, онъ упоминаетъ о нервныхъ кѣткахъ мимоходомъ, а главнымъ образомъ онъ занимался изслѣдованіемъ нервовъ гипертрофированныхъ сердецъ при хроническомъ нефритѣ.

Вслѣдъ затѣмъ появилась работа Профессора К. Н. Виноградова (Врачъ 1884 г.) надъ измѣненіями нервныхъ узловъ сердца у человека и животныхъ при отравленіи хлороформомъ. Нервныя кѣтки представляли при этомъ высокую степень измѣненій. Протоплазма была мало прозрачна, усѣяна въ изобиліи зернышками. Эти нѣжныя зернышки почти одинаковой величины были разбѣяны или по периферіи кѣтки, или совершенно выполняли протоплазму, прикрывая ядро. Равномѣрная зернистость замѣчалась такъ же и въ нѣкоторыхъ ядрахъ. Величина кѣтокъ не была замѣтно измѣнена. Зернистость эта была одинаковаго характера. Бѣлковое же помутнѣніе пришлось ему наблюдать въ узлахъ у одного повѣсившагося; только здѣсь зернистость была нѣжнѣе и помутнѣніе никогда не доходило до полнаго затушевыванія ядеръ.

Касается также измѣненій нервныхъ узловъ Профессоръ В. А. Афанасьевъ при отравленіи Бертолетовой солью у животныхъ въ своей диссертациі о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ тканяхъ животного организма при отравленіи хлорновато-кислымъ кали. Д. 1885 г. Всѣ описанные имъ случаи онъ дѣлитъ на три группы: очень остро протекающіе, острые и хроническіе. Въ первомъ ряду случаевъ (животныя жили 40—80 минутъ): протоплазма нервныхъ клѣтокъ была зерниста, мало прозрачна, ядра не вездѣ видны отчетливо; въ ядрахъ тоже зернистость, но крупнѣе. Контуры клѣтокъ кругловаты или яйцевидны. При дѣйствіи уксусной кислоты протоплазма становилась прозрачнѣе и ядра отчетливѣе. Во второмъ ряду случаевъ (опытныя животныя жили 8—15 дней): нервныя клѣтки тоже зернисты, мутны, но въ изобиліи содержала по краямъ вакуоли и отдѣлены отъ эндотелиальныхъ стѣнокъ (явленіе отека); въ ядрахъ крупная зернистость, капилляры въ узлахъ гиперемированы, мѣстами содержатъ гіалиновые шары. Въ случаяхъ хроническихъ (жили по нѣсколько недѣль) такія же измѣненія, но сильнѣе выражены и болѣе распространены. Въ сердечныхъ мышцахъ зернистость и исчерченность—не ясная.

Профессоръ К. Н. Виноградовъ изслѣдовалъ еще сердечные узлы при крупозной пневмоніи (сѣздъ русскихъ врачей въ Петербургѣ 1886 г. № 6, отчетъ). Въ клѣткахъ также было явленіе паренхиматознаго опуханія съ пролифераціей эндотелія капсулъ и скопленіемъ круглыхъ лимфоидныхъ элементовъ въ ихъ полостяхъ. Въ случаяхъ болѣе значительнаго пораженія узловъ измѣненныхъ клѣтокъ было больше и въ протоплазмѣ ихъ удавалось доказать присутствіе мельчайшихъ зеренъ жира, а въ интерстиціальной ткани узловъ небольшую инфильтрацію круглыми клѣтками. Въ одномъ случаѣ въ этихъ измѣненіяхъ присоединились многочисленныя свѣжія кровоизліянія, расположенныя въ жировой клѣтчаткѣ, окружающей нервныя узлы.

Находимъ мы указанія на измѣненія сердечныхъ узловъ при артеріосклерозѣ у Полетика и Гофмана.

Первый (параличъ сердца при склерозѣ вѣнечныхъ артерій, Врачъ 1886 г.) изслѣдовалъ два случая паралича сердца и нашелъ атрофію нервныхъ клѣтокъ, скопленіе пигмента и жировое перерожденіе съ потерей ядра, разрастаніе эндотелія сумокъ, отслоеніе отъ сумокъ клѣтокъ и образованіе свѣтлыхъ промежутковъ между клѣткою и капсулою. Кроме того онъ наблюдалъ въ одномъ случаѣ гіалиновое перерожденіе эндотелія въ видѣ свѣтлыхъ глыбокъ, занимающихъ до половины просвѣта сумки.

Гофманъ (въ патол. анатоміи сердца при склерозѣ артерій Д. 1886 г.), изслѣдуя попутно и сердечные узлы, встрѣтилъ въ

нихъ большое количество круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ; протоплазма нервныхъ клѣтокъ была зерниста, ядеръ не видно. Межузловая ткань увеличена, эндотелиальный слой капсулъ утолщенъ.

Ч а л о в с к і й (Berl—Berl, Патолого анатом. и клиническое изслѣдов. Д. 1886 г.) изслѣдовалъ болѣзнь Berl—Berl въ трехъ случаяхъ и при ней нашелъ измѣненія въ нервныхъ узлахъ сердца, выражавшіяся бѣлковымъ помутнѣніемъ, вакуолизациею нервныхъ клѣтокъ, зазубренностью ихъ края и инфильтрациею мелкими круглыми элементами окружающей ткани.

П у ш к а р е в ъ (патологическая анатомія возвратной горячки, Дисс. 1887 г.) по случаю эпидеміи возвратной горячки занимался изслѣдованіемъ сердечныхъ нервныхъ узловъ (17 сл.). Онъ констатировалъ бѣлковое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ, иногда и жировое. Попадались нервныя клѣтки, сморщенные съ глубокими выемками по периферіи; капсула ихъ была утолщена и промежутки заполнены пролиферирующимъ эндотелиемъ. Сосуды, окружающіе узелъ, гиперемированы. Встрѣчался и бурый пигментъ, скопившійся въ клѣткѣ на противоположной ядру сторонѣ.

Adolf. Ottg (Berlin. Kl. Wochenschrift, 1889, № 13, S. 291, Zeitschrift fur Helkunde IX s. 27, Centralblt fur Klin. Medic. 13/iv 1889 г. реф. Врачъ 1889 г. № 15 стр. 360.) посвящаетъ большую работу этому вопросу и занимается изученіемъ нервныхъ узловъ сердца, какъ въ гистологическомъ, такъ и въ патолого-анатомическомъ отношеніи на значительномъ и разнообразномъ матеріалѣ. Онъ изслѣдовалъ нервные узлы у человѣка въ 30 случаяхъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Въ однихъ случаяхъ преобладаетъ развитіе соединительной межузловой ткани, въ другихъ измѣненіе самихъ клѣтокъ. Первый—типъ соединительнотканной гиперплазіи, второй—паренхиматозной дегенерациі. При первой формѣ прогрессивныя измѣненія, при второй регрессивныя, и находятся въ связи съ общими измѣненіями въ организмѣ. При болѣзняхъ, ведущихъ къ застою и измѣненіямъ величины сердца, получается гиперпластическая форма, при заболѣваніяхъ съ качественнымъ измѣненіемъ крови наблюдается паренхиматозная форма. Всѣ найденныя имъ измѣненія онъ дѣлитъ на 5 группъ.

I. Ганглиозныя клѣтки мало измѣнены, протоплазма нѣсколько помутнѣла, ядро и ядрышко видны, въ высокихъ степеняхъ сплюснутыя клѣтки.

II. Клѣтки измѣнены въ своихъ контурахъ, плотно охвачены волокнисто-соединительною тканью, въ другихъ же случаяхъ какъ бы отбѣснены отъ Шванновой оболочки, свертывающеюся безструктурною, просвѣчивающею массою; ядеръ не видно.

III. Протоплазма нервныхъ клѣтокъ сильно помутнѣла, пронизана массою жировыхъ зернышекъ, ядерь не видно, остовъ узла инфильтрированъ круглыми клѣтками.

IV. Волокнистое утолщеніе соединительной ткани, обильно пронизанной жировыми зернышками. Проплазма нервныхъ клѣтокъ мутна, жирно перерождена, едва видна.

V. Процессъ въ самихъ гангліозныхъ клѣткахъ, протоплазма помутнѣла, жирно перерождена, разбухла или сморщена, ядра различимы, хотя не всѣ.

Изъ своихъ изслѣдованій Ortt приходитъ къ заключенію, что измѣненія въ сердечныхъ гангліяхъ нельзя діагносцировать по наблюденію дѣятельности сердца при жизни. Отъ изслѣдованій Ortt'a не узколызнули узлы сердца и въ случаяхъ смерти отъ хлороформнаго наркоза. Протоплазма ихъ при этомъ была крупно зерниста и жирно перерождена. Ядра увеличены, вздуты, между капсулою и клѣткою замѣчалась мелкозернистая масса. Форма клѣтокъ была многоугольна съ вдавленіями по периферіи.

З а н ч е в с к і й (о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при отравленіи кокаиномъ, Д. 1888 г.) находилъ при острыхъ отравленіяхъ (черезъ 25—40 минутъ) животныхъ кокаиномъ одни узлы, въ которыхъ нервныя клѣтки не представляли видимыхъ измѣненій, въ другихъ же онѣ были увеличены или уменьшены, протоплазма ихъ мутна, ядро не рѣзко ограничено и едва замѣтно, капилляры сердечныхъ узловъ пусты. При хроническихъ отравленіяхъ (37—40 дней)—то мутны, то грубо зернисты и жирно перерождены съ едва замѣтнымъ ядромъ, тогда какъ ядра эндотелія капсуль рѣзко очерчены. Капилляры тоже пусты. Въ другихъ случаяхъ клѣтки малы, многія треугольны, не выполняютъ капсуль, зернисты, на периферіи вокуализированы, ядра малы или не замѣтны.

Отравленіе кокаиномъ у человѣка привелось наблюдать Проф. К. Н. В и н о г р а д о в у, и онъ сообщаетъ (острое отравленіе кокаиномъ съ смертельнымъ исходомъ, Ежемед. Клин. Газ. 1889 г.), что клѣтки представлялись мутными и зернистыми, или блестящими и однородными, контуры ядерь были сглажены, бѣлковое помутнѣніе было и въ эндотеліѣ, но безъ гіалиноваго перерожденія, кромѣ того были и экстравазаты.

В ѣ т в и н с к і й изслѣдовалъ 10 случаевъ дифтерита и 10 сл. септицеміи (о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ сердечныхъ узлахъ человѣка при дифтеритѣ и септицеміи. Д. 1891 г.): При дифтеритѣ всѣ нервныя клѣтки узловъ представлялись набухшими, такъ что на периферіи ихъ замѣчалось вдавленіе, отъ набухшихъ въ свою очередь ядерь эндотелія. Протоплазма ихъ мутна, контуры ядерь или совсѣмъ не видны, или представляются вмѣсто свѣтлаго тонкаго диска, расплывающимися, темными, до-

вольно широкими полосками. Протоплазма пропитана свѣтлоблестящими, сильно преломляющими свѣтъ зернышками, которыя располагаются или по периферіи клѣтокъ, или пронизываютъ всю ея. Протоплазма тогда сплошь перерождена и остаются только отъ нея комки изъ жировыхъ зеренъ, слабо красящихся и занимающихъ $\frac{1}{4}$ объема капсуль. Попадаются и нормальныя клѣтки, но контуры ихъ звѣздчаты, какъ бы изъѣдены по краямъ. Въ полостяхъ капсуль замѣчаются круглыя, крупнозернистыя, по величинѣ съ бѣлое кровяное тѣлце, грануляціонныя клѣтки. Эти же элементы то скученныя, то разбросанныя, въ обиліи встрѣчаются и въ междуточной ткани узловъ, жировой клѣтчаткѣ, и особенно около мелкихъ сосудовъ и эндотелиальныхъ капсуль, а также на мѣстѣ бывшей нервной клѣтки, отъ которой остается только незначительное количество детрита съ жировыми зернами. Къ этому еще присоединяется набуханіе и пролиферація ядеръ эндотелия, разширеніе и переполненіе кровью сосудовъ до экстравазатовъ въ жировой клѣтчаткѣ, захватывающихъ два—три узла. Такихъ измѣненныхъ нервныхъ клѣтокъ встрѣчается въ 83%—97% по отношенію къ нормальнымъ.

При септицеміи получается почти такая же картина съ бѣловымъ и жировымъ перерожденіемъ нервныхъ клѣтокъ и инфильтраціею круглыми элементами, но отличіе состоитъ въ томъ, что сосуды пусты, кровоизліяній нѣтъ и встрѣчаются перицеллюлярныя пространства; и жирноперерожденныхъ клѣтокъ въ $2\frac{1}{2}$ раза меньше: въ 35% по отношенію къ нормальнымъ.

Въ мышцахъ при дифтеритѣ было жировое перерожденіе, а при септицеміи паренхиматозное набуханіе. Главную причину авторъ считаетъ ядъ микробовъ, вызывающій измѣненіе сердечныхъ узловъ, обусловливающее въ свою очередь слабость сердечной дѣятельности и приводящее къ параличу его отъ кровоизліянія въ узлы.

Кузнецовъ (объ измѣненіи сердечныхъ нервныхъ узловъ при острыхъ и подострыхъ эндокардитахъ. Дисс. 1892 г.) изслѣдовалъ 7 случаевъ острыхъ эндокардитовъ, веррукозныя и ulcerозныя формы артеріальныхъ, митральныхъ и трехстворчатого ялапановъ (*Endocardit. verrucos. et ulceros. v. v. aortae, v. mitral. и v. tricuspid.*) и находилъ во всѣхъ грануляціонный процессъ, какъ въ нижнемъ, такъ и въ верхнемъ треугольникѣ. Нервныя клѣтки были малы, сморщены неправильной формы, съ вдавленіемъ по периферіи и съ пигментомъ. Протоплазма грубо зерниста, съ блестящими круглыми зернышками. Въ нѣкоторыхъ капсулахъ вмѣсто клѣтки были полупрозрачныя комочки неопредѣленной формы и безъ ядеръ; встрѣчались клѣтки, въ ядрахъ которыхъ были два—три небольшихъ та-

кихъ же комочковъ. Сосуды гиперемированы, амилоидно перерождены; геморрагіи и экстравазаты около сосудовъ, окружающихъ узелъ, инфильтрація грануляціонными элементами внутри узла и внутри капсуль. Стѣнки капсуль состояли изъ концентрическихъ колець.

Въ остальныхъ изъ 23 случаевъ былъ рецидивирующій хроническій эндокардитъ веррукозной формы клапановъ аорты и двухстворчататаго. При немъ онъ наблюдалъ 2 процесса. Одинъ уже окончившійся и выразившійся утолщеніемъ соединительнотканнаго остова и капсуль до 3—4 разъ, накопленіемъ въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ нервныхъ клѣтокъ зеренъ буро-чернаго пигмента, и въ рѣдкихъ случаяхъ, полнымъ зарощеніемъ капсуль рубцовой тканью съ уничтоженіемъ нервной клѣтки. Другой—начинающійся острый воспалительный, какъ при острыхъ эндокардитахъ.

Въ смѣшанныхъ формахъ веррукознаго и ульцерознаго эндокардита грануляціоннаго воспаления не было, а измѣненія ограничивались протоплазмой нервныхъ клѣтокъ. Она была грубозерниста и пронизана блестящими зернышками; формы клѣтокъ неправильныя, ядра тусклы, не рѣзки.

При острыхъ процессахъ ему удалось прослѣдить, какъ воспалительный грануляціонный процессъ, начавшійся на клапанѣ, шелъ въ подъэндокардіальной клѣтчаткѣ и въ ткани самого эндокардія къ поперечной перегородкѣ сердца и по ней доходилъ до нижняго треугольника. Рѣзче и сильнѣе были выражены измѣненія въ верхнемъ треугольникѣ, какъ въ ближайшемъ къ исходному пункту.

Такимъ образомъ Кузнецовъ имѣлъ два типа измѣненій въ нервныхъ узлахъ. Первый—соединительнотканная гиперплазія съ прогрессивнымъ метаморфозомъ и второй—паренхиматозное перерожденіе съ явлениями регрессивнаго характера, и какъ послѣдствіе того и другого,—образованіе рубцовъ соединительной ткани съ уничтоженіемъ клѣтокъ.

Имъ были предприняты и контрольные изслѣдованія для выясненія этиологіи процесса на нормальныхъ сердцахъ при крупозной пневмоніи и хроническихъ порокахъ сердца. Въ этихъ случаяхъ не получалось и слѣда грануляціоннаго воспаления, и все дѣло ограничивалось паренхиматозными перерожденіями, иногда съ бурнымъ пигментомъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ выводовъ, Кузнецовъ еще дѣлаетъ слѣдующіе изъ своей работы: 1) вакуолизація нервныхъ клѣтокъ при острыхъ эндокардитахъ не наблюдается; 2) пигментныя скопленія въ клѣткахъ узловъ не всегда представляютъ нормальное явленіе (Ивановскій) и не всегда зависятъ отъ возраста субъекта; 3) Накопленіе пигмента въ протоплазмѣ составляетъ обычное

явленіе при гипертрофіи сердца. 4) Между измѣненіями мышечнаго вещества сердца и измѣненіями нервныхъ узловъ въ большинствѣ случаевъ не замѣчается никакой связи и 5) зависимости прижизненныхъ измѣненій сердечной дѣтельности отъ измѣненій нервныхъ узловъ сердца не усматривается.

Д-ръ С т о м а ¹⁾ на основаніи 20 изслѣдованныхъ имъ случаевъ холеры, свирѣцствующей въ годъ изслѣдованія, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: у умершихъ на первый, второй день, въ острыхъ случаяхъ, наблюдалось помутнѣніе и набуханіе протоплазмы нервныхъ клѣтокъ, плохое окрашиваніе ядеръ и образованіе перичеллюлярныхъ пространствъ—явленіе отека капсулъ.

Если больной умираетъ на 3—4 день болѣзни, то паренхиматозныя измѣненія въ клѣткахъ были еще рѣзче и присоединялась пролиферація эндотелия и скопленіе бѣлыхъ шариковъ въ капсулахъ.

При болѣе продолжительномъ теченіи болѣзни (болѣе 4-хъ дней) протоплазма подвергалась жировому перерожденію, встрѣчались вакуолы въ ней одиночныя или множественныя. Инфильтрація бѣлыми шариками усиливалась въ соединительной ткани и въ полостяхъ сумокъ. Эндотелій капсулъ до такой степени размножался, что сдавливалъ нервныя клѣтки. Во всѣхъ случаяхъ процессъ былъ на разныхъ стадіяхъ развитія.

Д-ръ К а ц о в с к і й ²⁾ изслѣдовалъ узлы при отравленіи минеральными кислотами и наблюдалъ слѣдующее: въ протоплазмѣ нервныхъ клѣтокъ очень крупная зернистость, и зерна неодинаковой величины. Они были разсѣяны, или скучены на одной сторонѣ, или расположены въ видѣ кольца по периферіи, иногда интенсивно были окрашены, иногда представлялись блѣдными. При сильныхъ пораженіяхъ клѣтка увеличивалась, контуры ея расплывались, иногда наблюдалась рѣзкая очерченность съ одной стороны и рѣзкая расплывчатость съ другой. Ядра тоже принимали расплывчатый видъ, хроматиновая сѣть теряла свою форму. Все ядро обращалось въ болѣшій пузырь, чѣмъ нормально. Внутри ядра, вокругъ ядрышекъ появлялось кольцо прозрачное, безцвѣтное, неокрашивающееся. Этотъ поясъ все расширяется и хроматинъ уничтожается, ядрышки долго сохраняются, но потомъ все ядро съ ядрышками обращается въ пузырь. Этотъ процессъ авторъ называетъ вакуолизациею ядеръ; при неполной вакуолизациі ядро получаетъ видъ полумѣсяца. Онъ находитъ и пустыя пространства около клѣ-

¹⁾ Д-ръ С т о м а. О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ сердечныхъ нервныхъ узлахъ и pl. Solaris. при холерѣ. Дисс. 1893 года.

²⁾ Д-ръ К а ц о в с к і й. Къ вопросу объ измѣненіи нервныхъ узловъ сердца при остромъ отравленіи минеральными кислотами (Аз., Сол., Сѣрн). Дис. 1894 г.

токъ, черезъ которыя пробѣгаютъ отростки. Капсула истончена до нитевиднаго ободка. Капилляры гиперемированы, попадаютъ и кровоизліянія. Жирового перерожденія не находилъ. Резюме работы его слѣдующее: паренхиматозное набуханіе въ клѣткахъ, некрозъ клѣтокъ, вакуолизація ядеръ и въ слабой степени протоплазмы, отекъ капсуль.

Королевъ ¹⁾ занимался изслѣдованіемъ нервныхъ клѣтокъ при механическомъ затрудненіи дыханія. Онъ дѣлалъ трахотомію, вводилъ трубку въ дыхательное горло и посредствомъ приспособленнаго механизма уменьшалъ притокъ съ желасмой силой и продолжительностью. И вотъ одно асфиктическое состояніе оказывало вліяніе и вліяло на сердечные нервные узлы. Сосуды гиперемированы. Клѣтка съ вѣтками и не выполняла капсулы. Протоплазма мелкозерниста, мутна, ядра плохо видны. Хроматинъ ядра сѣтеобразной формы и безъ всякаго ободка. Это было въ случаяхъ, когда затрудненіе дыханія продолжалось отъ нѣсколькихъ часовъ до $\frac{1}{2}$ сутокъ. Въ случаяхъ болѣе продолжительныхъ, черезъ сутки, были геморрагіи, круглоклѣточная инфильтрація, крупная зернистость въ протоплазмѣ. Если продолжалось болѣе сутокъ, то накопленіе круглыхъ элементовъ все увеличивалось лимфодные элементы появлялись уже въ полостяхъ капсуль. Эндотелій пролиферировалъ и выполнялъ капсулу. Протоплазма дѣлалась гомогенна и плохо окрашивалась. Ядро теряло ядрышки, плохо красилось и совсѣмъ исчезало. Въ другихъ случаяхъ протоплазма мутнѣетъ, но окрашивается интенсивно, ядра плохо, клѣтки значительно сморщиваются и появляется вакуолизація протоплазмы и ядра. Тогда она дѣлается похожею на кусочекъ губки. Иногда эта разряженность протоплазмы бываетъ не крупная, а мелкая, сѣтевидная и остаются только комочки детрита. При болѣе сильномъ инсультѣ измѣненія не сглаживаются, а переходятъ въ жировое перерожденіе. Выводы его работы такия: мутная набухлость сердечныхъ мышцъ, кровонаполненіе капилляровъ и кровоизліянія, инфильтрація лимфодными элементами, увеличеніе перичеллюлярныхъ пространствъ, мутная набухлость нервныхъ клѣтокъ, вакуолярное перерожденіе ихъ и жировое.

Въ 1896 году попадается указаніе на измѣненіе сердечныхъ узловъ при смерти отъ хлороформнаго наркоза, сообщенное въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ С.-Петербургѣ 10 авгу-

¹⁾ Королевъ. Объ измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца, блуждающаго нерва и продолговатаго мозга при механическомъ затрудненіи дыханія. Дисс. 1894 г.

ста д-ромъ Калуджеровичемъ¹⁾). Авторъ нашелъ жировое перерожденіе первыхъ клѣтокъ сердечныхъ узловъ у ребенка. Были жировыя капли въ протоплазмѣ клѣтокъ (при окраскѣ осміевою кислотой); не ясныя края; сморщенные ядра. Субъектъ этотъ подвергался уже ранѣе 2 раза хлороформизаціи и безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій.

Бресловскій²⁾ при вторичномъ и третичномъ періодахъ сифилиса наблюдалъ хроническое интерстиціальное воспаленіе межъузловой ткани. Въ свѣжихъ случаяхъ преобладала инфильтрація круглыми клѣтками остова узла, а въ болѣе позднихъ появлялись веретенообразныя клѣтки, развивалась волокнистая ткань. Капсула клѣтокъ утолщалась, въ сосудахъ наступало стекловидное и амилонное перерожденіе; а сами клѣтки постепенно атрофировались и погибали съ полнымъ запустѣніемъ капсулъ отъ нарушеннаго питанія и дѣйствія яда на нихъ.

Каносевичъ³⁾ при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ нашелъ хроническое продуктивное воспаленіе въ остовѣ узла съ утолщеніемъ перекладинъ между клѣтками, пролифераціею и паренхиматозными измѣненіями эндотелія. Сосуды гиперемированы и расширены до кровоизліянія. Нервная клѣтка въ стадіи атрофіи съ бурнымъ пигментомъ, или паренхиматозно измѣнена: бѣлковое, жировое перерожденіе въ ней, а иногда попадались и пустоты. Клѣтка тогда сморщивается и сумка заполняется свѣтлымъ содержимымъ. Въ ядрахъ наблюдался пикнозъ, при чемъ ядро становилось однороднымъ и интенсивно окрашивалось. Въ мышцахъ была бурая атрофія, бѣлковое и жировое перерожденіе.

Бондаревъ⁴⁾ изслѣдовалъ нервные узлы сердца подѣ влияніемъ алкоголя. Въ острыхъ случаяхъ (отъ 1 дня до 1 мѣсяца) онъ имѣлъ: расширеніе кровеносныхъ сосудовъ, обширныя кровоизліянія, набухлость и отслойку эндотелія, мелкозернистый распадъ въ немъ, скопленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и молодыхъ соединительно тканыхъ элементовъ въ стѣнкахъ сосудовъ и въ окружности ихъ на значительномъ разстояніи. Инфильтрація и кровоиз-

¹⁾ Калуджатовичъ. Объ измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца при параличѣ его отъ хлороформа. Дѣтская Медицина № 3, 1896 г. стр. 237.

²⁾ Бресловскій. Патолого-анатомическія измѣненія автоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при сифилисѣ. Сиб. Дисс. 1897 г.

³⁾ Каносевичъ. Патолого-анатомическія измѣненія автоматическихъ узловъ сердца при прогрессивномъ параличѣ. Диссертация. Сиб. 1897 г.

⁴⁾ Бондаревъ. Измѣненіе автоматическихъ нервныхъ узловъ и мышцъ сердца подѣ влияніемъ алкоголя. Къ вопросу объ алкогольномъ параличѣ. Юрьевъ, Дисс. 1897 года.

ліяніе замѣчаются такъ же и въ узлахъ. Въ мышцахъ слабая степень жирового перерожденія съ набухлостью. Въ случаяхъ съ продолжительностью отъ 1 до 5 мѣсяцевъ наблюдалось развитіе соединительной ткани и жировое перерожденіе отдѣльныхъ участковъ сердечныхъ мышцъ и развитіе соединительной ткани въ нервныхъ узлахъ.

Успенскій ¹⁾ между прочимъ изслѣдовалъ и первые узлы сердца, при чемъ нашель въ нервныхъ клѣткахъ сѣтчатость протоплазмы въ видѣ мелкихъ вакуолей, какъ бы разрыхляющихъ ее. По периферіи клѣтокъ иногда наблюдались вакуоли большихъ размѣровъ. Ядра слабо очерчены или совершенно не замѣтны. Въ вѣкоторыхъ ядрахъ попадаются вакуоли съ крупною зернистостью. Встрѣчаются клѣтки, превратившіяся въ гомогенную, блестящую, диффузно-красящуюся массу, какъ-бы гіалиновую.

Натансонъ ²⁾ находилъ въ протоплазмѣ нервныхъ клѣтокъ: набуханіе, жировое перерожденіе, разрѣженіе протоплазмы, вакуолизацию, какъ периферическую, такъ и центральную, въ ядрахъ крупную зернистость, атрофію и некрозъ ихъ. Иногда попадались клѣтки, превратившіяся въ комки детрита, плавающие въ сумкѣ. Въ окружающихъ частяхъ были явленія раздраженія, въ видѣ мутнаго набуханія и пролифераціи эндотелія, отечность капсулъ и инфилтрація круглыми элементами межъузловой ткани.

Бутыркинъ ³⁾ изслѣдовалъ сердечные узлы при *periphus foliaceus*. Шлоссъ ⁴⁾ при эфирномъ наркозѣ наблюдалъ измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, и смотря по продолжительности дѣйствія наркоза, имѣлъ разнообразныя картины начиная съ мутнаго набуханія и кончая некрозомъ ихъ. Въ клѣткахъ встрѣчалъ онъ вакуолизацию какъ центральную, такъ и периферическую, полное уничтоженіе протоплазмы и замѣну ея водяноюю жидкостью. Въ ядрахъ тѣже измѣненія, что и въ протоплазмѣ до полного уничтоженія его состояніе, которое онъ назвалъ пикнозомъ ядра. Последний характеризуется сморщиваніемъ ядра, гомогенностью его, диффузною окраскою, исчезаніемъ ядрышекъ, или ихъ множественностью (3—4). Наблюдалъ онъ отекъ въ узлахъ на замороженныхъ срѣзахъ, такъ же, какъ и одно набуханіе безъ всякаго отека. Перипеллюлярныхъ пространствъ нормально не встрѣчалъ.

¹⁾ Успенскій. Патолого-анатомическія измѣненія въ нѣкоторыхъ периферическихъ нервныхъ узлахъ при голоданіи. Спб. Дисс. 1896 г.

²⁾ Натансонъ. Патолого-анатомическія измѣненія автоматическихъ узловъ сердца при возвратной горячкѣ 1896 г. Спб. Диссертація.

³⁾ Бутыркинъ. Диссерт. Спб. 1897 г.

⁴⁾ Шлоссъ Эфирный наркозъ, его вліяніе на автоматическіе нервные узлы сердца. Спб, 1897 г.

При хлороформномъ наркозѣ тѣже измѣненія, какъ и при эфирномъ, но болѣе выражены качественно и количественно, встрѣчались и кровоизліанія. Въ случаяхъ съ пороками сердца измѣненія были тѣ же, но въ большей степени, и присоединялись еще интерстиціальныя процессы въ остовѣ узла и жировое перерожденіе мышць.

Измѣдовались узлы при Ichoraemia въ случаѣ Endometritis ichorosa, кончившимся летально вслѣдствіе аутоинтоксикаціи. Въ сердечныхъ гангліяхъ тогда Э р л и хъ нашель отекъ и гиперемію, въ нервныхъ клѣткахъ жировое перерожденіе, а въ нѣкоторыхъ и гіалиновое. Ядра не окрашивались. Клѣтки уменьшены въ объемѣ и превращены въ отсвѣчивающія чешуйки. Эндотелій набухшъ, между первою клѣткою и капсулою тянутся нити. Въ жировой ткани вокругъ ганглій гнѣзда кровоизліаній.

Бочаровъ ¹⁾ изучалъ экспериментально на животныхъ измѣненія въ сердечныхъ узлахъ при отравленіи хлороформомъ и нашель при однократномъ смертельномъ отравленіи бѣлакое и жировое перерожденіе съ затушеваніемъ, или полнымъ исчезаніемъ ядра. При повторныхъ же еще наблюдалъ вакуолизацию нервныхъ клѣтокъ и круглоклѣточковую инфильтрацію стромы узловъ. Измѣненіе сердечныхъ мышць считаетъ слабѣе выраженными и послѣдовательными, а причину смерти при отравленіи видитъ въ измѣненіи сердечныхъ узловъ.

Въ 1897 году проф. Н. Ф. Виноградовъ ¹⁾ изслѣдовалъ въ 22 случаяхъ первые узлы сердца при врожденномъ сифилисѣ у дѣтей грудного возраста. Возрастъ колебался отъ 9 дней до 3 мѣсяцевъ и 4 дней. Изслѣдователь пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) „Врожденный сифилисъ на ряду съ измѣненіями въ различныхъ органахъ не оставляетъ и нервные автоматическіе узлы сердца. 2) Измѣненія эти обнаруживаются постоянно и рѣзче въ интерстиціальной ихъ стромѣ, въ однихъ случаяхъ въ стадіи грануляціонной, мелкоклѣточной инфильтраціи ея, въ другихъ—въ видѣ разрашеній волокнистой соединительной ткани. 3) Интерстиціальныя измѣненія въ гангліяхъ идутъ параллельно съ измѣненіями кровеносныхъ сосудовъ ихъ. Въ клѣточныхъ капсулахъ происходитъ пролиферація и дегенерація эпителия. 4) Интензивность и стадій интерстиціальныхъ измѣненій находились въ прямой зависи-

¹⁾ Бочаровъ. Къ вопросу о причинахъ смерти отъ хлороформа. Кіевъ. Дисс. 1893 г.

²⁾ Проф. Н. Ф. Виноградовъ. О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца при врожденномъ сифилисѣ у дѣтей грудного возраста. Мед. Обзоръ. 1899 г. Сентябрь.

мости, какъ отъ возраста ребенка, такъ и отъ давности сифилиса. 5) Сами гангліозныя кѣтки претерпѣваютъ измѣненія лишь послѣдовательно и выражаются въ дегенеративныхъ формахъ атрофій, вакуолизаціи, а иногда и некрозѣ. Свойственное врожденному сифилису измѣненіе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ гангліи въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ повело къ разрывамъ ихъ, съ кровоизліяніемъ въ окружность узловъ, обусловившемъ легальный исходъ грудныхъ дѣтей сифилитиковъ безъ другихъ, для жизни важныхъ, измѣненій. 7) Измѣненія же въ самомъ міокардѣ выражались въ грануляціонной гнѣздой, или разлитой инфильтраціи межмышечной соединительной ткани, а иногда и въ усиленномъ разращеніи ея (*myocardis interstitialis*) съ дегенеративными имѣненіями въ самой сердечной мышцѣ“.

Изъ этихъ изслѣдованій разносторонняго матеріала мы заключаемъ, что измѣненія въ нервныхъ узлахъ сердца распадаются на 2 главныхъ типа: паренхиматозная и интерстиціальная, или соединительно-тканная гиперплазія (Ortt, Вѣтвинскій, Коплевскій) формы эти могутъ между собою комбинироваться и получаться смѣшанныя формы.

Паренхиматозныя измѣненія — регрессивнаго характера, въ видѣ бѣлковаго, жирового, гіалинового перерожденія, или атрофій съ накопленіемъ пигмента, вакуолизаціи и отека капсуль. Измѣненія эти начинаются съ протоплазмы нервной кѣтки, переходятъ на эндотелій капсуль и вовлекаютъ въ страданіе и межъузловую соединительную ткань, или измѣненіе одновременно протекаютъ и въ кѣткахъ и въ стромѣ ихъ.

Эти измѣненія наблюдались авторами при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, различныхъ интоксикаціяхъ, а также и при отравленіи химическими ядами. Въ послѣднихъ случаяхъ можно было подмѣтить ходъ, постепенность развитія этихъ измѣненій, имѣя различныя ихъ стадіи.

Интерстиціальныя измѣненія, соединительно-тканная гиперплазія по Ortt, сосудисто-грануляціонное воспаленіе по Вѣтвинскому, выражались выселеніемъ лейкоцитовъ и инфильтраціей грануляціонными элементами. Они наблюдались въ случаяхъ мѣстныхъ пораженій и распространялись *per continuitatem* (Коплевскій, Вѣтвинскій, Пугтятикъ и другіе).

Что касается вакуолизаціи и измѣненій величины перипеллюлярныхъ пространствъ, то одними изслѣдователями имъ придается патологическій характеръ, другіе же ихъ считаютъ за искусственный продуктъ, какъ слѣдствіе обработки или трупнаго измѣненія.

III.

Собственныя изслѣдованія.

Матеріаломъ служили трупы, поступающіе изъ мѣстныхъ клиникъ и больницъ. Вскрытіе производилось большею частью не ранѣе, какъ черезъ 24—36 часовъ послѣ смерти. Для изслѣдованія бралась перегородка между предсердіями, вырѣзался изъ нея треугольный лоскутъ, основаніемъ котораго былъ перикардій, покрывающій ее сверху, а верхушку составляло мышечное кольцо—*Limbus*, окружающій *fossa ovalis*, боковые же стороны ограничивались линиями, идущими отъ мѣста перехода верхней стѣнки перикардія въ переднюю и заднюю. Иногда мы просто отстригали верхнюю половину перегородки между предсердіями, или брали всю перегородку и вырѣзали изъ нея часть на границѣ съ верхней стѣнкою. Тѣмъ или другимъ способомъ полученные вырѣзки, разрѣзавъ предвѣстительно на болѣе мелкіе кусочки, помѣщали въ спиртъ, въ Мюллеровскую жидкость, въ растворъ Флемминга, Формол. Мюллера. Спиртъ употреблялся 75° и 95°. Послѣ фиксированья и уплотненія кусочки заключались въ целлюлозныя или въ анисовое масло, и въ послѣднемъ случаѣ рѣзались замороженными. Срѣзы окрашивались большею частью кашенилью, употреблялись и другіе краски какъ то: гематоксилинъ, гематоксилинъ съ эозиномъ, пикрокарминъ, Гематеинъ, Гемалаунъ, метиленовая синька. Красились и по Эрлиху, указанному въ работѣ Кузнецова. Но всѣ эти краски не имѣютъ особенныхъ преимуществъ, и мы остановились на кашенили, какъ на господствующей краскѣ въ кабинетѣ, такъ и потому, что она при своей простотѣ и несложности даетъ очень отчетливую и ясную картину, вполне достаточную для ориентировки процессовъ въ узлахъ. Кашениль довольно хорошо окрашиваетъ всѣ ткани, а въ клѣткахъ краситъ какъ протоплазму, такъ и ядра, нервнымъ же клѣткамъ придаетъ особый оттѣнокъ. Окрашенные препараты разсматривались въ глицеринѣ, или обезвоживались и заключались въ канадскій бальзамъ. Степень увеличенія были различна. Ок. 2, S. 4 и 7 и 8. Ос. 3 S. 4, 7 и 8, пользовались масляною системою, линза $\frac{1}{12}$ M. Zeiss'a. Измѣреніе клѣтокъ дѣлалось микрометромъ Leitz'a, дѣленіе окуляра котораго отвѣчало 0,0027 μ .

С л у ч а й 1. Общая миллиарная бугорчатка съ кавернами обѣихъ верхушекъ легкихъ, туберкулезныя язвы гортани и тонкихъ кишекъ, туберкулы въ печени, пигментная инфильтрація селезенки съ плотнымъ опуханіемъ, водянка сердечной сорочки, бурая атрофія мышцъ сердца. Дилатація сердца.

Сердце вѣсило 300 gm., длина его отъ корня *Art. pulmonalis* до верхушки 11 cm., ширина 13 cm., достаточно обложено жиромъ, вѣнечные сосуды склерозированы, полудунные клапаны аорты нѣсколько грубоваты, венозные клапаны двухстворчатого утолщены по краю. Стѣнка сердца толщиной въ лѣвомъ желудочкѣ 0,8 cm., въ правомъ 0,2 cm., полости желудочковъ растянуты и наполнены темными сгустками крови и блѣднорозовыми свертками фибрина.

Изслѣдуя узлы, мы нашли слѣдующее: узлы расположены въ жировой клѣтчаткѣ, состоя изъ группъ нервныхъ клѣтокъ, въ видѣ оваловъ, ограниченныхъ соединительно—тканнымъ волокнистымъ ободкомъ, наружною капсулою. Межъузловая ткань тоже соединительно-тканного типа, утолщена, инфильтрирована круглыми элементами. Кровеносные сосуды вокругъ узловъ расширены. Въ этотъ соединительно-тканный остовъ ввязаны нервныя клѣтки со своими капсулами. Капсула въ видѣ кольца окружаетъ каждую клѣтку. Эндотелій, выстилающій ее имѣетъ крупное ядро и находится въ стадіи пролифераціи. Нервныя клѣтки въ діаметрѣ (мѣрился большій) 0,027 μ —0,035 μ . уменьшены, неправильной формы съ зазубренными краями. Протоплазма ихъ мутна, содержитъ зерна бурога цвѣта (пигментъ), ядро замѣтно, круглой, пузырькообразной формы съ ядрышками. Клѣтки не выполняютъ своихъ капсулъ, между ею и капсулою свѣтлые промежутки—перипеллюлярныя пространства и въ нихъ попадаютъ круглые элементы—лейкоциты, замѣтныя и на самой клѣткѣ. Запустѣвшихъ капсулъ не видно. Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ атрофію нервныхъ клѣтокъ съ отложеніемъ бурога пигмента и разращеніе соединительной ткани.

С л у ч а й 2. Трупъ мужскаго пола, 32 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ: туберкулезъ легкихъ съ кавернами нижней доли праваго легкаго. Обоюдосторонній, слипчивый, ограниченный плевритъ. Пигментная инфильтрація и плотное опуханіе селезенки. Бурая атрофія и пассивная гиперемія съ жировой инфильтраціею печени, пассивная гиперемія почекъ. Сердце вѣситъ 270 gm., длиною 10 cm., шириною 11 cm. обложено жиромъ. Лѣвый желудочекъ плотенъ, сокращенъ, правый вялъ, расслабленъ. Стѣнки сердца въ лѣвомъ желудочкѣ 0,9, въ правомъ 0,3 cm. Мышцы съ буроватымъ оттѣнкомъ. Полость праваго желудочка увеличена и содержитъ темную жидкую кровь и сгустки крови, лѣвый желудочекъ пустъ. Бурая атрофія и дилатація сердца.

Узлы представляются конгломератами клѣтокъ въ количествѣ около 50, разбросанными группами въ жировой клѣтчаткѣ, въ видѣ оваловъ, луковичъ. Наружная ихъ капсула утолщена, съ рѣзкими границами. Сосуды растянуты, наполнены кровью. Межъузловая соединительная ткань довольно грубаго характера съ овальными и

веретенообразными клѣтками и слабо инфильтрирована круглыми элементами. Стѣнка внутреннихъ капсулъ не ясна съ размножающимся эндотелиемъ. Нервные клѣтки величиною 0,0027—0,0035 μ ., неправильно-кругловатой формы, съ неровными краями, какъ бы съежились. Протоплазма ихъ мутна, отлиываетъ буроватымъ цвѣтомъ, ядро и ядрышки видны. Попадаются клѣтки съ особенно прозрачной протоплазмой, какъ бы расплывающейся, не красящейся по периферіи и безъ ядеръ. Въ полостяхъ капсулъ и въ самой капсулѣ много лейкоцитовъ. Здѣсь тоже хроническая соединительно-тканная гиперплазія съ атрофіей клѣтокъ и некрозомъ ихъ.

С л у ч а й. 3. Субъектъ 35 лѣтъ. Патолого анатомическій діагнозъ: Общій туберкулезъ. Каверны въ верхушкахъ и нижней долѣ праваго легкаго, туберкулы въ печени, почкахъ. Туберкулезныя язвы въ кишкахъ. Пигментная инфильтрація и плотное опуханіе селезенки. Бурая атрофія мышцъ.

Сердце вѣситъ 240 grm., длиною 10 cm., шириною 11 cm., слабо обложено жиромъ. Толщина стѣнки въ лѣвомъ желудочкѣ 0,8 cm., въ правомъ 0,1 cm., мышцы буроватаго цвѣта. Полость праваго желудочка увеличена, содержитъ жидкую темную кровь и сгустки крови.

Жировая клѣтчатка атрофирована и узлы сближены, сидятъ тѣсно между собою, расположены какъ бы въ одной полосѣ, лежатъ тотчасъ подъ перикардіемъ, близъ его эндотелия, попадаютъ группы и между волокнами мышцъ. Наружная капсула ихъ утолщена. Межъузловая ткань усиленно развита и инфильтрирована грануляціонными клѣтками. Въ такомъ плотно волокнистомъ остовѣ заложены нервныя клѣтки. Онѣ сморщены, какъ бы стиснуты, сдавлены волокнами межъузловой ткани, мѣстами едва различимы, рѣзко уменьшены, величина ихъ отъ 0,027 до 0,015 μ ., неправильной формы, стиснуты, по краю какъ бы выѣдены. Протоплазма интенсивно окрашивается, однородна въ узлахъ среди мышечныхъ волоконъ нервныя клѣтки мутны, зернисты, ядра съ ядрышками не во всѣхъ клѣткахъ видны. Попадается въ клѣткахъ и отложеніе извести, грубо и зернисто красящейся. Внутренняя капсула и полость ея набита лейкоцитами.

С л у ч а й 4. Трупъ мужчины 35 лѣтъ. Туберкулезъ легкихъ. Туберкулезныя язвы въ тонкихъ кишкахъ. Амилоидъ селезенки и печени съ пигментною инфильтраціею, амилоидъ почекъ и кишечъ. Общій артеріосклерозъ.

Сердце вѣсомъ 240 grm., длиною 11 cm., шириною 11 cm., достаточно обложено жиромъ. Толщина лѣваго желудочка 0,8, праваго 0,1 cm. Мышцы буроватаго цвѣта. Полости его содержатъ жидкую темную кровь и свертки фибрина.

Узлы расположены подъ перикардіемъ группами въ 5—10 клѣтокъ. Сосуды гиперемированы. Нервные клѣтки вкраплены въ волокнистую межъузловую ткань, богатую грануляціонными элементами. Величина клѣтокъ $0,027 \mu$,— $0,015 \mu$ и $0,032 \mu$. Форма нервныхъ клѣтокъ неправильная, по краю вогнута, иногда какъ бы звѣздчата, или комковидная. Протоплазма ихъ гомогена, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ видны бурья зерна. Ядра или замѣтны, или затушеваны. Капсула тонка, стекловидна, не плотно прилегаетъ, эндотелій пролиферированъ, въ полости капсулы скопляются грануляціонные элементы.

С л у ч а й 5. Субъектъ 42 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ: Туберкулезъ легкихъ съ кавернами обѣихъ верхушекъ. Слипчивый хроническій плевритъ. Хроническій эндокардитъ полулунныхъ клапановъ аорты. Бурая атрофія мышцъ сердца. Бурая атрофія печени. Туберкулезная язва въ тонкихъ и слѣпой кишкахъ. Плотное опуханіе селезенки.

Сердце вѣситъ 220 grm., длиною 8,5 cm., шириною 9 cm., по бороздамъ обложено жиромъ. Полулунный клапанъ аорты утолщенъ, грубоватъ. Толщина стѣнокъ въ лѣвомъ желудочкѣ $0,9 \text{ cm.}$, въ правомъ $0,1 \text{ cm.}$ Мышцы рѣзко бураго цвѣта.

Узлы заложены въ атрофированной клѣтчаткѣ и представляютъ кучи ядерныхъ образований. Межъузловая ткань почти сплошь усыпана грануляціонными элементами, инфильтрація распространяется и на нервныя клѣтки, изъ-за которой онѣ едва замѣтны. Нервные клѣтки величиною $0,017 \mu$ и меньше. Протоплазма желтовата, прозрачна. Ядра плохо видны.

С л у ч а й 6. Патолого-анатомическій діагнозъ: Бугорчатка легкихъ съ образованіемъ кавернь. Въ узлахъ атрофія нервныхъ клѣтокъ съ накопленіемъ пигмента и гиперплазіею соединительной ткани, инфильтрированной круглыми элементами въ различной степени.

С л у ч а й 7. Субъектъ мужскаго пола 70 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Эмфизема и пассивная гиперемія легкихъ. Хроническій фиброзный эндокардитъ двухстворчатой заслонки и полулуннаго клапана аорты; бурая атрофія мышцъ сердца. Хроническій миокардитъ. Разширеніе сердца. Канкроидъ нижней части пищевола при входѣ въ желудокъ, метастазъ въ печени. Хроническій катарръ кишки. Зернистая атрофія почекъ. Пигментная инфильтрація съ плотнымъ опуханіемъ селезенки и гіалиновое перерожденіе сосудовъ.

Сердце вѣсомъ 250 grm., длиною 8, шириною 12 cm.; по бороздамъ обложено отечнымъ жиромъ, очень дрябло. Клапаны аорты по линіи замыканія утолщены, хрящеваты. Клапаны. mitralis на мѣстѣ прикрѣленія сухожильныхъ нитей утолщены, въ видѣ

бородавочъ съ конопляное зерно. Стѣнки толщиною въ лѣвомъ 0,8 см., въ правомъ 0,1 см. Мышцы дряблы, бураго цвѣта. Полости увеличены, содержатъ жидкую кровь и свертки фибрина.

Узлы расположены въ атрофированной клѣтчаткѣ, рядомъ съ мышечными волокнами. Межъузловая ткань очень груба, волокниста, фиброзна, грануляціонныхъ элементовъ въ ней попадаетъ мало. Нервные клѣтки величиною 0,019 μ , до 0,022 μ , окружены рѣзкимъ ободкомъ. Протоплазма тускла, мутна, зерниста, ядеръ не видно. Лейкоциты въ капсулѣ попадаютъ изрѣдка.

С л у ч а й 8. Субъектъ мужскаго пола 25 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ: Серозно-гнойный эксудативный плевритъ, правосторонній. Ателектазъ праваго легкаго. Гнойное воспаленіе колѣннаго сустава. Флегмона бедра. Катарральная хроническая пневмонія. Пигментная инфильтрація селезенки съ бурой атрофіею. Хроническій катарръ желудка и кишекъ.

Сердце вѣсомъ 200 гм., длиною 9 см., шириною 10 см., слабо обложено жиромъ. Клапаны нормальны. Стѣнки толщиною въ лѣвомъ желудочкѣ 1,1 см., въ правомъ 0,2 см. Мышцы бураго цвѣта. Въ обоихъ желудочкахъ тѣмная жидкая кровь и свертки фибрина.

Межъузловая ткань инфильтрирована круглыми грапуляціонными клѣтками. Сосуды слабо гиперемированы и вблизи ихъ усматриваются гнѣздныя инфильтраціи, которыя какъ бы разсыпаясь, разпространяются и на узлы. Капсулы клѣтокъ нѣсколько утолщены, очертанія ихъ не ясны. Эндотелій мутенъ, нервные клѣтки уменьшены—0,015—0,023 μ . контуры ихъ не рѣзки. Протоплазма зерниста, въ нѣкоторыхъ въ видѣ расплывчатыхъ массъ или стекловидныхъ глыбокъ и обломковъ. Ядра видны, но не во всѣхъ и не вездѣ ясно. Въ одной клѣткѣ удалось замѣтить большое пузырчатое ядро съ ободкомъ въ видѣ свѣтлаго кольца. Попадаются ядра, расположенныя по периферіи клѣтокъ, гдѣ они не рѣзко контурированы, расплываются и сливаются съ протоплазмой клѣтки. Въ полостяхъ капсулы замѣтны лейкоциты, лежащіе на самой нервной клѣткѣ.

До сихъ поръ мы имѣли сердце болѣе или менѣе нормальное, безъ видимыхъ рѣзкихъ измѣненій въ немъ, теперь перейдемъ къ процессамъ, поражающимъ само сердце, съ его мѣстными заболѣваніями.

С л у ч а й 9. Мальчикъ 9 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Хроническій слипчивый двухсторонній плевритъ. Хроническая катарральная пневмонія. Бородавчатый эндокардитъ двустворчатой заслонки и полулуннаго клапана аорты. Гипертрофія лѣваго желудочка и растяженіе праваго. Жировое перерожденіе мышцъ сердца. Застойная гиперемія селезенки. Фолликулярный энтеритъ тон-

кихъ кишекъ. Застойная гиперемія печени и почекъ. Отекъ подкожной кльтчатки и пролежень въ крестцовой области.

Въ сердечной сорочкѣ около 2 унцъ прозрачной желтоватой жидкости. Венозные отверстія: правое пропускаетъ $2\frac{1}{2}$ пальца, лѣвое $1\frac{1}{2}$ пальца. Сердце вѣсомъ 240 grm., длиною 9 cm., обложено по бороздамъ отечнымъ жиромъ. На одномъ изъ клапановъ аорты имѣется утолщеніе въ видѣ бородавки съ булабочную головку. Венозные клапаны v. mitralis утолщены, мутно-бѣлаго цвѣта, по краю усѣяны группою бородавчатыхъ разрощеній, плотныхъ на ощупь. Стѣнка сердца толщиною въ лѣвомъ желудочкѣ 1,1 cm., въ правомъ 0,2 cm. Мышцы дряблы, желтоватаго цвѣта. Полости праваго желудочка и предсердія увеличены, содержатъ темную жидкую кровь и свертки фибрина. Эндокардій въ лѣвомъ желудочкѣ мутенъ, бѣловатъ. Трабекулы и сосквидныя мышцы утолщены.

Узлы заложены въ жировой кльтчаткѣ. Сосуды гиперемированы довольно значительно и окружаютъ узлы въ видѣ пояса. Вдоль сосудовъ скопляются грануляціонные элементы, отсюда инфильтрація распространяется и на межъузловую ткань. Последняя нѣжно волокнистаго строенія и усѣяна круглыми элементами. Лейкоциты замѣтны и въ полостяхъ капсулъ. Нервные кльтки величиною $0,027 \mu$., звѣздчатой формы или круглой, окружены свѣтлымъ ободкомъ — перицеллюлярнымъ просранствомъ. Протоплазма нѣжно-зерниста, мутна. Контуры ея не вездѣ ясны, мѣстами нерѣзко очерчены; протоплазма какъ-бы распадается. Ядра видны только въ нѣкоторыхъ кльткахъ.

С л у ч а й 10. Трупъ мужскаго пола 69 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Грудная водянка. Красный инфарктъ въ нижней долѣ праваго легкаго. Очагъ сѣраго опеченѣнія въ нижней долѣ праваго легкаго. Частичная эмфизема и пассивная гиперемія легкихъ. Водянка сердечной сорочки. Хроническое воспаленіе двустворчатой заслонки и суженіе ея лѣваго венознаго отверстия. Гипертрофія сердца (бычачье сердце). Брюшная водянка. Плотное опуханіе селезенки. Мѣстный периспленить. Мускатная печень. Бѣлковое перерожденіе витыхъ канальцевъ почекъ. Отекъ подкожной кльтчатки

Въ сердечной сорочкѣ скопленіе прозрачной, желтаго цвѣта жидкости, около 70 к. с. Лѣвое венозное отверстие пропускаетъ одинъ мизинецъ. Сердце величиною съ голову 2-хъ годовалаго ребенка, вяло, дрябло, обложено жиромъ. V. mitralis утолщенъ, фиброзенъ. Мышцы вялы, дряблы, бураго цвѣта. Полости уменьшены.

Межъузловая ткань ганглій слабо развита, ея мало, кльтки лежатъ близко другъ къ другу, слабо инфильтрирована грануляціонными элементами. Сосуды растянуты и гиперемированы. Капсула кльтокъ въ видѣ тонкаго ободка. Кльтки величиною $0,030$.— 0039μ .

круглой формы. Протоплазма зерниста. Ядра видны. Клѣтки не заполняютъ всей полости капсулы, а остаются промежутки, пустыя пространства, заполненные въ нѣкоторыхъ капсулахъ круглыми клѣтками и зернистымъ веществомъ, отодвинувшимъ клѣтку въ сторону.

С л у ч а й 11. Мужскаго пола 60 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Хроническое воспаленіе двустворчатой заслонки. Гипертрофія и жировсе перерожденіе мышцъ сердца. Бурое затвердѣніе легкихъ. Отекъ легкихъ. Ателектазъ нижней доли лѣваго легкаго. Перенхиматозный хроническій нефритъ. Известковая инфильтрація и инфарктъ почекъ. Аназарка.

Сердце вѣсомъ 720 gm., длиною 14,7 cm., шириною 12 cm. сильно обложено жиромъ. Аортальный и митральный клапаны зазубрены, утолщены. Мышцы блѣднаго цвѣта, вывареннаго вида, мягки, полости значительно расширены, наполнены жидкою кровью и сгустками крови. Сильно гипертрофированы папиллярные мускулы лѣваго желудочка.

Въ узлахъ находимъ нервныя клѣтки увеличенными, зернистыми, отдѣлившимися отъ капсулъ перичеселлюлярнымъ пространствомъ. Капсула утолщена. Мускульная ткань грубоволокниста и инфильтрирована грануляціонными элементами.

С л у ч а й 12. Мужскаго пола 68 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Хроническое воспаленіе двустворчатой заслонки. Гипертрофія и жировое перерожденіе мышцъ сердца.

Сердце вѣсомъ 500 gm., длиною 12 cm., шириною—11 cm., обложено жиромъ. Клапаны аорты утолщены, жестковаты, клапаны v. mitr. утолщены и одинъ нѣсколько сморщенъ. Мышцы очень дряблы, блѣдны, тусклы. Полости желудочковъ растянуты, содержать жидкую кровь и сгустки крови, особенно много въ правомъ желудочкѣ и предсердіи. Папиллярные мускулы утолщены.

Сосуды близь узловъ сильно гиперемированы и расширены, такъ что прикасаются къ нервнымъ клѣткамъ. Въ межъузловой ткани попадаютъ грануляціонные элементы. Клѣтка величиною 0,036—0,0025 μ . круглой формы съ рѣзкими очертаніями. Протоплазма нѣжно зерниста, мѣстами расплывается, попадаютъ вакуолы. Ядра хорошо замѣтны, крупной круглой формы съ нѣсколькими ядрышками.

С л у ч а й 13. Патолого-анатомическій діагнозъ. Атерома аорты. Бычачье сердце.

Узлы расположены вблизи мышечнаго слоя, тотчасъ подъ перикардіемъ. Клѣтки вкраплены въ грубо волокнистую соединительную ткань довольно однородную, фиброзную, мѣстами инфильтрированную грануляціонными элементами. Капсула утолщена. Клѣтки величиною 0,041 и 0,029 μ , круглой овальной

формы. Протоплазма нѣсколько гомогенна, рѣзко контурирована на одной сторонѣ и расплывчата на другой. Ядра видны.

С л у ч а й 14. Трупъ мужского пола 27 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Бронхоэктазія нижней доли лѣваго легкаго. Атрофическій циррозъ печени. Жировое перерожденіе и бурая атрофія печеночныхъ вѣттокъ и амилоидъ сосудовъ печени. Застойная гиперемія почекъ.

Сердце вѣсомъ 270 grm., длиною 9 cm., шириною 10 cm., достаточно обложено жиромъ. Правый желудочекъ расслабленъ, лѣвый сокращенъ. Клапаны v. mitralis грубоваты и зернисты по краю. Мышцы мутны съ желтоватобурымъ оттѣнкомъ. Полости праваго желудочка расширены, содержатъ жидкую кровь и сгустки крови. Лѣвый желудочекъ пустъ. Въ мышцахъ: бѣлковое перерожденіе, мѣстами съ жировымъ, и бурая атрофія мышцъ сердца.

Узель находится въ соединительной ткани и рѣзко ограниченъ. Межъузловая ткань развита, имѣетъ видъ плотной, фиброзной и въ ней какъ бы закрѣплены, залиты, нервныя клѣтки. Рѣзкая гиперемія по окружности узла и кровоизліянія, сжимающія нервныя клѣтки. Клѣтки величиною 0,024, уменьшены, въ видѣ кружка или диска, съ рѣзко-очерченными контурами. Протоплазма мутна, гомогенна. Распредѣленіе клѣтокъ неправильное, нервныя клѣтки лежатъ то близко другъ къ другу, то раздвинуты соединительно-тканными, весьма широкими промежутками—каймами.

С л у ч а й 15. Умершій 42 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Отекъ легкихъ, бурая атрофія мышцъ сердца. Желтуха. Венозная гиперемія и отекъ слизистой оболочки кишки. Опуханіе лимфатическихъ железъ воротъ v. portae. Смѣшанный циррозъ печени, но преобладающая форма гипертрофическаго цирроза. Плотное опуханіе селезенки. Брюшная водянка.

Сердце вѣсомъ 220 grm., длиною 10 cm., шириною 11 cm., обложено жиромъ. Клапаны аорты нѣсколько зазубрены и окрашены желчью. Клапаны v. mitralis окрашены желчью. Мышцы мутны, дряблы, буровато-желтаго цвѣта. Полости растянуты. Папиллярные мускулы не утолщены.

Узлы лежатъ островками, не рѣзко ограниченными, среди жировой клѣтчатки. Межъузловая ткань довольно развита, инфильтрирована круглыми клѣтками, но не имѣетъ наклонности къ сжатію. Промежутки между клѣтками большіе и каждая клѣтка окружена волокнистымъ широкимъ кольцомъ соединительной ткани, наслоившейся на ихъ капсулы. Сосуды гиперемированы, но не въ такой степени, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Клѣтка величиною 0,027—0,029—0,020 μ ., уменьшена, неправильной, звѣздчатой формы. Протоплазма ихъ тускла, мутна, буровата. Ядро не видно. Капсула

утолщена, полость ея вполнѣ занята клѣткою, такъ что эндотелій ея приплюснутъ.

Мы имѣли возможность благодаря любезности проф. Н. М. Любимова, изслѣдовать нервныя сердечныя узлы при хроническихъ психическихъ болѣзняхъ, доставляемыхъ изъ Казанской Окружной Лечебницы.

С л у ч а й 16. Патолого-анатомическій діагнозъ. Прогрессивный параличъ и дифтеритъ кишекъ. Узлы заключены въ богатую жировую клѣтчатку, окружены наружною капсулою въ видѣ тонкаго волокнистаго кольца. Межъузловая ткань содержитъ много овальныхъ и круглыхъ клѣтокъ. Нервныя влѣтки лежатъ въ тѣсно между собою, величиною 0,029, 0,027 и 0,015, уменьшены, неправильной формы, съжались, окружены свѣтлыми ободками. Протоплазма зерниста, или матова. Ядра въ нихъ замѣтны, со свѣтлымъ ободкомъ по окружности.

С л у ч а й 17. Дѣвица 35 лѣтъ. Эпилепсія. Катарральная пневмонія. Туберкулезъ кишекъ и Schluph—pneumonia. Узлы расположены среди рыхлой жировой клѣтчатки. Межъузловая ткань инфилтрирована круглыми грануляціонными клѣтками, утолщена. Нервныя клѣтки величиною 0,025 0,021 уменьшены, круглой формы. Протоплазма мутна, зерниста, или однородна, стекловидна, или въ видѣ неправильныхъ бурыхъ комочковъ. Ядеръ не видно. Лейкоциты на клѣткѣ и въ капсулѣ. Попадаются капсулы съ полнымъ запусѣніемъ и уничтоженіемъ клѣтки.

С л у ч а й 18. Эпилепсія на сифилитической почвѣ, пигментная инфилтрація селезенки.

Узлы расположены въ прослойкахъ между мышцами. Сосуды гиперемированы. Межъузловая ткань грубо волокниста. Клѣтки величиною 0,039—0,0015 μ , уменьшены, круглой и овальной формы. Протоплазма мутна, зерниста. Капсула ихъ тонка. Эндотелій безъ пролифераціи.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

В.) Отъ Ebstein'a до настоящаго времени.

(1889—1903).

Только что изложенный перечень отдѣльныхъ наблюденій объ лейкеміи вполне ясно показываетъ, что авторы въ большей части случаевъ попутно приводятъ указанія на краткое теченіе болѣзни, не придавая этому обстоятельству особеннаго значенія. Можно смѣло сказать, что эти случаи остались бы неиспользованными, если бы въ время вопроса о гемогистогенезѣ и гемогистопатологіи не стояли на очереди. И только немногіе изслѣдователи обратили вниманіе на существованіе болѣзни съ быстрымъ темпомъ. Küssner наблюдалъ подобный видъ процесса, онъ даже употребилъ выраженіе: „острая лейкемія“ и полагалъ, что на основаніи его случая существованіе этой формы лейкеміи—фактъ вполне установленный, и дальнѣйшія наблюденія пополняютъ и клиническую картину этого типа заболѣванія. Но случай Küssner'a встрѣтилъ суровую оцѣнку со стороны Riemeг'a, который утверждалъ, что въ данномъ случаѣ обыкновенная лейкемія, закончившаяся быстро лишь вслѣдствіе присоединившейся инфекціи. Для современниковъ критика Riemeг'a не прошла безслѣдно. Zimpre, столкнувшись со случаемъ лейкеміи, имѣвшей быстрое теченіе, не рѣшился назвать его острой лейкеміей и только отмѣтилъ, что теченіе и развитіе процесса были очень быстрыя. E. Wagner, описывая не мало случаевъ purpur'ы и erythem'ы, на одномъ подробно останавливается (Hahn) и не однократно къ нему возвращается, такъ какъ теченіе процесса и посмертныя на-

ходки не были банальны. Но, не смотря на рядъ важныхъ измѣненій: лимфомы въ печени, большое скопленіе лейкоцитовъ въ сосудахъ органовъ, E. Wagner не рискнулъ отнести этотъ случай къ острой лейкеміи, хотя и заявляетъ, что печень и почки представляли измѣненія подобныя описаннымъ Zimpre въ его случаѣ острой лейкеміи.

Такъ отрывочны, неполны и спорны наблюденія! Такъ не рѣшительны изслѣдователи, когда имъ приходилось сталкиваться лицомъ къ лицу съ острой лейкеміей! Иначе и быть не могло. Врачи не знали острой лейкеміи и въ исторіи вопроса существовалъ огромный пробѣлъ!

Если Virchow явился творцомъ хронической лейкеміи, то Ebstein, по праву, считается основателемъ ученія объ острой лейкеміи.

Толчкомъ къ обособленію Ebstein'омъ этой формы страданія послужило прежде всего его личное наблюденіе. Именно, въ 1887 году, онъ встрѣтился со слѣдующимъ случаемъ.

A. W., 23 лѣтъ, крѣпкій мужчина, плотникъ. До послѣдняго времени никогда не болѣлъ. Съ начала Октября 1887 года сталъ жаловаться на головную боль и отсутствіе аппетита. Съ 26 Октября, въ теченіи трехъ дней, было почти неудержимое носовое кровотеченіе—сначала изъ правой, а затѣмъ изъ обѣихъ ноздрей. Головная боль усилилась. Къ описаннымъ явленіямъ присоединились еще кровотеченія изъ десны. 8 Ноября больной принятъ въ Геттингенскую медицинскую клинику.

При осмотрѣ A. W. представлялся чрезвычайно блѣднымъ и малокровнымъ. На кожѣ различныхъ мѣстъ тѣла замѣчено довольно много мелкихъ и частію крупныхъ кровоизліаній. Сверхъ того обширныя кровоподтеки разсыяны въ подкожной клетчаткѣ, особенно на бедрахъ. Слизистая оболочка рта блѣдна и, подобно слиз. об. твердаго неба, обложена кровянистыми массами. Десны разрыхлены; къ нѣкоторымъ зубамъ онѣ слабо прилегаютъ. Наблюдаются мѣста, гдѣ зубы обнажены на значительномъ протяженіи. Селезенка увеличена. Чувство противо-дѣйствія ощущается въ области селезенки въ направленіи сверху внизъ на протяженіи 16 см., впереди—оно заходитъ за переднюю аксиллярную линію на 5 см. и ниже лѣваго края реберной дуги на 5 пальцевъ. Наружныя лимфатическія железы, за исключеніемъ локтевыхъ, припухли, величиной до боба. Больной очень слабъ. Головные боли распространяются съ затылка на переднюю часть головы. M. frontalis и m. orbicularis dext. парализованы. Вслѣдствіе сла-

¹⁾ W. Ebstein. Über die acute Leukämie und Pseudoleukämie. Deutsches Arch. f. Klin. Medic. Bd. 44. 1889. S. 344.

бости больного и легкости наступленія кровотеченій ему назначенъ полный покой. При изслѣдованіи крови найдено абсолютное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ кружечковъ и значительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ 1 куб. миллиметрѣ крови насчитывалось 3.273.000 красныхъ и 163650 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ=1:20. Изслѣдованіе крови на микроорганизмы дало отрицательный результатъ. Т° въ подмышечной области колебалась между 37—38°С. Пульсъ отъ 116—148 въ 1'. Въ первые дни пребыванія больного въ больницѣ, когда кровотеченіе приостанавливалось, пульсъ понижался до 116. Число дыханій=20; за нѣсколько дней до смерти оно поднялось до 28. Употребленіемъ пропитанной полуторохлористымъ желѣзомъ ваты и подкожномъ введеніи эрготина кровотеченіе изъ десенъ въ первый день удалось остановить, но затѣмъ оно вновь открылось и съ большей еще силой. Повторно, хотя и понемногу, выдѣлялась кровь и во время стула. 15 Ноября наступила рвота и появились кровотеченія въ сѣтчаткѣ обоихъ глазъ и въ соединительной оболочкѣ ихъ. Моча давала обильный осадокъ, состоявшій изъ мочевоы кислоты и мочекислыхъ солей. Количество ея было различное. 12 Ноября мочи было 1850 куб. сан.; 13 Ноября 2950, 14 Ноября 3100 и 15 Ноября 3450 (уд. вѣсъ=1015).

Моча отъ 15 Ноября содержала мочевины 62. 75 грм., мочевоы кислоты 1.331 грм., хлоридовъ 3.45 грм., фосфорной кислоты 7 грм., сѣрной кислоты 5.8 грм.

16 Ноября А. W. скончался при явленіяхъ коллапса.

Такимъ образомъ больной, представлявшій явленія purpura haemorrhagica Werlhofii и, по поводу неудержимыхъ носовыхъ кровотеченій, принятый въ клинику, гдѣ была распознана лейкемія, умеръ чрезъ 8 дней послѣ поступленія въ нее и чрезъ 18 дней послѣ появленія симптомовъ purpura haemorrhagica.

«23j. kräftiger Mann, erkrankte... unter den Krankheitserscheinungen der Purpura haemorrhagica Werlhofii. Das überaus reichliche, nicht stillbare Nasenbluten veranlasste die Aufnahme des Patienten in die Göttinger medicinische Klinik, wo eine Leukämie constatirt wurde. Tod 8 Tage nach der Aufnahme, 18 Tage nach Beginn der Symptome der Purpura haemorrhagica».

Болезнь продолжалась, считая продромальныя явленія, около 6 недѣль.

Вскрытіе произведено 17 Ноября 1887 г. проф. Orth'омъ. Патолого-анатомическій діагнозъ: Лейкемія. Лимфоаденома передняго средостѣнія. Опуханіе многочисленныхъ лимфатическихъ железъ. Сильное увеличеніе селезенки. Множественныя лей-

кемическія лимфоаденомы почекъ. Жировое перерожденіе внутренней оболочки аорты. Множественныя кровоизліянія въ различныхъ областяхъ. Жировое перерожденіе п. et m. frontalis dextri. Отекъ и начинающійся поверхностный некрозь epiglottis и lig. ary—epiglottid. Отекъ легкихъ. Пигментация значительной части фолликуловъ кишекъ. Мелкія изъязвленія прямой кишки.

Микроскопическое изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты.

Печень. Въ междольковой соединительной ткани большое скопленіе круглыхъ элементовъ; сравнительно меньшее количество между рядами печеночныхъ клѣтокъ. Особенно много крупныхъ элементовъ въ перипортальной соединительной ткани. V. v. centrales и капилляры печени расширены и наполнены лейкоцитами.

Почки. Мелкія опухоли состоятъ изъ небольшихъ лимфоидныхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ промежуточную соединительную ткань. Эозинофиловъ среди нихъ нѣтъ. Между клубочками, прямыми канальцами и вокругъ большихъ сосудовъ обильная клѣточная инфильтрація.

Селезенка. 21.5 : 12.5 : 5. см., вѣсъ 700 грм.. Въ пульпѣ густое скопленіе клѣтокъ; встрѣчаются эозинофилы.

Лимфатическія железы. Гипериліязія элементовъ; есть эозинофилы.

Сѣмянная железа. Межканальцевая соединительная ткань очень сильно инфильтрирована лейкоцитами. Железистая ткань не ясна.

Костный мозгъ. Много лейкоцитовъ, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и ряды эозинофиловъ.

Musculus et nervus frontalis. Сильное жировое перерожденіе.

Наличность явленій острой лейкеміи—внѣ сомнѣнія.

Еbstein, сопоставивъ, накопившіяся въ литературѣ до того времени, отдѣльныя наблюденія краткаго теченія лейкеміи, а также, будучи свидѣтелемъ хода болѣзни A. W., въ сложности, на основаніи 17 случаевъ, и создалъ въ 1889 году ученіе объ острой лейкеміи.

Она, по нему, возникаетъ, по преимуществу, у крѣпкихъ и здоровыхъ лицъ. Какъ исключеніе, представляются случаи, когда заболѣваніе наблюдалось у истощенныхъ, напр. многолѣтнимъ кормленіемъ грудью (Litten), присутствіемъ anchylostomum (Masius и Francotte), предшествовавшимъ сифилисомъ (Gauscher). Ею заболѣваютъ какъ молодые, такъ и пожилые, мужчины и женщины, а равно и дѣти. Продолжительность теченія отъ 2¹/₂—9 недѣль.

Въ одной части случаевъ острой лейкеміи можно различать: въ 1-хъ, продромальный періодъ и развитія лейкемического про-

цесса, и во 2-хъ, стадій кахексіи. Въ другой части заболѣваній процессъ начинается сильнымъ малокровіемъ, вялостью и упадкомъ силъ, которыя быстро усиливаются и затѣмъ наступаетъ, длящейся лишь нѣсколько дней, стадій, представляющей всѣ особенности лейкеміи. Послѣдній видъ наблюдался тогда, когда „пернициозная анемія“ предшествовала лейкеміи (Litten, Leube и Fleischer, Waldstein, Masius и Francotte).

Въ большей части случаевъ признаки болѣзни довольно быстро возникаютъ и скоро становятся настолько тяжелыми, что больные вынуждены лечь въ постель. Начальные симптомы весьма разнообразны. То это заболѣваніе органовъ дыханія, какъ напр.: гриппъ, бронхитъ, плевритъ, то разстройство органовъ пищеваренія, напр.: отсутствіе аппетита, явленія диспепсіи, то лихорадочныя заболѣванія безъ опредѣленной локализациі, то головныя боли, то комбинація этихъ симптомовъ. Къ этимъ разстройствамъ уже присоединяются другія, которыя позволяютъ опредѣлить истинную природу болѣзни. Затѣмъ быстро возникаютъ тяжелыя явленія, которыя и ускоряютъ исходъ болѣзни въ смерть.

Иногда болѣзнь сопровождается рѣзко выраженнымъ status typhosus. Послѣдній развивается или съ самаго начала заболѣванія и продолжается вплоть до конца жизни, или же присоединяется послѣ продромальныхъ явленій, схожихъ съ наблюдаемыми при тифѣ.

Что касается признаковъ болѣзни болѣе или менѣе существенныхъ, то, по Ebstein'у, они слѣдующіе: 1) опуханіе селезенки; 2) увеличеніе лимфатическихъ железъ; 3) рядъ явленій, указывающихъ на заболѣваніе костнаго мозга и 4) увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Если первые три признака могутъ быть слабо выражены или даже отсутствовать, послѣдній самый существенный, самый необходимый и всегда долженъ быть налицо.—4. „Die Vermehrung der weissen Blutkörperchen, so ist wie bei den langsam verlaufenden Fällen auch bei den acuten Fällen von Leukämie das letztere das nothwendige Symptom, welches niemals fehlen darf, während die drei erstgenannten nur zum Theil, oder selbst gar nicht bei der Krankenbeobachtung hervortreten brauchen“.

Опуханіе селезенки можетъ быть различной степени. Въ случаѣ Gaucher селезенка простиралась до пупка; въ наблюденіяхъ Litten'a, Leube и Fleischer'a, Masius'a и Francott'a опуханія селезенки не было. Въ исторіяхъ болѣзни Kelsch'a и Wadhama'a о ней не упоминается. При вскрытіи однако обнаружено умѣренное опуханіе ея.

Увеличеніе наружныхъ лимфатическихъ железъ отсутствовало въ цѣломъ рядѣ заболѣваній. „Die Schwellung der äusseren Lymphdrüsen fehlte in einer Reihe von Fällen“. Иногда опуханіе было только на нѣкоторыхъ мѣстахъ. У больного *Lausten*'а, кромѣ опуханія паховыхъ железъ, были подвижныя опухоли на груди и животѣ. Увеличеніе всѣхъ лимфатическихъ железъ имѣлось въ наблюденіяхъ *Kelsch*'а и *Gaucher*. Въ первомъ случаѣ лимфатическія железы были кромѣ того болѣзненны.

Участіе костнаго мозга выражалось появленіемъ чувствительности при давленіи въ грудиѣ, ребрахъ (*Immermann*, *Fränkel*, *Waldstein* и *Masius et Francotte*). Въ послѣднемъ случаѣ чувствительность была замѣчена еще ранѣе, чѣмъ наступили измѣненія крови, необходимыя для діагноза лейкеміи. У больного *Leube* и *Fleischer*'а хотя и была болѣзненность въ лѣвой *tibia*, но костный мозгъ оказался въ послѣдствіи неизмѣненнымъ.

Увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ наблюдалось при жизни во всѣхъ случаяхъ. Оно было значительное и наступало быстро. У нѣкоторыхъ больныхъ оно обнаруживалось только за нѣсколько дней до смерти (*Litten*, *Waldstein*).

Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается. *Musser*, подсчитывая число эритроцитовъ у своего больного, нашелъ содержаніе ихъ повиженнымъ до 2.000.000 въ 1 куб. миллиметрѣ, хотя кровоизліяній, кромѣ распространенныхъ мелкихъ петехій кожи (*Purpuraeflecken*), не было.

Изъ другихъ патогностическихъ симптомовъ для острой лейкеміи замѣчается *retinitis leucaemica* (*Kelsch*, *Leube* и *Fleischer*).

Количество мочи иногда увеличено. Въ случаѣ *Zumpe* оно доходило до 4400 куб. сант. Въ мочѣ выпадаетъ обильный осадокъ изъ мочевоѣ кислоты и мочекислыхъ солей. Въ отлѣльныхъ случаяхъ была альбуминурія, *Haematuria* (*Kelsch*, *Zumpe*).

Повышеніе температуры наблюдалось не всегда. Оно являлось или при началѣ болѣзни, или спустя нѣкоторое время. Иногда повышеніе t° было очень значительное и имѣло типъ *febris continua*. При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни или незадолго до смерти t° падала.

Кровотеченія среди признаковъ острой лейкеміи играютъ весьма важную роль. Чаще всего наблюдаются носовыя кровотеченія или изъ рта, особенно изъ десенъ. Наряду съ этими кровотечениями, или помимо ихъ, встрѣчаются кровоизліянія въ кожу, кровавая моча и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровоте-

чение бывает разовое и наступает или въ началѣ процесса, какъ напр. менструальныя или псевдомеменструальныя (Friedreich, Immermann), или подъ конецъ болѣзни—обильное носовое кровотечение (Waldstein). Наблюдались кровизліянія, какъ обширныя, такъ и мелкія въ вещество головного мозга. Первыя имѣли роковое значеніе (Laustenstein). Наконецъ, мѣстомъ кровоизліяній служили: мускулатура, сѣтчатка, внутренніе органы (Litten, Waldstein, Ebstein).

Тяжелыя нервныя расстройства при острой лейкеміи встрѣчаются часто, но непостоянно. Онѣ выражаются: бредомъ, коматознымъ состояніемъ или рѣзко выраженнымъ *status typhosus*. Наличие лихорадки для нихъ не составляетъ необходимаго условія.

Въ теченіи нѣкоторыхъ случаевъ острой лейкеміи наступали тяжелыя воспалительныя процессы септического характера и даже гангрена.

Нарисовавъ столь мастерски картину острой лейкеміи, Ebstein долженъ былъ коснуться и вопроса о патогенезѣ болѣзни, несмотря на всѣ ея трудности. Въ введеніи къ своей работѣ я уже указывалъ на существовавшія воззрѣнія о сущности хронической лейкеміи. Virchow ставилъ развитіе ея въ зависимость отъ измѣненія селезенки или лимфатическихъ железъ. Neumann предполагалъ, что лейкемія возникаетъ вслѣдствіе заболѣванія костнаго мозга, т. е. допускалъ существованіе только міэлогенной формы. Гиперплазія костнаго мозга идетъ насчетъ измѣненія костнаго вещества. Но Neuck¹⁾ отмѣтилъ, что лейкемія можетъ развиться и при уменьшенномъ объемѣ костнаго вещества, т. е. при распространенномъ склерозѣ костей (*osteosclerosis*).

Biesiadecki считалъ лейкемію за самостоятельное страданіе крови, которое Kottmann²⁾ и Gard³⁾ подводилось даже подъ злокачественное новообразование и рассматривалось какъ ракъ крови—„...als eine bösartige Neubildung, als einen Krebs des Blutes aufgefasst“.

Клиника, говоритъ Ebstein, не даетъ отвѣта на вопросъ о мѣстѣ происхожденія болѣзни. Перкуссия и пальпация опредѣляютъ только степень измѣненія селезенки и наружныхъ лимфатическихъ железъ. Но насколько измѣнены внутреннія лимфатическія железы и костный мозгъ, она сказать не можетъ. Надежда по свойству бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ опредѣлять происхождение

¹⁾ Virchow's. Arch. Bd 78. S. 486. 1879.

²⁾ Die Symptome der Leukämie. Eine histolog. Studie. S. 4. Bern. 1871.

³⁾ Lyon méd. Vol. LVII. № 7. 1888.

ніе ихъ изъ костнаго мозга не осуществилась. Болѣзненность костей не всегда могла служить указаніемъ на заболѣваніе костнаго мозга. Въ случаѣ Leube и Fleischer'a наиболѣе болѣзненные кости имѣли нормальный костный мозгъ. И въ анатомическихъ изслѣдованіяхъ лицъ, умершихъ отъ острой лейкеміи, нѣтъ, по его мнѣнію, достаточной опоры, чтобы рѣшить вопросъ, была ли въ началѣ острая лейкемія аміэлогенна. Въ 11 случаяхъ острой лейкеміи, въ которыхъ костный мозгъ изслѣдовался, въ немъ найдены измѣненія. Изъ нихъ въ 8 случаяхъ были еще измѣненія и въ другихъ кровообразовательныхъ органахъ, въ 2 же наблюденіяхъ (Leube и Fleischer, Masius и Francotte) существовали измѣненія только костнаго мозга, т. е. селезенка и лимфатическія железы оставались нормальными. Но эти измѣненія нельзя всегда называть типичными для лейкеміи, такъ какъ, частію наряду съ гнойвидными свойствами костнаго мозга, частію отдѣльно, встрѣчалась уклоненія, свойственныя цѣлому ряду другихъ болѣзней, какъ напр. псевдолейкеміи, протекающей безъ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Также и экспериментальная патологія, утверждаетъ Ebstein, не даетъ данныхъ для рѣшенія вопроса о томъ, чѣмъ обусловливается происхожденіе лейкеміи—заболѣваніемъ ли кровотворительныхъ органовъ или самой крови. Попытки переноса лейкеміи съ человѣка на животныхъ (Mosler, Bolinger) не дали положительныхъ результатовъ.

Поставивъ себѣ цѣлью выяснить роль отдѣльныхъ органовъ въ образованіи бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, а также и въ отношеніи ихъ къ числу красныхъ кровяныхъ кружечковъ, Ebstein пытается подойти къ рѣшенію вопроса, опираясь и искусно сопоставляя слѣдующія наблюденія.

Практика клинической хирургіи показываетъ, что удаленіе селезенки не сопровождается измѣненіемъ крови; по крайней мѣрѣ не нарушается обычное отношеніе бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ другъ къ другу. Adelmanн сообщаетъ о наблюденіи Fritsch'a. Онъ экстирпировалъ у женщины 31 года саркоматозную селезенку. Кровь при многократныхъ изслѣдованіяхъ оказалась нормальной. König удалилъ у 49 лѣтней женщины блуждающую селезенку (20 : 10 : 5). Изслѣдованіе крови дало тотъ же результатъ.

Дни послѣ операціи	Колич. красн. кров. тѣл. въ 1 куб. миллим. крови.	Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣл. къ краснымъ.
4.	5.333.100.	1 : 330.
12.	4.800.000.	1 : 300.
24.	4.115.000.	1 : 450.

Опыты на животныхъ не вполне согласны въ своихъ деталяхъ. Такъ, князь Тархановъ ¹⁾ нашель, что, при перерѣзкѣ части нервовъ селезенки или всѣхъ ихъ, наступаетъ частичное или полное опуханіе селезенки, при чемъ органъ становится богатымъ кровью. Со 2-го дня послѣ операциіи число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ значительно увеличивается, а съ 4 дня начинается уменьшеніе числа ихъ и къ концу недѣли оно входитъ въ норму, и селезенка не превышаетъ обычныхъ размѣровъ. На основаніи этихъ экспериментовъ князь Тархановъ заключаетъ, что селезенка вырабатываетъ бѣлыя кровяныя тѣльца, а также, что лейкоцитемія—слѣдствіе измѣненія нервной дѣятельности. Въ другомъ, вскорѣ появившемся сообщеніи, князь Тархановъ ²⁾ заявляетъ, что вслѣдъ за перерѣзкой нервовъ селезенки замѣчается, въ теченіи 3—5 часовъ, уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ венахъ опухшей селезенки и въ артеріяхъ различныхъ областей тѣла, которое исчезаетъ какъ скоро выравнивается содержаніе ихъ въ артеріи и венѣ селезенки. Объ увеличеніи числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ князь Тархановъ въ этомъ сообщеніи не упоминаетъ.

Заболѣванія костнаго мозга оказываютъ вліяніе на число кровяныхъ тѣлецъ. Schede и Stahl ³⁾ наблюдали, что при остромъ остеомиелитѣ число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ болѣе или менѣе увеличивается, а въ тяжелыхъ формахъ оно можетъ быть очень велико. Въ одномъ случаѣ отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ = 1 : 2. При вскрытіи селезенка оказалась нормальной, и никакихъ измѣненій въ ней не найдено. При остеомиелитѣ плоскихъ костей, даже въ очень тяжелыхъ формахъ, измѣненія крови не замѣчаются. Ebstein имѣлъ возможность лично наблюдать случай остеомиелита въ клиникѣ Köpfig'a. У 10-ти лѣтняго мальчика былъ остеомиелитъ въ лѣвой большеберцовой кости и послѣдней фалангѣ праваго большого пальца ноги. Въ 1 куб. мил. насчитывалось 1.822.000 красныхъ и 11457 бѣлыхъ тѣлецъ, такъ что отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ = 1 : 159. Schede и Stahl, описанное ими измѣненіе крови при остеомиелитѣ, считаютъ за особую форму „миэлогенной лейкеміи“. Но, къ сожалѣнію, ими необозначено: было ли, кромѣ увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, абсолютное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ кружечковъ. Въ одномъ изъ случаевъ Schede и Stahl отношеніе между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами =

¹⁾ Pflüger's Arch. Bd VIII. S. 95. 1874.

²⁾ Compt. rend. de l'acad. des sciences. Paris. 1875. Vol. LXXX.

³⁾ Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner Krankenhauses im Friedrichshain. Leipz. 1878. S. 123.

1 : 100—150, т. е. былъ только лейкоцитозъ. E b s t e i n указалъ, что накопленіе лейкоцитовъ, какое онъ наблюдалъ при остеомиэлитѣ, подобно встрѣчающемуся при тяжелой пернициозной анеміи, когда она развивается послѣ сильныхъ кровопотерь или безъ нихъ. G r ä b e r ¹⁾ приводитъ случай, касающійся 20 лѣтней дѣвушки, у которой вслѣдствіе тяжелаго желудочнаго кровотечения число красныхъ кров. тѣлецъ=1.620.000 и отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ=1 : 90. Самъ E b s t e i n наблюдалъ у 33 лѣтняго мушны, погибшаго отъ кровотечения изъ пищевода, 960.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ 1 куб. миллиметрѣ и отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ кровянымъ кружечкамъ=1 : 90. Во всякомъ случаѣ, при остромъ остеомиэлитѣ отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, какъ показываютъ наблюденія S c h e d e и S t a h l, можетъ быть такое же какъ при лейкеміи. E b s t e i n говоритъ: мы должны признать вторичную медуллярную лейкемію, какъ слѣдствіе остраго остеомиэлита, которая можетъ быть принята за лейкемію въ тѣхъ случаяхъ, когда клиническій діагнозъ остраго остеомиэлита долгое время не ставится или совершенно не можетъ быть установленъ.

При т я ж е л ы х ъ а н е м і я х ъ, не смотря на сильное уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ кружечковъ, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ можетъ быть такое, какое не бываетъ при лейкоцитозѣ, но встрѣчается только при лейкеміи. На это указываютъ и подсчеты, сдѣланные M u s s e r'омъ ²⁾.

1-й с л у ч а й. Женщина, 42 л., неистощенная. За 3 недѣли до смерти насчитывалось 715.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и 15.000 бѣлыхъ въ 1 куб. миллим. крови. Отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1 : 47. Вскрытіе дало обыкновенно наблюдаемыя при пернициозной анеміи измѣненія: жировое сердце, кровоизліянія въ сѣтчатку. Селезенка нормальна или слегка увеличена, по поверхности неровна, въ разрѣзѣ плотна, темно-бураго цвѣта. Наружныя лимфатическія железы не увеличены, мезентеріальныя очень слабо. Костный мозгъ грудины и луча желтъ, микроскопически нормаленъ.

2-й с л у ч а й. Мушны, 41 года. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2.210.000 въ 1 куб. миллим., отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 147. Больной настолько оправился отъ анеміи, что оставилъ госпиталь. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ онъ вновь былъ принятъ. Подсчетъ крови далъ 1.000.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ 1 куб. мил. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 40. Ни

¹⁾ Zur klinischen Diagnose der Blutkrankheiten. S. 59. 1888.

²⁾ Proceedings of the Philadelphia county medical Society. 1885. Sp. Abdr.

лимфатическія железы, ни селезенка не увеличены. Черезъ нѣкоторое время больной вновь покинулъ госпиталь и пользовался полнымъ здоровьемъ.

3-й случай. Мущина, 44 лѣтъ. Подсчетъ элементовъ крови. произведенъ три раза.

	Число красн. кр. тѣл.	Число бѣл. тѣл.	Отношеніе между кр. и бѣл. тѣл.
¹⁰ /IV 83.	570.000	2.000	1 : 285
¹⁶ /VI 83.	660.000	170.000	1 : 4
¹⁷ /II 84.	1.600.000	20.000	1 : 80.

Больной вышелъ изъ госпиталя. Печень и селезенка были нормальной величины.

Но почему въ другихъ случаяхъ пернициозной анеміи число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ не измѣнено, или почему при этой болѣзни иногда отсутствуетъ измѣненіе костнаго мозга—трудно рѣшить. Съ другой стороны, отсутствіе измѣненій крови, при наличности въ теченіи медуллярной псевдолейкеміи, какъ показываетъ случай *R u n e b e r g'a*, измѣненій костнаго мозга, мало разнящихся отъ наблюдаемыхъ при анеміи и лейкеміи, вынуждаетъ высказать, что ни клинической, ни анатомической матеріалъ не въ состояніи объяснить, какое страданіе костнаго мозга ведетъ къ лейкеміи и при какихъ условіяхъ вообще она развивается, равно не выяснено и участіе лимфатическихъ железъ. Мнѣнію *R u n e b e r g'a*, *M a s i u s* и *F r a n c o t t e*, что при анеміяхъ измѣненіе костнаго мозга вторичное, а при лейкеміи и псевдолейкеміи первичное, противопоставляется другое, по которому измѣненія костнаго мозга, селезенки и лимфатическихъ железъ при лейкеміи вторичныя.

Если и непоколебленъ фактъ, говоритъ *E b s t e i n*, что пѣтъ ни одного случая лейкеміи, при которомъ не было бы найдено заболѣванія одного или нѣсколькихъ органовъ, имѣющихъ значеніе при образованіи крови, то съ другой стороны существуетъ псевдолейкемія, при которой развиваются тѣже измѣненія въ однихъ и тѣхъ же органахъ, какъ при лейкеміи, и нѣтъ измѣненій въ крови. Это и подало поводъ высказаться *L e u b e* и *F l e i s c h e r'y*, что лейкемія самостоятельное заболѣваніе крови. *B i e s i a d e c k i* рассматривалъ лейкоциты въ крови лейкемикомъ, какъ элементы, имѣющіе измѣненную, болѣзненную протоплазму. Онъ представляетъ ихъ частью наполненными зернышками, частью содержащими свѣтлые, круглые, одноконтурные пузырьки. Кромѣ того, онъ допускалъ, что измѣненные бѣлые кровяные шарики въ лучшемъ случаѣ съ трудомъ могутъ превращаться въ красные. Какъ будто это положеніе, то есть затрудненное превращеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ

въ красныя, не противорѣчить изслѣдованіямъ *Schwarz'a*. Послѣдній на основаніи химическихъ изслѣдованій полагалъ, что животная протоплазма, особенно безцвѣтныхъ элементовъ, скопляющихся въ селезенкѣ, въ состояніи разрушать гемоглобинъ, изъ его обломковъ вновь созидать и умножать его. Далѣе, *Schwarz* высказываетъ предположеніе, что лейкемическое состояніе обусловливается нарушеніемъ или потерей соотвѣтствующими элементами способности воспринимать продукты распада молекулъ гемоглобина разрушенныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и, между прочимъ, желѣза и превращать въ новый гемоглобинъ, при участіи опредѣленныхъ составныхъ частей крови. Если разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ прогрессивно идетъ, а новообразование не достигаетъ надлежащаго напряженія, то отношеніе между ними должно быть нарушено, именно бѣлые кровяные шарики должны превалировать надъ красными. Но разница между *Biesiadcki'm*ъ и *Schwarz'омъ* та, что первый разсматриваетъ лейкемію, какъ паренхиматозное заболѣваніе крови, а второй принимаетъ ее за послѣдствія измѣненій органовъ кровотоенія.

Открытие *Ehrlich'a*, что лейкоциты лейкемической крови отличаются отъ таковыхъ нормальной крови, а также и отъ аналогичныхъ болѣзненныхъ измѣненій, напр. остраго лейкоцитоза, далѣе, ненахождение *Cornil* и *Ranvier* и *Löwit'омъ* переходныхъ формъ между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами въ кругу кровообращенія, и, наконецъ, отсутствіе хотя бы одного случая лейкеміи, въ которомъ не было бы даже ничтожнѣйшихъ измѣненій въ одномъ или нѣсколькихъ кровотоенительныхъ органахъ, и привели *Ebstein'a* къ выводу, что при лейкеміи вначалѣ наступаетъ измѣненіе въ органахъ кровотоенія.

Во всѣхъ ли случаяхъ лейкеміи одинъ и тотъ же патогенезъ—*Ebstein* говоритъ—рѣшить нельзя. Такъ какъ по существу анатомическія измѣненія при хронической и острой лейкеміяхъ одинаковы, то весьма вѣроятно, что и этиологическіе моменты одни и тѣ же. Если и можно ожидать другія причины для лейкеміи, то лишь для тѣхъ формъ, которыя развиваются послѣ прогрессивной злокачественной анеміи или вслѣдствіе остраго распространеннаго остео-миэлита большихъ трубчатыхъ костей.

Если бы оправдалось положеніе *Ehrlich'a*— „при всѣхъ острыхъ лейкоцитозахъ увеличивается число моно и полинуклеаровъ, число же эозинофиловыхъ клѣтокъ уменьшается“, то этимъ дана была бы возможность клинически легко опредѣлять лейкемію. Еще не доказано: увеличивается ли число эозинофиловъ при острой лейкеміи. При жизни на это не обращали вниманія. *Ebstein* на срѣзахъ своего случая острой лейкеміи находилъ въ се

лезенкѣ, костномъ мозгу и лимфатическихъ железахъ болѣе или менѣе обильно эозинофилы. При псевдолейкеміи въ тѣхъ же органахъ совершенно не было эозинофиловъ.

Острая лейкемія, по мнѣнію E b s t e i n 'а, имѣетъ много общаго съ другими извѣстными инфекціонными болѣзнями, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ особенно приближается къ скорбуту. Признаки Morb. maculosus часто выступаютъ на первый планъ.—„Die Symptome des Morb. maculosus treten oft in den Vordergrund.“ Что острая лейкемія можетъ быть инфекціоннымъ заболѣваніемъ, за это говорить въ высокой степени рѣзко выраженное участіе лимфатическаго аппарата. Фактъ, что при острой лейкеміи не всегда одни и тѣже отдѣлы лимфатическаго аппарата поражаются, можетъ указывать на то, что ядъ вступаетъ въ организмъ не черезъ одни и тѣже мѣста. Бактеріологическія же изслѣдованія не даютъ ничего опредѣленнаго.

Что касается діагноза острой лейкеміи, то въ тѣхъ случаяхъ, говорить E b s t e i n, когда она возникаетъ какъ самостоятельная форма, могутъ быть значительныя затрудненія. Они создаются тѣмъ, что во 1-хъ, нерѣдко отсутствуютъ тѣ симптомы, которые могутъ направить врача на правильное распознаваніе, а во 2-хъ, при острой лейкеміи выступаютъ на первый планъ явленія, которыя могутъ только замаскировать истинную природу заболѣванія. Такъ опухоль селезенки въ собранныхъ случаяхъ хотя и была, но только въ одномъ достигла тѣхъ размѣровъ, которые наводили на мысль, что это опуханіе лейкемическаго характера. Тоже самое повторяется и по отношенію лимфатическихъ железъ. Между тѣмъ по G o w e r s 'у ¹⁾ въ большей части случаевъ острой лейкеміи наступаетъ значительное и быстрое увеличеніе селезенки. Однако приведенныя наблюденія показываютъ, что это не можетъ относиться ко всѣмъ случаямъ. Далѣе, возможно смѣшать острую лейкемію съ брюшнымъ тифомъ, когда нѣтъ опуханія селезенки и лимфатическихъ железъ, а на лицо status typhosus и цѣлый рядъ другихъ симптомовъ, свойственныхъ брюшному тифу. Такое смѣшеніе вполне извинительно для врача, такъ какъ въ теченіи брюшнаго тифа, подобно тому какъ при цѣломъ рядѣ другихъ инфекціонныхъ заболѣваній, которыя могутъ также войти въ кругъ формъ, между которыми долженъ быть проведенъ дифференціальный діагнозъ, наступаетъ не только увеличеніе числа лейкоцитовъ по отношенію къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ, но первые могутъ быть настолько многочисленны, что отношеніе между ними можетъ дойти до 1 : 60.

¹⁾ Reynold's System of medicine. Vol. V. p. 266. London. 1879.

Кромѣ того, легко смѣшать острую лейкемію со скорбутомъ и *Morbus maculosus Werlhofii*—„Die Gefahr ist vielleicht noch grösser die acute Leukämie mit dem *Morbus maculosus Werlhofii* zu verwechseln.“ Скорбутъ исключить сравнительно легче. Кромѣ своеобразныхъ измѣненій десенъ, онъ характеризуется тѣмъ, что развивается въ томъ случаѣ, когда въ наличности продолжительное неправильное питаніе, пребываніе въ дурныхъ жилищахъ. Наконецъ, скорбутъ почти всегда имѣетъ эндемическое распространеніе.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло съ *Morbus maculosus Werlhofii*. Она довольно часто развивается также самостоятельно, безъ видимыхъ причинъ, сопровождается нерѣдко необыкновенно тяжелыми потерями крови. Иногда кровотечения изъ носа, желудка, мочевыхъ путей и женскихъ половыхъ органовъ принимаютъ истоцающій характеръ и приводятъ къ смерти. Особенно труденъ діагнозъ въ тѣхъ случаяхъ, когда измѣненія крови еще не настолько опредѣленны, чтобы ихъ признать за выраженіе лейкеміи, и когда нѣтъ нѣкоторыхъ симптомовъ, какъ напр. *retinitis leucämica*, которые могли бы устранить сомнѣнія и упрочить діагнозъ прежде чѣмъ еще безспорное измѣненіе крови выяснитъ, что лейкемія дала симптомы *Morbus maculosus*. Можетъ быть и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ *Morbus maculosus* производитъ впечатлѣніе самостоятельной, она зависитъ отъ другой причины. Каждый случай долженъ быть тщательно обследованъ въ этомъ направленіи—„Da der *Morbus maculosus* vielleicht auch in den Fällen, wo er jetzt noch als selbständige primäre Krankheit imponirt, lediglich eine symptomatische Bedeutung haben dürfte, wird man selbstredend bei der Prüfung jedes solchen Falles darauf sorgsam Bedacht zu nehmen haben, die Grundkrankheit zu ermitteln“. Иногда распознаваніе не удается не только при жизни, но даже и на вскрытіи. Сказанное относится напр. къ рѣдкимъ случаямъ *Morbus maculosus*, наступающей во время беременности. Подобный примѣръ былъ сообщенъ *Briegger*'омъ. Между болѣзнями, которыя могутъ протекать подъ видомъ *Morbus maculosus*, находится псевдолейкемія. „Unter die Erkrankungen, welche auch unter dem Bilde des *Morbus maculosus* verlaufen können gehört auch die sogenannte Pseudo-leukämie.“

Я крайне подробно привелъ работу *Ebstein*'а съ тою цѣлью, чтобы показать не голословно, а фактически заслугу его, какъ основателя ученія объ острой лейкеміи. Стоитъ припомнить патогенезъ болѣзни, чтобы понять какія трудности приходилось преодолевать *Ebstein*'у въ то время, когда еще не была точно изучена кровь, когда не была достаточно разработана глава о лейкоцитозѣ. Цифровыя отношенія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ при различныхъ

болѣзняхъ, близкія къ лейкеміи, возникали предъ нимъ какъ чудовища въ заколдованномъ лѣсу и стерегли путь, ведшій къ чистому источнику знанія. При чтеніи статьи Ebstein'a порою испытывается страхъ, что онъ запутается и не выберется на истинную тропу. И дѣйствительно, онъ во многихъ мѣстахъ ставится цифрами въ заколдованный кругъ. Не мало его смущала и псевдолейкемія со схожими по виду, но не по существу, измѣненіями. Хотя съ затрудненіями, съ нѣкоторыми неправильными положеніями, но Ebstein вышелъ на правильный путь, а также и показалъ, какъ слѣдуетъ бороться съ препятствіями. Его изслѣдованіе западно-европейской литературой считается создавшимъ эпоху.

Какъ только Ebstein выдѣлилъ острую лейкемію, нарисовалъ клиническую ея картину, а также установилъ дифференціальную діагностику, изслѣдователи стали находить ее, и новыя наблюденія надъ ней потекли довольно обильно. И оказалось, что острая лейкемія далеко не такая рѣдкая болѣзненная форма, какъ можно было думать сначала, а сравнительно частая.

Въ слѣдующемъ же году, т. е. въ 1890, Leyden ¹⁾ описалъ случай острой лейкеміи изъ клиники проф. Leyden'a, въ Берлинѣ.

Больной G. A., 25 лѣтъ, принять въ клинику 16 Августа 1889 г. Изъ анамнеза видно, что наслѣдственныхъ страданій у него не было. Будучи 7-ми лѣтнимъ ребенкомъ, онъ перенесъ брюшной тифъ. За четыре года до настоящей болѣзни онъ болѣлъ временами перемежной лихорадкой. Другихъ какихъ либо заболѣваній не было, и онъ чувствовалъ себя все время крѣпкимъ и здоровымъ. 6 Августа 1889 года неожиданно у него появились головныя боли, чувство холода и тяжести во всѣхъ членахъ, а также боль въ позвоночникѣ, особенно слѣва, въ области нижнихъ реберъ. Кромѣ того, больной чувствовалъ общую слабость, вялость, отсутствіе аппетита. Черезъ два дня онъ замѣтилъ у себя въ лѣвомъ боку небольшую опухоль, въ которой были постоянныя, какъ бы рѣжущія, боли. Особенно боли усиливались во время приѣма пищи, а также и при питьѣ. Несмотря на все это, больной продолжалъ исполнять обязанность домашнего слуги. Хотя 11 Августа и была больному подана медицинская помощь, но состояніе его здоровья ухудшалось: опухоль въ боку увеличивалась очень быстро, самъ больной становился все слабѣе и слабѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ также худѣлъ. Врачъ уложилъ его въ постель. Кашель, появившійся въ первый день болѣзни, не прерывался. Больной началъ лихорадить. Всякая попытка подняться на ноги сопровождалась головными болями, ознобомъ и головокруженіемъ.

¹⁾ Leyden. Beitrag zur Lehre von der acuten Leukämie. Jnaug. Dissert. Berlin. 1890.

При поступленіи въ клинику больной жаловался на колющія боли въ опухоли, позывы къ кашлю, потерю аппетита, головныя боли, крайнюю слабость, упадокъ силъ и чувство жара.

При осмотрѣ больного, 17 Августа, найдено, что покровы блѣдны, не отечны на кожѣ лица, губъ, ушей, ногтяхъ и конечностяхъ легкій ціанозъ. Лимфатическія железы не увеличены. Кожа суха, горяча. t° 38.6. Дыханіи 46 въ минуту. Пульсъ 100. Лѣвая половина живота занята опухолью, которая заходитъ за среднюю линію тѣла на два пальца, книзу простирается до *spina ilei anterior superior*, кверху по средней линіи тѣла не доходитъ до *proc. xiphoides* на два пальца. Надъ опухолью перкуторный звукъ тупой. При пальпаціи опухоль—болѣзненна.

При дыханіи замѣчается небольшое смѣщеніе опухоли книзу.

Оба легкія при перкуссіи даютъ ясный тонъ; при выслушиваніи въ нихъ—везикулярное дыханіе.

Сердечный толчекъ ощущивается между 5—7 ребрами, кнутри отъ *linea mamillaris*. Надъ верхушкой сердца ясный систолическій шумъ.

При изслѣдованіи крови найдено чрезвычайно сильное увеличеніе числа блѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Полинуклеаровъ, и большихъ мононуклеаровъ—порвну; эозинофиловъ очень немного. Красныя кровяныя кружечки неизмѣнены. Гемоглобина 75%.

Первое сосчитываніе кровяныхъ тѣлецъ произведено 19 Августа, причемъ оказалось: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2.200.000, блѣлыхъ 400.000; отношеніе блѣлыхъ къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ=1 : 5.5.

Въ послѣдующіе дни пребыванія больного въ клиникѣ состояніе его въ существенномъ мало измѣнилось, но интенсивность припадковъ усилилась.

Такъ болѣзненность въ боку настолько безпокоила большого, что онъ просилъ всервать животъ и вынуть опухоль. Одышка и кашель такъ мучили больного, что онъ только при помощи *narco-tica* могъ заснуть на нѣсколько часовъ. Высокая t° (39.5) не поддавалась *antypiretica*. Больной жаловался на жгучую жажду. Селезенка увеличивалась въ объемѣ. Печень также стала прощупываться изъ за края реберъ. Верхняя ея граница съ 7 ребра поднялась по *l. mamillaris* до нижняго края 5 ребра. Ціанозъ губъ усилился. На шеѣ явился венозный пульсъ. На лицѣ, кромѣ ціаноза, сталъ замѣтенъ отекъ. Пульсъ 130 въ 1'', дикротиченъ. Мочи 1400 грм., удѣльный вѣсъ 1015.

24 Августа. На препаратахъ крови найдены какъ нормобласты, такъ и мегалобласты.

25 Августа. Появился значительный отекъ обѣихъ нижнихъ конечностей—до середины голеней. Паховыя, подмышечныя и локтевыя железы опухли, величиною до боба. Шейныя—не прощупывались. При офтальмоскопированіи найдена сильная извилистость венъ сѣтчатки; *papillae n. optici* нормальны. t° 37.7. Пульсъ 116. Мочи 1500.; уд. вѣсъ 1015.

Въ послѣдующіе дни—до 6 Сентября явленія продолжали ухудшаться. Отекъ занялъ нижнія конечности и распространился на животъ. Нѣсколько спавшая t° , вновь поднялась до 38.2. Пульсъ 120. Мочи 1600. уд. вѣсъ 1016.

6 Сент. Произведенъ счетъ форменныхъ элементовъ крови. Въ 1 куб. милл. крови найдено: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.456.000, бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 540,000; отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 2.6.

Такъ какъ составъ крови былъ сильно измѣненъ, общее состояніе больного внушало серьезную опасность, то 8 Сент. сдѣлано кровопусканіе. У больного взято 450 куб. сант. крови. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа ему введено въ *v. cephalica* 250 куб. сант. дефибринированной теплой крови, взятой отъ здороваго служителя. Вскорѣ у больного явились признаки наступающаго коллапса. t° , измѣряемая въ полости рта, съ 37.4 пала на 34.6. Пульсъ сталъ 152. Но эти явленія постепенно сгладились, и черезъ 4 часа послѣ кровопусканія t° поднялась на 39. Пульсъ 144.

На слѣдующій день подсчетъ тѣлецъ крови далъ:

Красныхъ кров. тѣлецъ 1.610.000, бѣлыхъ 360.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 4.5.

14 Сент. При новомъ подсчетѣ кров. тѣлецъ найдено:

Красн. кров. тѣлецъ 1.130.000, бѣлыхъ 330.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 3.4.

15 Сентября. Въ виду того, что состояніе больного значительно ухудшилось, сдѣлано ему вторичное кровопусканіе въ объемѣ 300 куб. сант. вмѣсто вышущенной крови влито 220 куб. с. дефибринированной теплой крови, взятой отъ реконвалесцента, перенесшаго сухой плевритъ.

Передъ трансфузіей t° =38.6. Пульсъ 128.

Послѣ трансфузіи t° не падала ниже 38 4. Пульсъ достигъ 132.

16 Сент. больной жаловался на сильныя боли въ животѣ. Отекъ усилился. У больного сильный потъ, дрожь, сильный ціанозъ. t° понизилась. Пульсъ же очень учащенъ: 160—170 ударовъ въ минуту.

17 Сентября состояніе больного становится хуже. t° постепенно падаетъ: 36,7; 36,2; 35,6; 35. Пульсъ 170. У больного коллапс, и въ 5 ч. по полудни смерть.

Вскрытіе 19 Сент. 1889 г.

Въ грудной и брюшной полостяхъ обильное скопленіе серозной жидкости.

Селезенка вѣс. 2270 грм., длина ея 32 см., ширина 16 см. и толщина 9.5 см. Печень свѣтло-бурая, плотная. Фолликулы и трабекулы мѣстами гиперплазированы. Въ пульсѣ инфаркты. Нѣкоторыя изъ вѣтвей *v. hepatis* затромбированы.

Почки не увеличены, анемичны.

Фолликулы и пейеровы бляшки умѣренно гиперплазированы.

Легкія отечны.

Сердце блѣдно-красное, съ хорошо развитой мускулатурой. Клапаны нормальны.

Костный мозгъ темнокраснаго цвѣта.

Лимфатическія желёзы различныхъ мѣсть болѣе или менѣе увеличены.

Микроскопическое изслѣдованіе крови дало въ общемъ тѣ же результаты, какіе получены при жизни 24 Августа.

Продолжительность болѣзни 6 недѣль. (43 дня).

Westphal¹⁾, на 62 съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ секціи внутренней медицины, сообщилъ весьма интересный во многихъ отношеніяхъ случай острой лейкеміи.

Больной К. К., 16 лѣтъ, каменщикъ, происходитъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ ничѣмъ не страдалъ. Въ Маѣ 1888 года, при паденіи съ 4 этажа новой постройки, получилъ сотрясеніе мозга. Черезъ 2 мѣсяца только могъ приступить къ легкимъ работамъ.

Черезъ годъ послѣ этого несчастія у больного появились обильныя и трудно останавливаемыя кровотечения изъ носа и изо рта; затѣмъ пациентъ замѣтилъ у себя разсыяныя по всему тѣлу мелкія и болѣе крупныя красноватыя пятна и пузырьки. Общее состояніе значительно ухудшилось. Больной ощущалъ сильную слабость, не былъ способенъ ни къ какой работѣ. У него развились головокруженія, головныя боли, затрудненное дыханіе и замѣчалось сильное истощеніе. Черезъ 4 недѣли послѣ начала болѣзни, сильно обезпокоившей родителей и заставившей ихъ обратиться къ медицинской помощи, больной былъ помѣщенъ въ клинику проф. Erb'a, въ Гейдельбергѣ.

При осмотрѣ больной оказался крайне слабымъ и анемичнымъ. По всему тѣлу были разсыяны какъ мелкія, такъ и болѣе крупныя кровоизліянія, а также и пигментныя пятна—слѣды старыхъ кровоизліяній. На языкѣ замѣчены геморрагическія эрозіи. Десны блѣдныя, пронизаны мелкими кровоизліяніями. Шейныя лимфатическія желёзы лѣвой стороны сильно опухли; умѣренное опуханіе представляли подмышечныя и паховыя желёзы обѣихъ сторонъ. Площадь пригугленія селезенки очень велика—въ длину 21 см и въ ширину 13 см. При положеніи больного на спинѣ селезенка прощупывается.

Со стороны другихъ органовъ, центральной нервной системы и мочи—измѣненій и уклоненій не замѣчено.

При изслѣдованіи нѣсколько блѣдной и водянистой крови найдено очень значительное уменьшеніе числа красныхъ кров. тѣлецъ и увеличеніе бѣлыхъ.

¹⁾ Westphal. Über einen Fall von acuter Leukämie. Münchener Med. Wochenschrift № 1. 1890. S. 4.

При счисленіи оказалось: красныхъ тѣлецъ 816.000, бѣлыхъ 24.000. Отношеніе красныхъ къ бѣлымъ=1:34. Гемоглобина 45% по Hämometr'у Fleischl'я. Пойкилоцитоза не было. Преобладали мелкіе бѣлые кровяные шарики. Микроорганизмовъ въ крови не найдено.

Вскорѣ послѣ поступленія въ клинику развились у больного дифтерійныя язвы на лѣвой миндалинѣ, которыя, не смотря на энергичное вмѣшательство, не уступали леченію.

Въ теченіи этого процесса $t^{\circ}=40^{\circ}$, пульсъ 120—160 ударовъ. У больного появилась чувствительность при давленіи грудины и обѣихъ малоберцовыхъ костей и кровь въ стулѣ. Офтальмоскопомъ обнаружены мелкія кровоизліянія въ глазномъ днѣ.

Температура держалась все время высоко. Некротическій процессъ настолько усилился, что больной уже не могъ принимать пищи. Силы его падали. Печальный конецъ приходилось ожидать каждый день.

Утромъ, 16 мая, больному былъ сдѣланъ проколъ селезенки съ цѣлью полученія матеріала для выясненія этиологіи острой лейкеміи. Полученныя частички селезенки засѣяны на агарь-агарь. Больной нѣкоторое время послѣ пункціи не обнаруживалъ никакихъ уклоненій въ общемъ состояніи. Въ полдень вдругъ наступили сильныя боли въ области селезенки. Передъ этимъ бывшій коллапсъ усилился, и больной умеръ въ этотъ же день.

При вскрытіи въ серозныхъ оболочкахъ груди и брюшной полости найдены мелкія и крупныя кровоизліянія въ различномъ количествѣ.

Во всѣхъ внутреннихъ органахъ также были разсѣяны геморрагіи.

Въ головномъ мозгу въ двухъ различныхъ мѣстахъ найдены старыя апоплектические очаги.

Лимфатическія железы блѣдны, и только мѣстами поверхность разрѣза представлялась пятнисто красноватой.

Въ костномъ мозгу были сѣроватыя и желтоватыя очаги; мѣстами замѣчались участки, по консистенціи и цвѣту напоминавшіе малиновое желе.

Лѣвая миндалина и небная дужка покрыты омертвѣвшими массами.

Въ брюшной полости значительное количество кровянисто-серозной жидкости.

Селезенка окружена довольно толстымъ кровянымъ сгусткомъ. По ея длинѣ находится, въ нѣсколько миллиметровъ длиною, узкая и неглубокая рваная ранка; края ея слабо зіяютъ; раневая щель заполнена свѣжимъ сверткомъ крови. Крупный сосудъ неповрежденъ. Селезенка длиною 16 см., мягка, мясистой консистенціи, сѣровато-краснаго цвѣта. Мальпигіевы тѣльца выступаютъ рѣзко трабекулы же затушеваны.

При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, окрашенныхъ эозиномъ и метиленовой синькой, найдены въ органахъ, характерныя для лейкеміи, измѣненія.

Въ печени капилляры были сильно наполнены круглыми клѣтками. Значительная клѣточковая инфильтрація наблюдалась вокругъ v. v. centrales, а также и въ перипортальной ткани. Вслѣдствіе этого границы долекъ выступали очень рѣзко.

Въ почкахъ скопленіе круглыхъ клѣтокъ было слабѣе и носило болѣе очаговой характеръ. Сильная клѣточковая инфильтрація замѣчалась въ капиллярахъ, оплетающихъ витые каналцы, а также и въ пирамидахъ.

Въ лимфатическихъ железахъ замѣчалась простая клѣточковая гиперплазія; артеріальные сосуды были заполнены многочисленными лейкоцитами.

Селезенка представляла картину мелкоклѣточной гиперплазіи. Эпителиоидныхъ клѣтокъ, а также фигуръ дѣленія ядеръ не замѣчалось.

Костный мозгъ былъ инфильтрированъ круглыми клѣтками, частію въ видѣ очаговъ.

Послѣвы на желатину и агаръ-агаръ изъ крови и сока селезенки дали отрицательный результатъ.

Westphal по поводу этого случая замѣчаетъ, что техника прокола селезенки не будетъ выработана и усовершенствована, до тѣхъ поръ неудобно пользоваться имъ. Этотъ прискорбный случай показываетъ, что у лейкемиковъ, какъ и у гемофиликовъ, изъ незначительныхъ ранокъ могутъ быть смертельныя кровотеченія.

„Gewiss ein sehr zu beherzigendes Ergebniss, welches uns lehrt, dass bei Läkemikern, deren Krankheitsbild die Complication mit Blutungen darbietet, selbst aus ganz minimal kleinen Wunden der inneren Organe tödtliche Blutungen erfolgen können, ganz wie es bei den ächten Hämophilen der Fall ist. Jedenfalls wird uns diese eine Ehrfahrung zur grössten Vorsicht bei änlichen Eingriffen ermahnen und uns, falls nicht Verbesserte und verfeinerte Methoden für diese Punctionen gefunden werden, zunächst vor solchen Verfahren bei diesen Erkrankungsformen gänzlich abhalten“.

Д-ръ Stintzing ¹⁾ въ засѣданіи внутренней медицины 62 съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей сообщилъ, что ему пришлось наблюдать случай острой лейкеміи со смертельнымъ исходомъ.

¹⁾ Münch. Med. Wochenschrift № 2. 1890. S. 32.

Молодой человекъ, носильщикъ на Альпахъ, слабо тѣлосложенія, обнаружилъ признаки очень сильной анеміи и наклонность къ носовымъ и другимъ кровотечениямъ. При счетѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ оказалось 800.000 въ 1 куб. мил. Отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:50.

Причиной, располагавшей къ заболѣванію, референтъ считаетъ тѣлесныя напряженія.

Senator¹⁾, приводя изрѣченіе Горация: „Nonum prematur in annum“, описываетъ случай, который онъ наблюдалъ въ 1879 году, т. е. за 11 лѣтъ до опубликованія.

Больная, 49 л., до поступления въ госпиталь 24 мая 1879 г., особнхъ страданій не имѣла, кромѣ гастрической лихорадки, бывшей у нея нѣсколько лѣтъ тому назадъ, и обильныхъ потерь крови какъ во время регулъ, такъ и въ теченіи всѣхъ шести, протекшихъ у нея, родовъ. Съ Пасхи больная стала чувствовать возрастающую слабость, а также начала лихорадить. Въ клинику она была принята по поводу prolapsus uteri, но изъ хирургическаго отдѣленія уже чрезъ нѣсколько дней ее перевели въ отдѣленіе внутреннихъ болѣзней.

При изслѣдованіи замѣчена сильная блѣдность кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Лимфатическія железы нигдѣ не представлялись опухшими. Сердце нѣсколько увеличено. На груди нѣ какъ справа, такъ и слѣва, соответственно 2-му ребру, слышался рѣзкій систолическій шумъ. Въ art. scapularis, ulnaris, radialis, dorsalis pedis—систолическій тонъ. Вены обѣихъ кистей рукъ сильно просвѣчиваютъ и пульсируютъ. При давленіи на периферическій конецъ вены пульсъ исчезаетъ. Пульсъ 104. Со стороны остальныхъ органовъ не усмотрѣно измѣненій. Грудина при давленіи неболѣзненна.

При офтальмоскопированіи глаза замѣчена пульсація вблизи papillae; повидимому, имѣется систолическое покраснѣніе papillae. t^o представляла колебанія между 40—36°.

Въ послѣдующіе дни замѣчено увеличеніе селезенки.

Кровь была изслѣдована 2 и 11 іюля. При первомъ изслѣдованіи въ полѣ зрѣнія были видны 7—9 бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; при второмъ—отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1:2.

При возрастающемъ упадѣ силъ больная скончалась 11 іюня.

При вскрытіи, произведенномъ проф. Grawitzомъ, найдена, въ высокой степени лейкемія, язвенный эндокардитъ и аневризма задней створки полудунныхъ клапановъ аорты. Селезенка длиной 16 cm. Почки малы; блѣдны; на поверхности неглубокіе рубцы, въ лѣвой маленькая киста.

¹⁾ Senator Ein Fall von Leukaemia acutissima und centripetalem Venenpuls
Berliner Klin. Wochenschrift № 4. 1890. S. 69.

Костный мозгъ малыхъ берцовыхъ костей сильно гиперемированъ.

Senator считаетъ, что лейкемія развилась и протекла быстро—въротно, въ продолженіе 9 дней.

Образцовъ¹⁾ опубликовалъ два случая острой лейкеміи, имѣющіе чрезвычайно важное значеніе для этиологіи этой формы.

1-е набл. Д. Г., 17 лѣтъ, воспитанникъ ремесленного училища, происходилъ изъ здоровой семьи; перенесъ въ дѣтствѣ корь; остальное время пользовался хорошимъ здоровьемъ. Болѣть около 2-хъ недѣль. Вначалѣ, безъ всякой причины, развилось носовое кровотеченіе, которое съ перерывами тянулось 5 дней.

Затѣмъ, дней 10 тому назадъ, появилась на тѣлѣ сыпь. Наконецъ, 5 дней тому назадъ, повторилось носовое кровотеченіе и было настолько сильно, что, для остановки его, больного привезли въ хирургическое отдѣленіе Александровской больницы. Кровь была остановлена тампонаціей полости носа. Такъ какъ больной лихорадиль, то его 28 февраля 1889 г. перевели въ пропедевтическую клинику проф. Леша.

При осмотрѣ больного, 1 марта, лицо и слиз. оболочки найдены очень блѣдными. На шеѣ, верхнихъ конечностяхъ, а также и по всему тѣлу были видны темносинія, круглыя пятна, не исчезающія при давленіи пальцемъ.

Параллельно правой нунартовой связкѣ, выше ея, проходила темно-синяя полоса, шириною въ два пальца. На нижнихъ конечностяхъ было очень много пятенъ, величиною отъ булавочной головки до 50 пфениговой монеты. На соединительной оболочкѣ обоихъ глазъ кровоизліянія. Кожа на ощупь горяча. Пульсъ 126. Дыханій 28.

Тоны сердца чисты. Въ шейныхъ венахъ анемическіе шумы. Въ легкихъ хрипы. При положеніи больного на спинѣ, селезенка выдается изъ за края реберъ на поперечникъ пальца. Печень не прощупывается. При перкуссіи обнаруживается выходеніе ея также на 1 палецъ изъ-за края реберной дуги по l. mamillaris dextra.

Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахара. Въ крови число обычно встрѣчающихся лейкоцитовъ увеличено—«die Zahl der weissen Blutkörperchen, die der Form nach von den gewöhnlichen Blutleukocyten sich nicht unterscheiden, scheint etwas vergrößert zu sein». t° утр. 38°7—веч. 39°4.

Діагнозъ: Morbus maculosus Werlhofii.

3 Марта у больного изъ праваго уха появилось гноетеченіе. t° утр. 37°7, веч. 38°6.

¹⁾ Obrastzow. Zwei Fälle von acuter Leukämie—(Aus dem städtischen Alexander—Spital in Kiew). Deutsche Med. Wochenschrift № 50. 1890. S. 1150.

6 Марта. Селезенка выдается уже на 5 пальцевъ изъ подъ края реберной дуги. Шейныя, подмышечныя и паховыя железы на ощупь тверды. t° утр. 38° —веч. $38^{\circ}.8$.

10 Марта. Селезенка достигаетъ до пупка. Печень по *lin. mam. dextra* уже на 2 пальца ниже края реберной дуги. Обѣ подчелюстныя области припухли, особенно позади угловъ нижней челюсти. Пульсъ 108. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ значительно увеличено. Отношеніе лейкоцитовъ къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ=1:7. Лейкоциты мелкозернисты и содержатъ одно ядро. t° утр. $38^{\circ}.6$ —веч. $39^{\circ}.5$.

11 Марта. Въ верхней части задней стѣнки глотки появилась язва, простирающаяся въ носо-глоточную полость. На обѣихъ миндалинахъ и на язычкѣ желтовато-сѣрый налетъ. Число опухшихъ железъ еще больше; нѣкоторыя изъ нихъ величиною съ голубиное яйцо. Красныхъ кров. тѣлецъ 3.044.000 въ 1 куб. милл. Гемоглобина около 30%. Пульсъ 112. Дых. 32. t° утр. 38° —веч. $39^{\circ}.3$.

13 Марта. Большой 10 разъ имѣлъ стулъ съ примѣсю крови. Ноги отекли. Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1:8. t° утр. $38^{\circ}.8$ —веч. $39^{\circ}.5$. Въ послѣдующіе дни у больного появилась чувствительность при давленіи въ груднѣхъ и въ ребрахъ, а также носовое кровотеченіе.

16 Марта въ 7 ч. утра больноі умеръ; Въ 10 ч. утра вырѣзана лимфатическая железка для изслѣдованія на каріомитозъ.

Вскрытіе произведено проф. Минхомъ.

При аутопсіи найдено въ области угловъ нижней челюсти утолщеніе и склерозъ подкожной клѣтчатки шеи. На грудной клѣткѣ, именно на нѣкоторыхъ мѣстахъ, узлы; часть изъ нихъ съ лѣсной орѣхъ.

На животѣ и на довольно сильно отекавшихъ нижнихъ конечностяхъ темно-фіолетовыя точки, пятна и пятнышки. Надъ пупартовой связкой полоса, шириной въ 2 пальца. Она тянется отъ *symphysis* до *spina iléi anterior superior dextr.* Въ разрѣзѣ полоса представляетъ серозно-кровоянистый инфильтратъ кожи и подкожной клѣтчатки вплоть до фасціи.

Въ лѣвой барабанной полости—скопленіе гноя.

Въ мѣшкѣ правой плевры 6 унцъ серозно-кровоянистаго трансудата.

Въ верхней части передняго средостѣнія зубная железа, величиной съ кулакъ.

На миндалинахъ, язычкѣ—дифтерійный налетъ. Язва глотки покрыта грязно-зеленымъ дифтерійнымъ налетомъ.

На висцеральномъ перикардіи множественныя точечныя кровоизліянія. На *valv. tricuspidalis* экхимозы, величиною съ чечевицу. Мышцы сердца блѣдны, мутны и тонки. Зубная железа 9: 9: 3.5; плотна; въ разрѣзѣ бѣловато-желтая похожа на мозгъ.

Въ ретроперитонеальной клѣтчаткѣ *coli ascend.* свѣжія кровоизліянія.

Селезенка длиной 18, шириной 12, толщиной 5 см. Пульпа красновато-бурого цвѣта, гиперплазирована. Трабекулы рѣзки.

Подъ капсулою и въ корковомъ слоѣ почекъ темнофіолетовыя точки и пятнышки. Поверхность почекъ гладка, желтовато-бѣлаго цвѣта.

Въ слиз. об. желудка, соотвѣтственно большой его кривизнѣ, довольно много кровоизліяній. Фолликулы и пейеровы бляшки тонкихъ кишекъ рѣзки. Въ верхнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ—экхимозы. Складки слиз. об. поперечноободочной кишки утолщены и инфильтрированы дифтерійнымъ эксудатомъ. Такіе же островки, въ 4—5 мм, находятся и въ слиз. об. coli descend. и S. Romani.

Печень представляетъ разлитой лейкемическій инфильтратъ.

При изслѣдованіи лимфатической железки, экстирпированной изъ *trigonum femorale*, проф. Подвысоцкій нашелъ многочисленныя хромолитическія фигуры и огромное количество микрококковъ, истинный характеръ которыхъ точно не установленъ—«Sowie eine enorme Zahl von Mikrococcen, deren Charakter nicht genau festgestellt wurde».

2-е наблюденіе. Фельдшеръ клиническаго отдѣленія В 32 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи. Будучи 22—23 лѣтъ, во время русско-турецкой войны, страдалъ перемежной лихорадкой; 27 лѣтъ перенесъ сыпной тифъ.

На видъ кажется истощеннымъ и блѣднымъ. Сифилиса не имѣлъ.

Когда больной острой лейкеміей Д. Г. лежалъ въ клиникѣ, то фельдшеръ В ухаживалъ за нимъ: измѣрялъ t° , собиралъ мочу и калъ, помогалъ при изслѣдованіи крови, при томпаонаціи носа и т. д. Послѣ смерти больного Д. Г., т. е. съ 16 марта вплоть до конца апрѣля, онъ былъ здоровъ. 26 апрѣля случайно имъ была замѣчена на лѣвомъ предплечіи петехія. 27 апрѣля онъ уже чувствовалъ себя дурно. t° къ вечеру поднялась до 38° . Слѣдующіе два дня ему было лучше, хотя вечерняя t° и поднималась до 38° — $38^{\circ}.5$. 30 апрѣля онъ замѣтилъ на всемъ тѣлѣ петехіальную сыпь. Моча стала мутной, и въ ней появился бѣлокъ. t° утр. $37^{\circ}.2$, веч. $38^{\circ}.7$. 1 мая д-ръ Образцовъ впервые увидалъ больного. При изслѣдованіи у больного найдено увеличеніе селезенки: она на палецъ выдавалась изъ за края реберъ. t° утр. $37^{\circ}.2$ —вечер. $38^{\circ}.4$.

2 Мая. Появилась опухоль и краснота лѣвой половины твердаго неба, а также небольшое опуханіе десенъ. t° утр. $37^{\circ}.8$.—веч. $38^{\circ}.1$. Въ слѣдующіе дни—4 и 5 мая, появилась головная боль и рвота не только послѣ кушанья, но и послѣ пріема лѣкарства. t° была утромъ $37^{\circ}.5$, $37^{\circ}.6$ —веч. $38^{\circ}.3$, $38^{\circ}.2$.

6 Мая селезенка уже на 4 пальца выдавалась изъ-за края реберъ. Петехіи въ центрѣ желты. Число лейкоцитовъ значительно увеличено.

Они большею частью нѣжно зернисты и содержали по одному круглому ядру. t° утр. $38^{\circ}.2$ веч. $38^{\circ}.6$.

7 Мая. Все твердое небо покраснѣло и припухло. На правой половинѣ мягкаго неба и на правой миндалинѣ кровоизліяніе. 3 дня больной дышетъ черезъ ротъ, такъ какъ носъ заложено. Подчелюстныя и паховыя железы увеличены.

Печень на два пальца выдается изъ-за края реберъ. Рвота. Стулъ жидкій, частый, съ примѣсью крови. t° утр. $37^{\circ}.8$ —веч. $38^{\circ}.8$.

8 Мая. Съ 5 ч. утра и до 11 ч. дня—умѣренное носовое кровотеченіе.

Подмышечныя железы опухли. Грудина чувствительна при давленіи. Въ соед. оболочкѣ праваго глаза—кровоизліяніе. Селезенка доходитъ до пупка. Число лейкоцитовъ увеличено. Фигуръ дѣленія ни въ гематобластахъ, ни въ лейкоцитахъ—не было.

При изслѣдованіи капли крови въ $\frac{3}{4}\%$ растворѣ поваренной соли отношеніе лейкоцитовъ къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ=1:9. t° утр. $37^{\circ}.8$ —веч. $37^{\circ}.8$.

9 Мая. Носовое кровотеченіе продолжается. Десны припухли и кровоточатъ. Слиз. об. твердаго и мягкаго неба, глотки—красна, припухла, пропитана множественными кровоизліяніями. t° у. 37.5 —в. 37.6 .

10 Мая. На тѣлѣ множественныя свѣжія красныя пятна, величиною отъ булавочной головки. Носовое кровотеченіе. Пульсъ 108. t° утр. $37^{\circ}.4$ —веч. $37^{\circ}.7$

11 Мая, около 3 часовъ утра, больной скончался.

Такимъ образомъ лейкемія въ 1-мъ случаѣ продолжалась 30 дней, а во 2-мъ 14 дней. Въ первомъ случаѣ при изслѣдованіи крови сначала не было найдено измѣненій, поэтому и поставленъ діагнозъ *M. maculosus Werlhofii*, а затѣмъ въ теченіе 10 дней развились опуханіе селезенки, печени, лимфатическихъ железъ и лейкемическое измѣненіе крови. Черезъ 8 дней послѣ этого больной умеръ.

Вскрытіе не могло быть сдѣлано. Черезъ 8 ч. послѣ смерти, черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки, отдѣленъ былъ кусочекъ селезенки.

Д-ръ Судакевичъ въ ткани селезенки не могъ найти микроорганизмовъ.

Д-ръ Образцовъ, считая, что фельдшеръ заразился, полагаетъ, что инкубационный періодъ длился отъ 56—41 дня.

G u t t m a n n ¹⁾ наблюдалъ въ 1891 г. весьма рѣдкій случай острой лейкеміи, протекшей чрезвычайно быстро.

М Л., 10 лѣтъ; будучи $1\frac{1}{2}$ лѣтъ имѣлъ корь; 5-ти лѣтъ сыпь на лицѣ; за годъ до настоящей болѣзни перенесъ операцію удаленія обѣихъ минда-

¹⁾ G u t t m a n n. Über einen Fall von Leukaemia acutissima. Berlin. Klin Wochenschrift. № 46. 1891. S. 1109.

линь и аденоидныхъ разрошеній носовой полости. За 3 недѣли до послѣдняго заболѣванія оглохъ, такъ какъ давно уже болѣли уши.

Нѣсколько дней чувствовалъ слабость и притомъ настолько сильную, что не могъ итти въ школу. Настоящее заболѣваніе рѣзко выразилось 9 Мая 1901 г. появленіемъ крови въ мочѣ. Одновременно мать замѣтила на тѣлѣ разбросанныя темно-синія пятна. На слѣдующій день, т. е. 10 Мая, явилось кровотеченіе изъ носа и полости рта. 11 Мая кровотеченій не было. 12 Мая, около полудня, мальчикъ потерялъ сознаніе, и у него обнаруженъ правосторонній параличъ. Въ этотъ день вечеромъ, больной препровожденъ въ больницу.

13 Мая, при осмотрѣ больного найдены въ кожѣ на многихъ мѣстахъ туловища и конечностей частію мелкія, частію крупныя, вслѣдствіе сліянія, кровоизліянія; они темно-синяго цвѣта. Явленія предъидущаго дня безъ измѣненій.

Органы кровообращенія и дыханія не измѣнены. Пульсъ 60. Селезенка увеличена. Край ея прощупывается на 1 смъ ниже реберной дуги. Печень также увеличена, выступаетъ изъ за края реберной дуги на ширину ладони. Умѣренный priapismus. Лихорадки нѣтъ.

Ислѣдованіе крови дало увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1:1,4.

Въ 6¹/₂ ч. вечера больной умеръ.

При вскрытіи найдено на поверхности сердца много свѣжихъ кровоизліяній; въ остальномъ оно нормально.

Т h u m u s увеличена (9: 7: 3³/₄ см); она составляетъ ³/₄ объема сердца; въ разрѣзѣ мягка, частію бѣловато-розова, частію равномерно-розоваго цвѣта, даже темнокрасна.

Селезенка втрое больше нормальной; въ разрѣзѣ равномерно красна.

Печень увеличена; паренхима сѣровато-красна, мутна.

Въ правой почкѣ пропитываніе кровью лоханокъ.

Въ лѣвомъ боковомъ желудочкѣ головного, мозга объемистый свертокъ крови, разрушившій значительную часть corporis striati, thalami optici и со- слѣдніе участки мозга.

Въ заднемъ рогѣ праваго боковаго желудочка сравнительно меньшее количество свернувшейся крови и также обусловившей разрушеніе пограничнаго вещества мозга. Въ бѣломъ веществѣ правой височной доли геморрагическій очагъ, величиною съ лѣсной орѣхъ.

Костный мозгъ бедренной кости—темнокраснаго цвѣта.

Лимфатическія железы не опухли.

При микроскопическомъ ислѣдованіи мазковъ крови, окрашенныхъ эозиномъ и метиленовой синькой, полинуклеаровъ и эозинофиловъ встрѣчалось очень мало—«Von Polynucleären und eosinophilen Zellen (P. Ehrlich), fanden sich nur wenige im ganzen Präparate».

Болѣзнь протекла въ 4¹/₂ дня, послѣ появленія первыхъ ясныхъ признаковъ.

Прививки на агарь—агарь дали отрицательный результатъ.

Hinterberger ¹⁾ описываетъ слѣдующій случай острой лейкеміи.

Больная Agn. S., 30 л., происходитъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ перенесла корь.

Въ декабрѣ 1889 г болѣла инфлюэнціей. На Рождествѣ замѣтила припухлость и легкую кровоточивость десенъ. Въ ночь на 27 декабря у нея явился жаръ, вслѣдствіе котораго больная слегла въ постель и уже болѣе не вставала. 28 дек. образовался абсцессъ на внутренней сторонѣ передней части нижней челюсти. У пациентки былъ сильный жаръ и болѣзненность въ полости рта, затѣмъ черезъ нѣсколько дней явилась болѣзненная припухлость правой щеки и болѣзненная твердая опухоль, съ голубиное яйцо, подъ правой вѣтвью нижней челюсти. Отъ боли пациентка лишилась сна и вынуждена была принять при лежаніи приподнятое положеніе. Абсцессъ вскрылся въ новый годъ. Къ 5 января опухоль уменьшилась. Но чувство жженія и боли во рту, равно опухоль и болѣзненность правой щеки оставались безъ измѣненія. 6 Января у больной были колющія боли въ ухѣ и въ области parotis, особенно беспокоившія больную при глотаніи.

7 Января она замѣтила кровоизліяніе, величиною съ талеръ, на лѣвомъ предплечіи.

Больная имѣла сильныя боли въ области желудка; почти каждую ночь со рвотой выдѣлялось много слизи, смѣшанной съ кровью. Стулъ вызывался ol. ricini.

6 Января 1890 г. пациентка поступила въ больницу.

При осмотрѣ больной 7 января замѣчены на кожѣ верхней половины груди и на лопаткахъ разсыянныя многочисленныя кровоизліянія ярко краснаго цвѣта, величиной отъ булавочной головки до маленькой чечевицы. На бедрахъ и правой голени имѣются многочисленныя, такой же величины, пятна, окрашенныя въ темно бурый цвѣтъ. t° 38°5. Пульсъ 128 ударовъ въ минуту. Со стороны дыханія уклоненій нѣтъ.

Правая половина лица представляетъ разлитую, мягкую, эластическую, безъ флюктуаціи, опухоль. Кожа надъ ней гладкая, блестящая, горячая, нѣсколько покраснѣлая.

Пациентка едва можетъ открыть ротъ; изъ него сильный запахъ. Десны покраснѣли, сильно припухли, отстали отъ зубовъ; соответственно верхнему правому рѣзцу онѣ распались; язвенная поверхность неровная, покрыта нечистымъ желтымъ налетомъ. Языкъ обложенъ, желтоватъ, края его красны. Глотка, дужки и язычекъ покраснѣли. Глотаніе болѣзненное.

¹⁾ Hinterberger. Ein Fall von acuter Leukämie. Deutsch, Arch. f. klin. Med. Bd. 48 1891. S. 324.

Конфигурація груди нормальная. Грудина при давленіи умѣренно болѣзненна.

Въ легкихъ и сердцѣ уклоненій нѣтъ.

Площади притупленія печени и селезенки увеличены. Селезенка прощупывается.

Въ мочѣ слѣды бѣлка, немного гіалиновыхъ цилиндровъ; большой осадокъ изъ мочекислаго натрія.

9 Января. Язва на деснѣ представляется больше; кромѣ того, появились гнѣзда омертвѣнія на другихъ мѣстахъ десенъ и слизистой об. правой щеки.

13 Января. По обѣимъ сторонамъ шеи прощупываются средней величины и малые пакеты инфильтрированныхъ железъ. Подмышечныя и паховыя железы въ первый разъ при давленіи болѣзненны и достигаютъ величины боба. Зрѣніе понижено. На днѣ лѣваго глаза, снаружи сосочка, полулунной формы кровоизліяніе.

Въ мочѣ порядочно бѣлка.

Въ крови найдено при изслѣдованіи 40% гемоглобина, 360.000 бѣлыхъ и 2.125.000 красн. кров. тѣлецъ въ 1 куб. мм. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ кровянымъ кружечкамъ=1:7. Слабый пойкилоцитозъ. Бѣлыя кровяныя тѣльца крупны, съ нѣсколькими ядрами. Въ отдѣльныхъ клѣткахъ видны сильно блестящія зернышки.

Температура въ теченіе этого времени колебалась между 38—39.7 °С.

Вечеромъ, 13 января, по случаю затрудненнаго дыханія, сильнаго ціаноза и опасности наступленія отека гортани, больная переведена въ клинику проф. Billroth'a

Въ хирургической клиникѣ больная была въ забытіи. У нея появились свѣжія кровоизліянія на бедрахъ, конъюнктивахъ, равно и легкій бронхитъ. На мягкомъ небѣ, по средней линіи, на протяженіи 4 см., потеря вещества слиз. об. Десны грязно обложены. Нѣкоторые зубы выпали, другіе такъ шатаются, что грозятъ выпасть.

Въ мочѣ Heller'овской пробой обнаруживается ясное присутствіе крови.

15 Января. Т° утромъ 38°.4. Опухоль железъ и ціанозъ усилились.

Въ соединительной оболочкѣ новыя экхимозы. При изслѣдованіи офтальмоскопомъ обнаруженъ отекъ сѣтчатки въ области обоихъ масл., а также видны разсыяныя, круглой формы, темнокрасныя, въ центрѣ свѣтложелтыя, кровоизліянія. Зрит. сосочки слегка завуализированы, въ остальномъ нормальны. Въ сѣтчаткѣ обоихъ глазъ, въ мѣстѣ желтыхъ пятенъ, поверхностныя кровоизліянія.

Вслѣдствіе ціаноза и затрудненнаго дыханія сдѣлана трахеотомія.

Больная въ этотъ же день скончалась.

Паталого-анатомическій діагнозъ: Leukämia. Intumescencia lienis et gland. lymphat. et follicul. intestini. Hyperplasia medullae ossium. Gangraena pharyngis lat. sni. (Septicaemia).

Изъ протокола вскрытія я приведу подробности лишь относительно нѣкоторыхъ органовъ.

Лимфатическія железы шеи увеличены, съ голубиное яйцо, въ разрѣзѣ темносѣровато-красны, очень сочны.

Печень увеличена; края ея тупы; паренхима сѣровато-желта. Дольки крупны. Въ большихъ сосудахъ сѣровато-красныя свертки.

Селезенка дл. 17 см., шир. 15 см., съ тупыми краями; пульпа темно-сѣровато-красна, мягка, выскабливается. Фолликулы замѣтны.

Почки увеличены, блѣдны; корковый слой желтоватъ, пронизанъ сѣрыми, просвѣчивающими полосками.

Языкѣ. Фолликулы корня языка опухли.

Слиз. об. на лѣвой сторонѣ зѣва, *arcus palato-glossus* и миндалинѣ распалась; подслизистая ткань окрашена въ черный цвѣтъ, расплывается; клѣтчатка вокругъ нихъ гнойно инфильтрирована или пропитана мутной серозной жидкостью.

Мезентеріальныя железы величиною съ голубиное яйцо, въ разрѣзѣ темно-сѣровато-красны, сочны.

Фолликулы и пейеровы бляшки тонкихъ кишекъ припухли, выстоять, бѣловатаго цвѣта. Слиз. об. тонкихъ кишекъ сѣровато-красна, имбибирована.

Мозгъ грудины сѣровато-желтаго цвѣта; праваго бедра также сѣровато-желтый, съ сѣровато-красными пятнами и очагами.

Паховыя железы увеличены, въ разрѣзѣ съ красноватымъ оттѣнкомъ.

При бактериологическомъ изслѣдованіи въ опухшихъ шейныхъ железахъ, въ печени—найдено много кокковъ, стрепто и стафилококковъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи печени видно сильное расширеніе капилляровъ и накопленіе въ нихъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Они находятся также и въ интерлобулярной ткани, а также, въ видѣ ограниченныхъ островковъ, и внутри долекъ.

Большіе венозные стволы, особенно развѣтленія *v. portae*, наполнены безцвѣтными кровяными тѣльцами. Печеночныя клѣтки увеличены, сильно зернисты, содержатъ часто много желтаго пигмента. Тамъ, гдѣ капилляры растянуты и наполнены бѣлыми кров. тѣльцами, печеночныя клѣтки сильно сжаты. Протоплазма ихъ тѣхъ же свойствъ.

Продолжительность болѣзни 3 недѣли.

Eichhorst ¹⁾ обнаруговалъ случай острой лейкеміи чисто селезеночнаго типа, безъ всякаго участія въ заболѣваніи лимфатическихъ железъ и костнаго мозга.

¹⁾ Eichhorst. Über acute Leukämie. Virchow's Archiv. Bd. 130. Hft. 3. S. 365.

Больной Л. С., 8 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи. Годъ тому назадъ перенесъ коклюшъ, послѣ котораго вполне оправился. 12 дней тому назадъ стала жаловаться на боль въ области сердца. Въ теченіе слѣдующихъ дней 4 раза вышло со рвотой довольно много кровянистой жидкости. Затѣмъ развилась рѣзкая блѣдность, и сталъ увеличиваться животъ, а также наступила сильная слабость. Приглашенный врачъ опредѣлилъ лейкомію и рекомендовалъ пациента помѣстить въ больницу. Малютка принята въ цюрихскую клинику 1 іюня 1892.

При осмотрѣ больного кожа и слизистыя оболочки найдены блѣдными. Лицо и кожа одутловаты; отека нѣтъ. Наружныя шейныя железы не опухли.

Въ легкихъ, въ области *spinae scapulae*, притупленіе и отсутствіе дыхательныхъ шумовъ. Въ сердцѣ систолическій шумъ. Нижний край печени на 2 смъ выдается изъ-за реберной дуги.

Селезенка прощупывается въ видѣ плотной опухоли въ лѣвомъ подреберіи, имѣетъ видъ языка и верхушкой доходитъ до пупка; нѣсколько болѣзненна при давленіи. Въ полости живота скопленіе жидкости.

Т° нѣсколько повышена. Пульсъ учащенъ.

Въ 1 куб. милл. крови насчитывается 1.000.000 красныхъ и 88.000 бѣлыхъ тѣлецъ.

Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1: 11,4. Гемоглобина 25%.

Ядерныхъ эритроцитовъ нѣтъ. Безцвѣтныя кровяныя тѣльца приближаются по величинѣ къ краснымъ. На препаратахъ, фиксированныхъ въ сулемѣ и алко-голѣ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ, ядерныхъ эритроцитовъ нѣтъ.

Лейкоциты 7—8 μ . и имѣютъ 2—4 ядра. Эозинофиловъ также нѣтъ.

Давленіе на кости не болѣзненно.

Во время пребыванія въ больницѣ, т° у больного была первые два дня повышена, а затѣмъ субнормальная. Пульсъ ускоренъ. Больной имѣлъ въ день по нѣсколько разъ (однажды 14) кровавый стулъ.

На 5-й день пребыванія въ клиникѣ больной скончался.

При вскрытіи найдено большое скопленіе прозрачной жидкости въ полости живота. Около 100 куб. сант. жидкости въ обѣихъ полостяхъ плевры. Меньшее количество въ сердечной сорочкѣ.

Сердце довольно велико. Какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ желудкѣ—жировое перерожденіе мускулатуры. Легкія нѣсколько отечны. Селезенка значительно увеличена, 223 grm., 15: 8 $\frac{1}{2}$: 3 $\frac{1}{2}$, плотна. Трабекулы и мальпигіевы тѣльца замѣтны.

Печень соотвѣтствующей величины. Паренхима блѣдна, равномерно свѣтло-сѣраго цвѣта. Перерѣзанныя вѣтви *v. portae* заполнены сѣрыми, отчасти приставшими къ стѣнкѣ, тромбами. Прочіе сосуды свободны.

Три вѣтви *v. portae* заняты сѣровато-краснымъ, спаяннымъ со стѣнкою, сверткомъ крови. *Art. hepatica* въ *hulus* затромбирована

Стѣнки желудка и особенно слизистая оболочка утолщены. Складки **слиз. об.** нерасправляются.

На **слиз. об.** желудка находится нѣкоторое количество плоскихъ, величиною съ бобъ, имѣющихъ бѣловатое дно, потерь вещества. Вблизи *cardia* нѣкоторыя мѣста рѣзче выдаются, и на верхушкѣ одного изъ выступовъ находится потеря вещества; въ днѣ эрозіи имѣется отверстіе, закрытое кровью. Отверстіе ведетъ въ заполненный кровянымъ сверткомъ сосудъ.

Мезентеріальныя железы нѣсколько увеличены, влажны, блѣдно-сѣро-краснаго цвѣта.

Слиз. обол. тонкихъ и толстыхъ кишекъ слабо отечна.

Почки слегка увеличены, блѣдны, плотны. Кортикальнй слой нерѣзко отдѣляется отъ пирамидъ.

Патолого-анат. діагнозъ. Лейкемическое опуханіе селезенки. Тромбъ *v. portae*. Брюшная водянка. Дефекты желудка, съ разрушеніемъ вены. Отечное набуханіе **слиз. об.** желудка и кишекъ. *Hydrothorax*. Отекъ легкихъ. Разлитое жировое перерожденіе сердца. Высокой степени анемія всѣхъ органовъ.

Продолжительность болѣзни 14 дней.

Продолженіе слѣдуетъ.

Верльгофова болѣзнь или острая лейкемія? *)

Проф. Н. М. Любимова.

16 октября 1901 года я вскрывалъ трупъ студента Казанскаго Ветеринарнаго Института, В. А., 22 лѣтъ, умершаго въ терапевтическомъ отдѣленіи факультетской клиники. Клинической діагнозъ былъ: *Morbus maculosus Werlhofii*.

Въ ноябрѣ мѣсяцѣ факультетской терапевтической клиникѣ были сообщены важнѣйшіе результаты изслѣдованія. Именно: а) система кровеносная и лимфатическая: лейкемическая острая гиперплезія селезенки (*leucaemia acutissima*); жировое перерожденіе сердца; б) сист. органовъ дыханія: геморрагіи слиз. об. бронховъ; в) система органовъ пищева-ренія: жировое перерожденіе и лейкемическія лимфомы печени. Опуханіе фолликуловъ и пейеровыхъ бляшекъ тонкихъ кишекъ; д) система мочевыхъ и половыхъ органовъ: жировое перерожденіе почекъ. Геморрагіи слиз. об. чашечекъ, лохановъ и мочеточника правой почки. Геморрагіи слиз. об. мочевого пузыря; е) система органовъ движенія и кожи: петехіи и геморрагіи кожи верхнихъ и нижнихъ конечностей, а также и туловища.

Въ мартѣ мѣсяцѣ 1902 г. появилась статья г. ординатора факультетской терап. клиники д-ра М. А. Глазова ¹⁾, подъ заглавіемъ: „къ казуистикѣ *morbus maculosus Werlhofii*“. Въ этой

*) Читано въ засѣданіи Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 29 октября 1902 г.

¹⁾ Глазовъ. Къ казуистикѣ *morbus maculosus Werlhofii*. Труды факультетской терапевтической клиники Императорскаго Казанскаго Университета, издаваемые подъ редакціей проф. С. В. Левашова. Вып. III. Казань. 1902 стр. 66.

статья совершенно не упоминается о вскрытіи и о результатахъ патолого-анатомическаго изслѣдованія. Все, что мы въ ней находимъ—слѣдующее: „трупъ за сутки подвергся такому быстрому разложенію, которое обыкновенно наблюдается только у умершихъ отъ инфекціоннаго заболѣванія“. Такъ какъ я не согласенъ, что въ данномъ случаѣ Верльгофова болѣзнь, то и сдѣлалъ 21 мая 1902 г. въ засѣданіи Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ докладъ „объ острой лейкеміи“¹⁾, съ демонстраціей макро и микроскопическихъ препаратовъ этого случая. Проф. С. В. Левашовъ, бывший въ засѣданіи и видѣвшій всѣ мои препараты, согласился, что представляемый мною случай—острая лейкемія.

Въ № 36 „Русскаго Врача“, отъ 31 авг. 1902, появилась статья уже самого проф. С. В. Левашова²⁾ подъ заглавіемъ: „О различныхъ формахъ Werlhof'овой болѣзни и объ одномъ видѣ ея, характеризующемся крайне острымъ теченіемъ, обильнѣйшими кровопотерями и своеобразнымъ послѣдовательнымъ измѣненіемъ крови“. Въ этой статьѣ говорится, что съ клинической стороны этотъ случай описанъ д-ромъ М. А. Глазовымъ, результаты же патолого-анатомическаго изслѣдованія сообщены проф. Н. М. Любимовымъ^{21/V} 1902 въ засѣданіи Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ. Въ № 37, вышедшемъ ровно чрезъ недѣлю, напечатанъ и протоколъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, но купированный крайне своеобразно. Во 1-хъ, не приведены вышеизложенные результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія, а во 2-хъ, выпущено все, относящееся до состоянія лимфатическихъ железъ. По смыслу статьи проф. С. В. Левашова выходитъ, что я демонстрировалъ въ Обществѣ Врачей органы случая Верльгофовой болѣзни.

Но можетъ быть мною не принято во вниманіе что вѣбудь такое, что заставляетъ представителя клинической кафедры упорно настаивать на томъ, что у студента Казанскаго Ветеринарнаго Института, В. А., Верльгофова болѣзнь, а не острая лейкемія? Обратимся къ клиническимъ даннымъ о свойствѣ крови, ибо микроскопическое изслѣдованіе ея только и можетъ рѣшить сомнѣніе о характерѣ заболѣванія.

¹⁾ Н. М. Любимовъ. Къ ученію объ острой лейкеміи. Казанскій Медицинскій Журналъ. Т. III. 1903.

²⁾ Русскій Врачъ № 36 и 37. 1902.

Исслѣдованіе крови больного студента Казанскаго Ветеринарнаго
Института В. А.

Мѣс. и числа.	П о д і а р і ю.			По статьѣ д-ра Глазова.			По статьѣ проф. Левашова.		
	Бѣл. кр. тѣл. въ 1 к. мил. крови	Крас. кр. тѣл. въ 1 к. мил. крови.	Отн. бѣл. къ красн. тѣл.	Бѣл. кр. тѣл. въ 1 к. мил. крови.	Крас. кр. тѣл. въ 1 к. мил. крови	Отн. бѣл. къ красн. тѣл.	Бѣл. кр. тѣл. въ 1 к. милл. крови.	Крас. кр. тѣл. въ 1 к милл. крови.	Отношеніе бѣл. къ кр. тѣл.
3	—	—	—	—	—	нормаль- но.	—	—	—
7	—	—	—	—	—	нормаль- но.	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	4 : 100
11	80.000	1.900.000	—	60.000	1.900.000	1 : 20 (1)	80.000	1.900.000	1 : 20 (2)
13	225.000	1.800.000	1 : 8	22.500	1.800.000	1 : 8 (3)	22.500	1 800.000	1 : 80
14	135.000	1.100.000	—	—	—	—	125—135.000	1.100.000	1 : 8 и 1 : 7 (4)

Состояніе крови больного, студента Казанскаго Ветеринарнаго Института В. А. даетъ ключъ къ рѣшенію вопроса о природѣ болѣзни.

(1) 1 : 31.

(2) 1 : 23.

(3) Въ тотъ же день проф. С. В. Левашовъ даетъ отношеніе 1 : 80. По діарію въ этотъ день отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1 : 8. Что дѣйствительно было отношеніе 1 : 8, а не 1 : 80, видно еще изъ другого мѣста статьи д-ра Глазова. На стр. 80 читаемъ: «Нѣкоторое сомнѣніе возбуждаетъ, что это Weigl'ова болѣзнь только обнаружившееся за самыя послѣдніе дни жизни больного рѣзкое измѣненіе взаимнаго отношенія между красными и бѣлыми кровяными шариками, дошедшее за 5 дней до смерти до одного на двадцать, и еще чрезъ 2 дня до одного на восемь».

(4) Отсутствіе этихъ цифръ въ статьѣ д-ра Глазова и появленіе ихъ въ своей статьѣ проф. С. В. Левашовъ объяснилъ въ засѣданіи Общества врачей новымъ подсчетомъ кровяныхъ тѣлецъ по сохранившимся сухимъ мазкамъ (?) См. Дневникъ Общ. Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ № 3. 1902. стр. 13.

Въ самомъ дѣлѣ, при поступленіи больного въ факультетскую терапевтическую клинику ²/_x „въ крови не обнаружено никакихъ уклоненій отъ нормы; отношеніе между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами нормально“.

³/_x изслѣдованіе крови показало пониженіе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и содержанія гемоглобина и вмѣстѣ съ этимъ довольно значительное увеличеніе бѣлыхъ шариковъ, такъ что отношеніе между тѣми и другими = 1 : 100.

Въ 1 куб. милл. крови.	¹¹ / _x красн. кров. тѣл. 1.900.000, бѣл. 80.000, отн. = 1 : 20 (23)
	¹² / _x „ „ „ 1.800.000, „ 225.000, „ 1 : 8
	¹³ / _x „ „ „ 1.100.000, „ 125—135.000 „ 1 : 8; 1 : 7.

Такимъ образомъ въ крови: абсолютное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и увеличеніе количества бѣлыхъ, вслѣдствіе чего и отношеніе между ними = 1 : 7.

Что касается типа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, процентнаго ихъ содержанія въ крови, имѣющаго столь существенное значеніе при рѣшеніи вопроса: есть ли это лейкоцитозъ—спутникъ той или другой болѣзненной формы, или острая лейкемія ¹), то, не смотря на заявленіе проф. С. В. Левашова, что онъ „помѣстилъ больного въ клинику, чтобы произвести тщательное клиническое изслѣдованіе больного, въ особенности изученіе его крови“, въ статьѣ д-ра Глазова нѣтъ и помину, а самъ проф. С. В. Левашовъ даетъ слѣдующія очень краткія свѣдѣнія: „Бѣлыя тѣльца встрѣчались, то въ видѣ крупныхъ одноядерныхъ, то такихъ же мелкихъ шариковъ, то въ видѣ кружечковъ съ многочисленными (?) ядрами Содержаніе этихъ формъ на различныхъ препаратахъ колеблется въ небольшихъ предѣлахъ“. Но и изъ приведеннаго все таки можно заключить, что превалировали мононуклеары.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ органовъ вполне установило типъ элементовъ. Препараты изъ сердца, печени, почекъ, которые я имѣлъ честь демонстрировать въ засѣданіи ²¹/_v многоуважаемому Обществу показывали, что всѣ сосуды помянутыхъ органовъ переполнены одноядерными крупными и мелкими лимфоцитами; полинуклеаровъ же почти не видно. Мало того въ печени на всѣхъ срѣзахъ, которыхъ я просмотрѣлъ массу, всегда находились въ большомъ числѣ микроскопическія лимфомы.

¹) При лейкоцитозѣ увеличивается содержаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ (полинуклеаровъ), при лейкеміи же количество одноядерныхъ—мононуклеаровъ

Характеръ элементовъ, образующихъ ихъ, былъ тотъ же самый, т. е. одноядерные мононуклеары. Они располагались не только въ промежуточной соединительной ткани, вокругъ вѣтвей v. portae, но и внутри долекъ.

Такимъ образомъ, принимая во вниманіе, что у студента В. А. были: геморрагическій діатезъ, выразившійся неудержимымъ кровотеченіемъ изъ носа, десенъ, петехіями, гематуріей, далѣе высокая t°, измѣненіе крови, увеличеніе селезенки, печени, а по смерти лимфомы — только и можно признать острую лейкемію.

Между тѣмъ проф. С. В. Левашовъ, выслушавъ мой докладъ, осмотрѣвъ макро и микроскопическіе препараты ¹⁾ и согла-

(лимфоцитовъ), а число полинуклеаровъ значительно падаетъ. Приведу цифровые примѣры.

Видъ крови.	Бѣл. кр. тѣл. въ 1 к. милл. крови.	Красн. кров. тѣлецъ. въ 1 к. милл. крови.	Отношеніе бѣл къ кр.	% Поли-нуклеар.	% Лимфоци-товъ.	% Больш. одно-яд. лейк.	% Mastzell.	% Эозинофи-ловъ.
Нормальная кровь	6-8.500-10.000	5.752.600	1:500—1:350	70—72%	22—25%	1%	0.5%	2—4%
А) ЛЕЙКОЦИТОЗЪ:								
<i>Крупозная пневмон.</i>								
III сл. 3-й д. Biogansky	12.800	3.528.000	1 : 275	80%	20%	—	—	—
VII сл. 9-й д. F. resurgens.	52.000	5.376.000	1 : 103	88%	12%	—	—	—
Кудринъ.	18.208	3.473.000	1 : 190	83,72%	5,14%	9,14%	—	—
В) ОСТРАЯ ЛЕЙКЕМІЯ.								
Brandenburg.	92.000	2.000.000	1 : 21	4%	95%	—	слѣд. б.	
Parrenheim.	20.000	1.024.000	1 : 50	1,5%	96%	2,5%	—	—
Micha	112.000	2.300.000	1 : 21	1,5%	95%	2,5%	—	—
Когмѣсзи.	107.000	1.600.000	1 : 14	2,5%	95%	—	—	2,5°
С. В. Левашовъ	135.000	1.100.000	1 : 7	—	—	—	—	—

¹⁾ Макроскопическіе препараты проф. С. В. Левашовъ видѣлъ также тотчасъ послѣ вскрытія. Кусочки изъ свѣжихъ органовъ были взяты ординаторомъ клиники на вскрытіи.

сившись, что я представляю острую лейкемию, печатаетъ вторично объ этомъ случаѣ, вновь утверждая, что у студента В. А. Верльгофова болѣзнь, но не острая лейкемиа.

На чемъ же онъ основываетъ свое мнѣніе?

I. На свойствѣ крови, имѣющемъ примѣры, какъ онъ говорить, въ литературѣ: Immermann, Wagner, Petrone, Rieder, Дробный, Charpentier и Denys; II., на сходствѣ этого случая съ лимфеміей Kórmöcszi; III., на наличности измѣненій: а) „въ сердечной мышцѣ, которыя по Litten'у и Riess'у, не свойственны лейкеми, а должны быть объяснены другимъ заболѣваніемъ, которымъ“, какъ выражается проф. С. В. Левашовъ, „въ нашемъ наблюдении можетъ быть, очевидно, только Werlhof'ова болѣзнь!“ б) отсутствіи опуханія лимфатическихъ железъ; IV., на существованіи лимфомъ въ печени и почкахъ при Верльгофовой болѣзни, какъ то описалъ E. Wagner.

Ознакомимся ближе съ каждымъ изъ этихъ положеній.

I. Свойство крови. Мы видѣли уже, что кровь представляетъ всѣ тѣ измѣненія, которыя со временъ Virchow'a, т. е. съ начала второй половины прошлаго вѣка, считаются характерными для лейкеми. Но проф. С. В. Левашовъ, имѣя у больного студента В. А. отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ даже = 1 : 8 и 1 : 7, при чемъ въ крови главную массу бѣлыхъ шариковъ составляли мононуклеары, игнорируетъ послѣднее обстоятельство и на основаніи будто бы литературныхъ данныхъ всѣми силами стремится доказать, что подобное измѣненіе свойственно и Верльгофовой болѣзни.

Сравнимъ то, что приводитъ проф. С. В. Левашовъ съ тѣмъ, что дѣйствительно имѣется въ литературѣ.

Проф. С. В. Левашовъ пишетъ:

... „Immermann въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ пятнистой болѣзни, бывшемъ на излѣченіи въ Вѣнской клиникѣ, при микроскопическомъ изслѣдованіи крови въ началѣ не нашель безусловно никакихъ измѣненій—ни въ самихъ красныхъ кровяныхъ шарикахъ, ни въ отношеніи между ними и бѣлыми тѣльцами. Позднѣ

Подлинный текстъ.

Immermann ¹⁾ объ измѣненіяхъ крови при Верльгофовой болѣзни говоритъ: „мы имѣемъ лишь немного данныхъ, и притомъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ противорѣчащихъ другъ другу. По описаніямъ, цвѣтъ крови въ свѣжихъ слу-

¹⁾ Immermann l. c. стр. 533. Цимссенъ. 1877.

же, послѣ многихъ чрезвычайно сильныхъ кровотеченій изъ носа, мочевыхъ путей и кишекъ, число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ оказалось *очень значительно увеличеннымъ*¹⁾ противъ нормы, тогда какъ въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ нельзя было замѣтить никакихъ измѣненій кромѣ легкой блѣдности и меньшаго содержанія красящаго вещества.“

чаяхъ вообще темный, а въ старыхъ, особенно въ такихъ, въ которыхъ кровотечения повторялись много разъ и въ большомъ количествѣ — яркій. Такимъ образомъ, настоящая олигодитемия или олигохромемия, повидимому, не составляетъ прямой принадлежности пятнистой болѣзни, а присоединяется лишь въ дальнѣйшемъ теченіи, вслѣдствіе потерь крови (не такъ какъ при эссенціальной злокачественной анемии). Количественное отношеніе между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами много разъ оказывалось совершенно нормальнымъ; если же въ тяжелыхъ случаяхъ и находили иногда умѣренный лейкоцитозъ, то едва ли его можно признать за что либо иное, какъ не за умноженіе безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, весьма обыкновенно развивающееся послѣ обильныхъ потерь крови“.

Далѣе, Immermann¹⁾ указываетъ, что въ одномъ очень тяжеломъ, но въ послѣдствіи въполнѣ излечившимся случаѣ пятнистой болѣзни, который онъ наблюдалъ въ базельской клиникѣ въ 1876 году, кровь въ началѣ болѣзни абсолютно не представляла какихъ либо аномалій красныхъ кровяныхъ кружечковъ, а также и измѣненій

¹⁾ Нашъ курсивъ.

¹⁾ I. с. стр. 534.

въ количественномъ отношеніи между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами. Послѣ же многихъ чрезвычайно сильныхъ кровотеченій изъ носу, мочевыхъ путей и кишекъ количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ оказывалось значительно болѣе противъ нормальнаго, тогда какъ на красныхъ кружечкахъ нельзя было замѣтить никакихъ измѣненій, кромѣ легкой блѣдности и меньшаго содержанія красящаго вещества.

Проф. С. В. Левашовъ.

„E Wagner указываетъ, что изъ наблюдавшихся имъ случаевъ кровь изслѣдовалась только въ немногихъ, при чемъ однако всегда находили уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и увеличеніе бѣлыхъ“.

Проф. С. В. Левашовъ.

„Rieder и Дробный на-шли у нѣкоторыхъ изъ пользованныхъ ими больныхъ съ Werlhofoвой болѣзью так-же болѣе или менѣе значительное возрастаніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Подобное

„E. Wagner ¹⁾ въ своей статьѣ о Purpur'a и Erythem'ѣ, указываетъ, что кровь изслѣдовалась только въ немногихъ случаяхъ. Она была, какъ при другихъ кровопотеряхъ, отъ любой причины, бѣдна красными кровяными тѣльцами, а также обладала болѣшимъ содержаніемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

„Eine Blutuntersuchung wurde nur in wenigen Fällen vorgenommen. Sie ergab, wie bei anderen Blutungen beliebiger Ursache, Armuth an rothen, grösseren Gehalt an weissen Blutkörperchen“.

„Rieder ¹⁾ въ 2-хъ случаяхъ Morbus maculosus Werlho-

¹⁾ Wagner. Purpura und Erythem Deutsch. Arch. f. kl. Medicin Bd 39. S. 447. 1886.

²⁾ Б. А. Д р о б н ы й. Изслѣдованіе крови при нѣкоторыхъ острыхъ и хро-

же измѣненіе крови, было по-
видимому, и въ случаѣ, опи-
санномъ Константиновичемъ“.

iii наблюдалъ уменьшеніе чис-
ла бѣлыхъ тѣлецъ (5,100—
5,800), въ одномъ нормальное
ихъ количество (7.800) и въ
одномъ увеличеніе числа ихъ
(14.900)⁴. Какое количество
красныхъ тѣлецъ—не указано.
Между тѣмъ это очень важно.
Такъ напр., въ случаѣ д-ра
Дробнаго (стр. 465) при забо-
ваніи рожей количество бѣлыхъ
тѣлецъ увеличено—14,800, а
такъ какъ красныхъ 4.860.000,
то отношеніе бѣлыхъ къ
краснымъ=1:328.

„Влаевъ въ 1 случаѣ pur-
purae haemorrhagicae. опредѣлилъ
сильное паденіе числа крас-
ныхъ тѣлецъ (750.000), бѣ-
лыхъ шариковъ (3375) и ко-
личество гемоглобина (25%)“.
Отношеніе бѣлыхъ къ
краснымъ было=1:222.

Дробный въ одномъ слу-
чаѣ пятнистой Werlhof'овой
болѣзни указываетъ, что „коли-
чество красныхъ кровяныхъ
тѣлецъ было уменьшено, а ко-
личество бѣлыхъ кровяныхъ
шариковъ увеличено“. Если же
обратимся къ таблицѣ д-ра
Дробнаго¹⁾, то находимъ, что
въ этомъ случаѣ у больного
было красныхъ кровяныхъ тѣ-
лецъ 4.113.000, а бѣлыхъ 10.893.
Отношеніе бѣлыхъ къ
краснымъ=1:379.

Что касается качества эле-
ментовъ, то Дробный даетъ
слѣдующія опредѣленія.

ническихъ заболѣванійхъ. Архивъ Под-
высоцкаго. Тамъ II. 1896. стр. 341.

¹⁾ Проф. С. В. Левашовъ на-
нее не указываетъ.

по Ускову	{	Молодыхъ элем.	28.1%	по Ehrlich'y	{	Эозинофиловъ	1.4%.
		Зрѣлыхъ	54%;			Базофиловъ	нѣтъ.
		Перезрѣлыхъ	66.5%			Нейтрофиловъ	65.1%.

К о с т а н т и н о в и ч ъ ¹⁾. приводя клиническую картину случая *Morbus maculosus Werlhofii*, по отношенію крови могъ только сказать: „количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, по в и д и м о м у, увеличено; красные кровяные шарики безъ особаго измѣненія, какъ и въ нормальной крови; они обычной формы, складываются въ монетные столбики“.

L i t t e n ²⁾ говорить, что онъ тщательно изучалъ измѣненія крови въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ при различныхъ формахъ *purpura* и не получилъ тождественныхъ результатовъ. Въ однихъ случаяхъ едва можно было подмѣтить какія нибудь отклоненія, въ другихъ были измѣненія, свойственныя анеміи. L i t t e n указываетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда измѣненія были на лицо, наблюдался *mikrocytose*, *poikilocytose*, довольно много тѣлецъ въ видѣ пессарій, значительное уменьшеніе содержанія гемоглобина, увеличеніе числа кровяныхъ пластинокъ. Увеличеніе числа лейкоцитовъ, легкая разрушаемость ихъ, появленіе ядерныхъ красныхъ кров. тѣлецъ встрѣчаются, но непостоянно. Число лейкоцитовъ чрезвычайно быстро мѣняется. „Ich selbst habe viele Jahre hindurch das Blut der von den verschiedensten Formen der Purpura ergriffenen Kranken auf Genaueste untersucht und dabei durchaus nicht eindeutige Resultate erhalten. Während dasselbe in vielen Fällen kaum irgend welche Abweichungen von der Norm erkennen liess, waren in vielen anderen die Erscheinungen der Anämie deutlich erkennbar..... Zunahme der Leukocyten, leichte Zerfließlichkeit derselben und Auftreten vereinzelter Kernhaltiger rother Blutkörper kommen gelegentlich, aber durchaus nicht constant vor. Überdies ist die Zahl der Leukocyten ausserordentlich schnellem Wechsel unterworfen“.

В е с к м а н н ³⁾ описываетъ случай *Morbus maculosus Werlhofii*, кончившійся летально и сопровождавшійся вскрытіемъ.

¹⁾ К о с т а н т и н о в и ч ъ. Къ вопросу объ этиологіи и патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при *morbus maculosus Werlhofii*. Архивъ Подвысоцкаго. Т. VIII. 1899.

²⁾ L i t t e n. *Morbus maculosus Werlhofii*. Nothnagel's specielle Pathol. und Therapie. Bd VIII. Theil. III. s. 388. 1898.

³⁾ В е с к м а н н. Ein letal verlaufender Fall von *Morbus maculosus Werlhofii*. St. petersburger med. Wochenschrift № 7. 1891. S. 55.

Кровь, взятая изъ сердца, представляла нормальное отношеніе между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами. „Das dem Herzen entnommene flüssige Blut ergab im normales Verhältniss der rothen zu den weissen Blutkörperchen“.

Marfan¹⁾, отмѣчая свой случай, указываетъ, что Werlhof'ова болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки и ее не слѣдуетъ называть „purpura febrile“. „L'absence de fièvre est la règle, et il ne faut pas appeler maladie de Werlhof un purpura febrile“.

Кровь при изслѣдованіи представлялась нормальной. „Le sang a été examiné et a été trouvé normal“ и стерильной—„il a été ensemencé et il a été trouvé stérile“.

Вѣрюжскій²⁾, описывая случай Верльгофовой болѣзни, по отношенію крови говоритъ слѣдующее. „Кровь, которую я взялъ... для изслѣдованія, оказалась замѣтно бѣдной форменными элементами. Она медленно свертывалась, образуя рыхлую сѣть фибрина и далеко не всѣ красные кровяные шарики складывались въ монетные столбики. Число бѣлыхъ тѣлецъ казалось относительно увеличеннымъ“.

Мещерскій³⁾ въ засѣданіи, 25 января 1902 г., Московскаго Венерологическаго и Дерматологическаго Общества докладывалъ „случай Morbus maculosus Werlhofii. При изслѣдованіи, крови найдено Hb—80% (по Gowers'у); красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.000.000 въ 1 mm³. Отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ = 1 : 300. Свертываемость крови ясно повижена.“

Но особенное, какъ бы неоспоримое, доказательство, что при Morbus maculosus Werlhofii можетъ быть отношеніе между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами очень высокое, проф. С. В. Левашовъ видитъ въ наблюденіяхъ Carpentier (1 : 9) и Denys (1 : 10).

Посмотримъ, что это за случаи, памятуя, что для дифференціальной діагностики между Morbus maculosus Werlhofii—при которой можетъ быть лейкоцитозъ—и острой лейкемией, кромѣ отношенія между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами, необходимо еще установить преобладающій видъ лейкоцитовъ.

¹⁾ D-r Marfan. La maladie de Werlhof. La médecine moderne. № 30. 1895. pl, 233.

²⁾ Вѣрюжскій. Случай Werlhof'овой болѣзни. Русскій врачъ № 39 1902 стр. 1410.

³⁾ Протоколъ очереднаго засѣданія Московскаго Венерологическаго и Дерматологическаго Общества 25 Января 1902. Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней Т. IV. Іюль. 1902.

а) Въ случаѣ Carpentier упоминается о 55-ти лѣтнемъ живописцѣ, который страдалъ болями въ конечностяхъ, рвотой, и у котораго затѣмъ быстро выступили багровыя петехіи на лицѣ и на ногахъ, а вслѣдъ затѣмъ появились слабая дѣятельность сердца и бредъ. Въ крови число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ увеличено. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ = 1 : 9. Больной скоро умеръ. При вскрытіи найдено сильное жировое перерожденіе сердца и маленькая селезенка.— „die Section ergab Fettherz höchsten Grades und eine kleine Milz“. Въ ней, а также и въ крови трупа, по-видимому, не было красныхъ кров. тѣлецъ (?). Carpentier считаетъ свой случай за острую лейкемію, съ послѣдовательной purpura. „C. fasst den Fall als acute Leukämie mit consecutiver Purpura auf“¹⁾.

Riess, реферируя этотъ случай, прибавляетъ отъ себя: „но онъ не принимаетъ во вниманіе отсутствія опухоли селезенки и лимфатическихъ железъ и наличность жирового сердца „....wobei er aber weder das Fehlen von Milz und Lymphdrüsenanschwellung, noch das Vorhandensein von Fettherz berücksichtigt“.

Считать случай Carpentier не острой лейкеміей нѣтъ никакого основанія. Если обратимся къ монографіи Pincus²⁾, которую самъ проф. С. В. Левашовъ признаетъ „превосходной“, то на 12 стр. читаемъ, что селезенка нѣсколько меньше, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ встрѣчается нормальной величины— „die Milz ist nur in weniger als einem Drittel der Fäll, (Fussel, Jorson и Taylor)—von normaler Grösse“. Тотъ же Pincus говоритъ и о лимфатическихъ железахъ— стр. 12 „Въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненіе лимфатическихъ железъ такъ незначительно, что лишь при концѣ жизни замѣчается легкое опуханіе ихъ на шеѣ. Иногда только при вскрытіи находятъ слабое измѣненіе лимфатическихъ железъ. „Manchmal ist die Lymphdrüsenvergrößerung so unbedeutend, dass erst gegen das Lebensende hin einige leicht vergrößerte Halsdrüsen wahrgenommen werden. Bisweilen wurden sogar erst bei der Obduction die Drüsen leicht geschwellt gefunden“.

Что и при острой лейкеміи можетъ быть высокой степени жировое перерожденіе сердца свидѣтельствуешь рядъ случаевъ, напр.: Hirschlaff³⁾.

Приведя клиническія свѣдѣнія о больной, онъ излагаетъ и патолого-анатомическія находки. Такъ о сердцѣ, наблюдавагося

¹⁾ Virchow's Jahresbericht. 9 годъ, т. II стр. 327. 1875.

²⁾ Pincus. Leukämie. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Wien. 1901. S. 12—13 и 24.

³⁾ Willg. Hirschlaff. Über Leukämie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd 62. S. 317. 1899.

имъ случая, онъ говоритъ: „оно нѣсколько болѣе кулака, его миокардъ съ признаками рѣзкой тигристости ¹⁾, (подъ микроскопомъ сильное жировое перерождение)“. — „Herz etwa grösser als die Faust, das Myocard zeigt ausgesprochene Tigerung (mikroskopisch starke fettige Metamorphose).“

Наконецъ, тотъ же Pincus ²⁾ въ отдѣлѣ патологической анатоміи острой лейкеміи указываетъ, что очень часто наблюдается жировое перерождение мускулатуры сердца; иногда оно достигаетъ высокой степени. „Ebenfalls häufig sind fettige Metamorphosen der Herzmusculatur, welche manchmal hohe Grade erreichen“.

б) Denys ³⁾ говоритъ, что въ Январѣ 1891 года онъ наблюдалъ 4-й случай purp. haemorrh. Но, къ несчастью, былъ приглашенъ къ больной въ день смерти, и свидѣнія, которыя собраны о больной, отличаются неполнотой. „Im Januar 1891 hatten wir Gelegenheit einen vierten Fall dieser Krankheit zu begegnen. Unglücklicherweise wurden wir zur Kranken erst am Tage des Todes gerufen und die Notizen, die wir sammeln konnten, bieten zahlreiche Lücken“.

Больная въ теченіе нѣсколькихъ дней страдала желудочно-кишечнымъ расстройствомъ. 11 Января у нея явилось сильное кровотеченіе изъ влагалища. На слѣдующій день высыпало по всему тѣлу очень много пятенъ. Больная была изслѣдована въ первый разъ 13 Января, въ 10 ч. утра.

При изслѣдованіи все тѣло найдено усѣяннымъ темнокрасными пятнами, отъ булавочной головки до 5-ти сантимовой монеты; нѣкоторыя кровоизліянія такъ малы, что ихъ едва можно разглядѣть. На лицѣ, шеѣ, рукахъ ихъ немного. Особенно они многочисленны на груди, на животѣ и на передней и внутренней поверхностяхъ бедеръ, на локтевыхъ сгибахъ и на ногахъ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ насчитывалось до 25 экхимозовъ на 1 квадратномъ сантиметрѣ.

При изслѣдованіи крови найдено:

1) Красныя кров. тѣльца нормальной величины и формы, одинаковаго, повидимому, объема; правильно слагаются въ монетные столбики, оставляя между собою пустые промежутки. Красныхъ кров. тѣлецъ съ ядрами не было.

2) Бѣлыя тѣльца. Они многочисленны, ихъ, по крайней мѣрѣ, въ десять разъ больше противъ нормальнаго числа. Изъ

¹⁾ Т. е. крапчатъ, желтъ.

²⁾ I. c. S. 25.

³⁾ Denys. Blutbefunde und Culturversuche in einem Fall von Purpura haemorrhagica. Centralbl. f. allg. Pathol. Bd IV. 1893. S. 174.

нихъ большая часть была обыкновенной величины. На окрашенныхъ препаратахъ они отличаются тѣмъ, что имѣютъ или нѣскольکو, или одно лапчатое, или круглой формы ядро.— „Weisse Blutkörperchen. Sie sind sehr zahlreich, wir schätzen ihre Anzahl wenigstens auf das Zehnfache ihrer normalen Zahl. Die meisten haben die gewöhnliche Grösse und, nachdem man sie gefärbt hat, unterscheidet man entweder einen mehrfachen, oder einen gelappten oder einen runden Kern“.

Denys слѣдующимъ образомъ резюмируютъ результаты изслѣдованія крови: значительное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, значительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.— „Starke Abnahme der Anzahl der rothen, starke Zunahme der weissen Blutkörperchen...“

Вскрытіе произведено чрезъ 48 часовъ.

При вскрытіи найдены: экхимозы кожи, сердечной сорочки, діафрагмы, желудка, тонкихъ кишекъ и слиз. об. матки. Нефритъ.

Ознакомившись съ случаемъ Denys, невольно приходишь къ убѣжденію, что это не Morbus maculosus Werlhofii, но нераспознанная острая лейкемія. Также на случай Denys, какъ на острую лейкемію, смотреть и Pincus¹⁾. Онъ говоритъ о дифференціальной діагностикѣ между острой лейкеміей, morb. maculosus Werlhofii и скорбутомъ слѣдующее: „описанныя въ различныхъ мѣстахъ случаи тяжелой purpur'ы, скорбута, Верльгофовой болѣзни, благодаря еще новизнѣ понятія о болѣзни, представляютъ ни что иное какъ острую лейкемію. За это говорятъ тѣ перѣдкіе случаи purpur'ы, при которыхъ въ крови найдено болѣе или менѣе громадное увеличеніе числа лейкоцитовъ, (Denys). „Bei der Neuheit des Krankheitsbegriffes darf es wohl als warscheinlich angesehen werden, dass auch hier und da noch ein Fall als schwere Purpura, als Scorbut, Morbus Werlhofii und ähnliches beschrieben ist, der eigentlich der acuten Leukämie zugehört. Dafür sprechen wenigstens die gar nicht so seltenen Purpurafälle, in deren Blut mehr oder weniger hohe Grade von Leukocythenvermehrung gefunden worden sind (Denys).“

Въ концѣ главы Pincus вновь высказываетъ: „Всѣ эти сходства и соотвѣтствія приводятъ къ мысли, что извѣстное число случаевъ, третируемое какъ Morbus maculosus Werlhofii, скорбуть и пр., должны быть разсматриваемы, какъ острая лимфатическая лейкемія, особенно когда, даже при ничтожномъ вниманіи къ находкамъ въ крови, при этихъ неясныхъ геморрагическихъ діатезахъ упоминается о

¹⁾ I. c. S. 36.

фактическомъ увеличеніи числа лейкоцитовъ въ ней (D e n y s, Z i m m e r m a n n). „All diese Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen führen zu der Vermutung, dass bei einer Anzahl der als Morbus maculosus, Scorbut etc. angesehenen Fälle es sich ebenfalls um acute lymphatische Leukämie gehandelt habe, umsomehr, als ja—trotz geringer Aufmerksamkeit für den Blutbefund—bei einigen Fällen dieser unklaren haemorrhagischen Affectionen thatsächlich Vermehrungen der Leukocyten im Blute erwähnt sind (D e n y s, Z i m m e r m a n n.)

I m m e r m a n n еще въ 1874 году обращалъ вниманіе на то, что клиническій діагнозъ долженъ быть проводимъ между врожденнымъ геморрагическимъ діатезомъ (кровоточивость—гемофилія), скорбутомъ, purpura haemorrhagica, прогрессивной пернициозной анеміей и лейкеміей. Онъ же говоритъ, что діагнозъ такъ наз. Morbus mac. Werlhofii, только въ томъ случаѣ позволителенъ, когда нельзя установить истинную причину кровотеченій. „Die Diagnose eines sogenannter Morbus maculosus Werlhofii... ist nur in solchen Fällen erlaubt in denen wirklich die Unmöglichkeit bestehet andere Ursache für das Zustandekommen der Blutungen ausfindig zu machen“.

Тотъ же I m e r m a n n высказываетъ, что очень значительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ вынуждаетъ признать лейкемію или покрайней мѣрѣ прежде всего о ней подумать. „Der positive Nachweiss dagegen einer sehr beträchtlichen Vermehrung farbloser Elemente zwingt uns hier eine leukämische Erkrankung anzunehmen, wenigstens in erster Reihe an eine solche zudenken“.

Въ заключеніе своей статьи I m m e r m a n n указываетъ, что во всѣхъ случаяхъ анеміи, съ явленіями геморрагическаго діатеза, хотя бы со стороны селезенки и лимфатическихъ железъ не было указаній на лейкемію, необходимо должно быть произведено изслѣдованіе крови на отношеніе безцвѣтныхъ тѣлецъ. При такомъ изслѣдованіи случай Morbus maculosus Werlhofii со смертельнымъ исходомъ можетъ оказаться иной разъ просмтрѣнной лейкеміей, а другой разъ прогрессивной пернициозной анеміей въ смыслѣ B i e r m e r 'a „so dann, dass mancher Fall von sogenannten „Morbus maculosus Werlhofii“ mit letalem Ausgange sich bei genauerer Erwägung als symptomatische hämorrhagische Diathese entpuppen möchte, welche, das eine Mal als Theilerscheinung einen übersehenen leukämischen Erkrankung, das andere Mal als Folge einer progressiven perniciosen Anämie im Sinne B i e r m e r 's sich documentirt“....

F r ä n k e l указывалъ, что лейкемическое свойство крови состоитъ въ увеличеніи числа мононуклеаровъ.... „dass die leukämis-

schen Beschaffenheit des Blutes ausschliesslich auf einer Zunahme von mononucleären Elementen beruhte“. М і х а ¹⁾ отмѣтилъ, что при лейкоцитозѣ главную массу бѣлыхъ тѣлецъ составляютъ полинуклеары—„bei Leukocytose handelt es sich nur um eine Vermehrung der normalen polynucleären neutrophilen Leukocyten“.

Gilbert и Weil ²⁾ отмѣчаютъ, что при purpura haemorrhagica какъ первичной, такъ и вторичной—часто наблюдается лейкоцитозъ, но онъ зависитъ отъ накопленія полинуклеаровъ. „Il faut savoir qu'au cours de ces purpuras la leucocytose a été souvent observée, mais—mais elle y est due a une augmentation de polynucléaires“.

Denig обращаетъ вниманіе на важность изслѣдованія крови при геморрагическомъ діатезѣ, особенно когда безпричинный стоматитъ и что оно только защититъ отъ ложнаго діагноза „Unser Fall beweist auf's Neue, wie ausserordentlich wichtig es ist, bei jeder Erkrankung von Stomatitis ohne bekannte Ursache, zumal mit haemorrhagischer Diathese gepaart, Blutuntersuchungen vorzunehmen, denn nur sie schützen vor Fehldiagnosen“.

Такимъ образомъ состояніе крови и литературныя данныя подтверждаютъ, что у больного В. А. была острая лейкемія, а не Morbus maculosus Werlhofii.

II) Сходство нашего случая съ лимфеміей—Körmőcsi.

Несмотря на характерныя для острой лейкеміи измѣненія крови, проф. С. В. Левашовъ настаиваетъ, по прежнему, на сдѣланномъ, при поступленіи больного въ клинику, распознаваніи, т. е., что въ данномъ случаѣ „эссенціальное геморрагическое худосочіе, извѣстное подъ именемъ Werlhof'овой болѣзни“. Затѣмъ онъ высказываетъ предположеніе о возможности присоединенія лейкеміи къ пятнистой болѣзни.

Въ пользу такого предположенія говорятъ, по мнѣнію проф. С. В. Левашова, имѣющіяся въ литературѣ описанія случаевъ, въ которыхъ, подъ конецъ другихъ тяжелыхъ болѣзненныхъ формъ, присоединилась несомнѣнная лейкемія.

Въ своемъ сообщеніи проф. С. В. Левашовъ приводитъ случаи, описанные Litten'омъ, Waldstein'омъ и Körmőcsi.

¹⁾ М і х а. Ein Fall von acuter Leukämie. Wiener kl. Rundschau № 38. 1901. S. 672.

²⁾ Arch. de med. et d'anatomie pathol № 2. 1899.

„Такимъ образомъ“, говорится въ статьѣ, „во всѣхъ этихъ трехъ случаяхъ къ типическому злокачественному малокровію за самое короткое время предъ смертію присоединились въ первыхъ двухъ несомнѣнная мѣлогенная лейкемія, а въ 3-мъ измѣненіе крови, называемое авторомъ лимфэмией. Дѣйствительно“, читаемъ далѣе въ сообщеніи проф. С. В. Левашова, „и въ виду отсутствія пораженія костнаго мозга или другихъ кроветворныхъ органовъ признать послѣдній случай за лейкемію нѣтъ не только достаточныхъ, но прямо и никакихъ основаній“... Но на это считаю необходимымъ прежде всего указать, что лимфэмія—название острой лейкеміи, введенное еще Fränkel'емъ въ 1895 году. Слѣдовательно, лимфэмія Kögтöszі, ничто иное какъ острая лейкемія И дѣйствительно, въ случаѣ Kögтöszі замѣчено $^{13}/\sqrt{}$ увеличеніе числа лейкоцитовъ съ 6.000 до 107.000. Съ $^{8}/\sqrt{}$ — $^{13}/\sqrt{}$ изслѣдованія крови не было. Такимъ образомъ весьма естественно, что увеличеніе числа лейкоцитовъ и произошло въ этотъ промежутокъ времени. Fränkel указалъ, что при лейкеміи увеличивается количество мононуклеаровъ. Если мы обратимся къ статьѣ Kögтöszі, то находимъ, что при осмотрѣ препаратовъ крови замѣчается большое количество одноядерныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, отъ 2—4—16—24 μ . Ядра по отношенію къ протоплазмѣ крупны; въ мелкихъ клѣткахъ они богаты хроматиномъ, въ крупныхъ бѣдны.

Что касается $\%$ отношенія бѣлыхъ тѣлецъ крови, то полинуклеаровъ и эозинофиловъ 5 $\%$, мононуклеаровъ 95 $\%$. „Bei Ansicht des Präparats fällt die grosse Anzahl der einkernigen weissen Blutzellen und deren Polimorphismus in Augen... Der Prozentsatz der polynucleären und eosinophilen Zellen beträgt 5 $\%$, den Mononucleären gegenüber, die mit 95 $\%$ vertreten sind“.

Но нашъ случай нѣсколько отличается отъ описаннаго Kögтöszі. Въ случаѣ Kögтöszі была атрофія лимфатическихъ железъ, въ нашемъ онѣ увеличены. Въ протоколѣ моего вскрытія о железахъ говорится слѣдующее:

Бронхiальныя железы увеличены, пигментированы, въ разрѣзѣ сочны.

Брыжжечныя железы припухли до величины средняго боба, въ разрѣзѣ сочны, сѣровато-бѣлаго цвѣта.

Ретроперитонеальныя железы увеличены, въ разрѣзѣ сѣровато-розовы, мягки, почти расплываются.

Въ случаѣ Kögтöszі селезенка малокровна; въ нашемъ она вѣсомъ 1190 грм., длиной 25 см., шириной 23.5 см., толщиной 5.7 см.

Сопоставляя случай К ö г т ö с з і и нашъ будемъ имѣть:

Наблюденіе К ö г т ö с з і.

Рѣзкое малокровіе всѣхъ органовъ. Атрофія лимфатическихъ железъ. Малокровіе селезенки. Лейкемическое измѣненіе крови.

Измѣненія въ органахъ студента В. А.

Малокровіе. Лейкемическая гиперплазія лимфат. железъ и селезенки. Слабое опуханіе фолликуловъ и пейеровыхъ бляшекъ вблизи v. Vaughinii. Лимфомы печени. Гемморагическій діатезъ. Сѣровато - красный костный мозгъ. Лейкемическая кровь.

Такимъ образомъ обще въ обоихъ случаяхъ лейкемическое измѣненіе крови, выразившееся въ абсолютномъ уменьшеніи числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и громадномъ увеличеніи количества бѣлыхъ и притомъ мононуклеаровъ, отмѣченное у К ö г т ö с з і за 2 дня до смерти, а у студ. В. А. за 6 дней.

У Litten'a, острую лейкемію котораго проф. С. В. Левашовъ признаетъ, подобное измѣненіе наступило за 4 дня до смерти.

Raprenheim считаетъ случай К ö г т ö с з і типичнымъ случаемъ лимфоцитной лейкеміи.

Слѣдовательно и сопоставленіе нашего наблюденія со случаемъ К ö г т ö с з і только подтверждаетъ, что болѣзнь студента В. А.—острая лейкемія.

III) Наличие паталого-анатомическихъ измѣненій.

Напечатавъ сокращенно протоколъ вскрытія ¹⁾, проф. С. В. Левашовъ строитъ на немъ доказательства, что у студента В. А. Werlhof'ова болѣзнь, а не острая лейкемія.

¹⁾ Проф. С. В. Левашовъ объяснилъ въ засѣданіи Общества Врачей причину купюръ тѣмъ, что 6 Сентября получилъ отъ меня письмо, которое и демонстрировалъ въ томъ же засѣданіи г.г. членамъ Общества, содержащее мою просьбу не печатать протокола, въ виду того, что я самъ готовлю статью къ печати, куда протоколъ и войдетъ. На сколько основательно объясненіе проф. С. В. Левашова и въ интересахъ выясненія истины была демонстрація моего письма, судить не трудно. 3-го Сентября, вечеромъ, въ первый разъ я послалъ протоколъ проф. С. В. Левашову, по его просьбѣ. 6 Сентября вечеромъ, ознакомившись съ началомъ статьи проф. С. В. Левашова изъ только что полученнаго № 36 Русскаго

а) Такъ мы читаемъ: „При сопоставленіи этихъ данныхъ (т. е. патолого-анатомическихъ) съ приведенными выше невольно обращаетъ на себя вниманіе наличность у нашего больного такихъ измѣненій въ сердечной мышцѣ, которыя по Litten'у и Riess'у не свойственны лейкеміи, а должны быть объяснены другимъ заболѣваніемъ, которымъ въ нашемъ наблюдении можетъ быть, очевидно, только Werlhof'ова болѣзнь“. Постараюсь выяснитъ неправильность вывода.

Gusserow въ 1871 г. первый наблюдалъ острую анемію у беременныхъ. При вскрытіи онъ находилъ жировое перерожденіе сердца. Проф P on f i c k въ 1873 году въ своей статьѣ „о жирномъ сердцѣ“—„Über Fettherz“ приводитъ результаты экспериментальной работы P e r l'я, которыми доказывается, что слѣдствіемъ повторныхъ кровопусканій является жировое перерожденіе сердца. Biermer въ 1872 году уже установилъ опредѣленную форму заболѣванія—острую пернициозную анемію, въ теченіи которой наблюдаются обильныя кровопотери. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи находятъ въ сердцѣ сильное жировое перерожденіе.

Въ прежнее время, когда ученіе о патологіи крови еще было въ зачаточномъ состояніи, дѣйствительно руководствовались при патолого-анатомическомъ діагнозѣ грубыми анатомическими измѣненіями и, встрѣчая крапчатое сердце, говорили объ острой пернициозной анеміи. Современная патологическая анатомія обладаетъ большимъ матеріаломъ и учитъ, что существуетъ очень много процессовъ, которые ведутъ къ весьма сильному жировому перерожденію.

Слѣдовательно, Litten, встрѣживъ жировое перерожденіе сердца въ свое время и могъ предполагать, что въ его случаѣ часть измѣненій относится къ пернициозной анеміи, а часть къ лейкеміи. Но это не значитъ, что если въ сердцѣ студента В. А. найдено жировое перерожденіе (нигдѣ не сказано значительное), то оно можетъ быть объяснено „только Werlhof'овою болѣзнию“.

Далѣе, въ сообщеніи проф. С. В. Левашова говорится, что при Werlhof'овой болѣзни, „соотвѣтственно имѣющимся въ литературѣ указаніямъ, не рѣдко встрѣчается распространенное жировое перерожденіе сердечныхъ мышцъ“.

Врача, я отправилъ продемонстрированное письмо, прося—возвратить протоколъ и вмѣстѣ съ тѣмъ не печатать его. 7 Сентября вышелъ въ Петербургъ № 37 Русскаго Врача, содержащій окончаніе статьи проф. С. В. Левашова, и въ немъ ужь былъ напечатанъ съ купюрами мой протоколъ! Казанская почта приходитъ въ Петербургъ на 4-й день.

Дѣйствительно ли авторы и между ними Litten, Riess и др. указываютъ при Верльгофовой болѣзни на распространенное жировое перерожденіе сердца?

У Immermann'a ¹⁾ о сердцѣ при Верльгофовой болѣзни находимъ: „сердце обыкновенно оказывалось дряблымъ, а мышца его въ большинствѣ случаевъ, подвергавшихся вскрытію,—блѣдною, клапаны представлялись, сколько извѣстно, вполне нормальными, не считая незначительныхъ измѣненій, а въ полостяхъ сердца большую часть находили, соотвѣтственно общему малокровію, очень мало слабо свернутой крови яркаго цвѣта“.

Riess ²⁾ говоритъ: „Анатомическія измѣненія. Кромѣ крайне рѣзкой анеміи всѣхъ органовъ и прижизненныхъ кровоизліяній наблюдаются многочисленные экхимозы и эрозіи на слиз. об. желудка и кишекъ, почечныхъ лоханокъ, мочеточниковъ, мочевого пузыря, половыхъ органовъ и бронховъ. Нерѣдко поверхность слиз. об. бываетъ покрыта жидкою или рыхло свернувшейся кровью. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ находятъ кровоизліянія въ серозныхъ полостяхъ, въ околосердечной сумкѣ, въ плеврахъ и въ брюшинѣ; при этомъ всегда отсутствуютъ какія бы то ни было воспалительныя измѣненія и отложенія фибрина, какъ это наблюдается при цынгѣ. Гораздо чаще, однако, сами серозныя оболочки оказываются пропитанными геморрагическими инфильтратами.

Специфическихъ измѣненій со стороны состава крови, капилляровъ и мелкихъ сосудовъ пока не удалось констатировать. Только въ рѣзкихъ случаяхъ наблюдалось рѣзкое увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (лейкоцитозъ), по всей вѣроятности, какъ послѣдствіе обильныхъ потерь крови и послѣдовательной анеміи. Селезенка иногда бываетъ увеличена.

Нѣкоторыми авторами (Науеш, Строгановъ и др.) описаны микроскопическія измѣненія въ стѣнкахъ мелкихъ артерій и волосныхъ сосудовъ, которыми, по ихъ мнѣнію, объясняется происхожденіе кровоизліяній. Новѣйшіе изслѣдованія (v. Kogeg) указали на эндоартеритическія измѣненія, главнымъ образомъ, въ болѣе крупныхъ артеріяхъ, stratum reticulatum кожи, въ видѣ утолщенія, гіалиноваго и жирового перерожденія стѣнокъ, съ суженіемъ просвѣта, размноженіемъ эндотелія и образованіемъ тромбовъ.

¹⁾ Immermann. Общія разстройства питанія. Пятнистая болѣзнь. Цимсень. Частная патологія и терапія Т. XIII стр. 533. 1877.

²⁾ Riess—М. Б. Блюменау—Реальная Энциклопедія Eulenbурга и Проф. М. И. Аоанасьева. Верльгофова болѣзнь. Томъ III. стр. 208. 1892.

Пигментная инфильтрація, а также ненормально высокое содержание желѣза, найденное въ одномъ изъ описанныхъ раньше случаевъ Верльгофовой болѣзни (Hindelang) въ извѣстныхъ органахъ, въ особенности въ печени и въ лимфатическихъ железахъ, не подтвердились новѣйшими изслѣдованіями Залѣскаго.

Въ одномъ случаѣ наблюдалось рѣдкое осложненіе, а именно кровоизліяніе въ полости плевры (haemothorax)“.

Въ III изданіи Real—Encyclopädie ¹⁾ отдѣлъ патологической анатоміи morbus maculosus Werlhofii весьма сокращенъ. Schmalz говоритъ, что „кромѣ кровоизліяній анатомическія измѣненія представляютъ мало характернаго (wenig charakteristisch). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время жизни въ крови было наблюдаемо увеличеніе числа лейкоцитовъ—явленіе свойственное весьма многимъ болѣзнямъ, именно также извѣстнымъ инфекціямъ. Нѣкоторые авторы указываютъ на существованіе опухоли селезенки“.

Litten ²⁾ въ монографіи, которую проф. С. В. Левашовъ считаетъ „прекрасной“, выражается что „въ сердцѣ при Верльгофовой болѣзни нѣтъ никакихъ постоянныхъ измѣненій, нѣтъ даже и такихъ, которыя бы вытекали какъ слѣдствіе анеміи. Клапаны всегда нормальны. Въ одномъ случаѣ молниеносной purpur'ы были нѣжныя бородавчатая экскресценціи по краю v. mitralis, какъ это часто наблюдается при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ“.

„Im Herzen hat man keine constanten Veränderungen gefunden, nicht einmal solche, welche auf die Anämie zu beziehen gewesen wären. Der Klappenapparat war stets intact....“

b) Въ сообщеніи проф. С. В. Левашова говорится „затѣмъ 2-е весьма важное обстоятельство, сближающее нашъ случай въ особенности съ описаннымъ Kögmöszі, представляетъ изъ себя состояніе лимфатическихъ железъ. Дѣйствительно, согласно результатамъ патолого-анатомическаго изслѣдованія оказались припухшими и гиперемированными только одиночныя фолликулы и пейеровы бляшки, набуханіе которыхъ именно и наблюдается, какъ было упомянуто выше, довольно часто при Werlhof'овой болѣзни, тогда какъ собственно лимфатическія железы не обнаруживали характерныхъ для лейкеміи измѣненій“.

Я уже выше указалъ, что проф. С. В. Левашовъ, печатая протоколъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, купировалъ въ немъ все, относящееся къ состоянію лимфатическихъ железъ. Если бъ онъ этого не допустилъ, то не было бы и рѣчи о подобномъ недоразумѣніи.

¹⁾ Eulenb urg. Real-Encyclopädie. III Aufl. Bd. III, S. 594. 1894.

²⁾ l. c. S. 378. 1898.

Что касается опуханія фолликуловъ и пейеровыхъ бляшекъ, о которомъ говорить проф. С. В. Левашовъ, то я укажу, что оно наблюдается при цѣломъ рядѣ процессовъ: при дифтеритѣ, холерѣ, чумѣ, септицеміи, при остромъ катаррѣ кишекъ и т. д.

Относительно же опуханія ихъ при Werlhofовой болѣзни, resp. purpura обыкновенно цитируется E. Wagner. Послѣдній говорить: „Wolff нашель въ 1 случаѣ, длившемся 15 часовъ, между прочимъ опуханіе фолликуловъ и селезенки, надпочечники были геморрагически инфильтрированы—„Wolff fand in einem Fall von nur 15 stündiger Dauer unter Anderem die Darmfollikel und die Milz geschwollen, die Nebennieren durch diffuse hämorrhagische Infiltration bedeutend vergrössert“. Едва-ли справедливо на основаніи одного случая дѣлать какія-либо обобщенія.

Ознакомимся съ этимъ наблюденіемъ.

Въ подлинникѣ мы находимъ, что Wolff въ статьѣ «Ein rapid verlaufener Fall von Purpura mit tödtlichem Ausgang.» описываетъ случай чрезвычайно загадочной болѣзни, бывшей у 2¼ лѣтняго малютки. Дитя первоначально не пользовался цвѣтущимъ здоровьемъ и въ теченіи перваго и втораго года всегда болѣло. Послѣдніе 5—6 мѣсяцевъ оно окрѣпло и производило впечатлѣніе здороваго ребенка. Зубы прорѣзались трудно, постоянно съ діарреей. Эпифизы трубчатыхъ костей были утолщены, также замѣчалось довольно значительное искривленіе нижнихъ конечностей, которое позднѣе исчезло.

Въ началѣ 1879 года у ребенка была корь, осложнившаяся лобулярной пневмоніей. Черезъ нѣсколько недѣль—въ Мартѣ, развился дифтеритъ зѣва и гортани, и больной поправился только черезъ 8 недѣль.

Послѣднее заболѣваніе произошло 28 Августа. Ребенокъ заболѣлъ ночью; у него явились жаръ и рвота. Въ теченіи же ночи былъ обильный стулъ.

Приглашенный врачъ увидалъ малютку въ полдень слѣдующаго дня.

Больной лежалъ на спинѣ, въ жару, съ короткимъ и частымъ дыханіемъ; пульса не было; селезенка увеличена. На всемъ тѣлѣ были многочисленные, ярео синеваго-красныя пятна отъ булавоочной головки до пятенъ въ поперечникѣ 6—7 mm. Между петехіями кожа нормальной окраски. Сыпь началась съ лица и груди и въ теченіи 4 часовъ высыпала по всему тѣлу.

Въ 4 ч. дня, т. е. черезъ 15 часовъ послѣ начала заболѣванія, ребенокъ умеръ.

При вскрытіи найдено опуханіе фолликуловъ и пейеровыхъ бляшекъ. Значительное опуханіе мезентеріальныхъ железъ. Увеличеніе и мягкость селезенки.

«Sämmtliche Darmfollikel sind geschwollen, weisslich, ebenso treten die Peyer'sche plaques deutlich hervor, sind ziemlich stark geschwollen».

«Mesenterialdrüsen beträchtlich vergrössert».

«Milz vergrössert, weich».

При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ проф. v. Recklinghausen'омъ и Dr Stiking'омъ, ничего не найдено особеннаго. Также и при изслѣдованіи крови не замѣчено чего либо положительнаго.

Авторъ какъ будто бы считаетъ этотъ случай близкимъ сыпному тифу.

«Anschwelung der Darmfollikel und Peyer'schen Plaques, Vergrößerung der Milz, Catarrh der Bronchien, intensive Injection der Hirnhäute und Hirnsubstanz, Petechien etc, kurz ein sehr ähnlicher Befund wie derjenige, den wir beim exanthematischen Typhus finden».

Такимъ образомъ и наличность патолого-анатомическихъ измѣненій доказываетъ, что у студента В. А. была острая лейкемія.

IV. Существованіе лимфомъ въ печени и почкахъ при Верльгофой болѣзни.

Проф. С. В. Левашовъ подкрѣпляетъ свой взглядъ, что у студента В. А. Верльгофова болѣзнь ссылками на Ziegler'a и Wagner'a. Въ его статьѣ говорится: „Что касается явленій, установленныхъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, то ихъ, конечно, и надо было ожидать при тѣхъ рѣзкихъ нарушеніяхъ кровяного состава, которыя развились у больного въ самые послѣдніе дни жизни. По этому поводу одинъ изъ самыхъ выдающихся патолого-анатомовъ нашего времени проф. Ernst Ziegler указываетъ, что сѣровато-бѣлыя, частью разлитыя, частью островкообразныя инфильтраціи различныхъ органовъ, напр. печени, легкихъ, почекъ, едва ли могутъ быть объяснены чѣмъ либо другимъ, какъ не тѣмъ, что часть обращающихся въ ерови безцвѣтныхъ тѣлецъ удерживается соотвѣтствующими органами. При томъ переполненіи крови бѣлыми тѣльцами, которое наблюдалось у нашего больного предъ смертью, несомнѣнно, органы его должны быть положительно набиты послѣдними“.

Соглашаясь съ проф. С. В. Левашовымъ, что Ernst Ziegler „одинъ“ изъ самыхъ выдающихся патолого-анатомовъ нашего времени, не могу признать, что, приведенная имъ, выписка изъ патологической анатоміи Ziegler'a относится къ Верльгофовой болѣзни; она взята изъ хронической лейкеміи ¹⁾. „Es bilden sich sodann aber auch Herde lymphadenoiden, Gewebes in zahlreichen anderen Organen, in der Haut, der Leber den Nieren, den Bindegewebshüllen des Gehirns und der Nerven und zwar entweder aus den mit dem Blutstrom zugeführten Lymphocyten, oder aus präexistirendem lymphadenoidem Gewebe.“

¹⁾ E. Ziegler. Lehrbuch der allg. Path und Spec. Pathol. Anatomie Bd. II. 1902. S. 85. Строчка 15 снизу.

Что касается Werlhof'овой болѣзни, то я дословно привожу все, что имѣется у Ziegler'a: „При purpura simplex и purpura haemorrhagica или Morbus maculosus Werlhofii развиваются геморрагии на различныхъ мѣстахъ тѣла.

При Morb. macul. Werlhofii они могутъ достигать величины ладони. Сверхъ того наблюдаются кровотечения изъ рта, носа и зѣва.“

„Bei den als Purpura simplex und Purpura haemorrhagica oder Morbus maculosus Werlhofii bezeichneten krankhaften Zuständen treten unter Fiebersymptomen und Abgeschlagenheit an verschiedenen Stellen des Körpers Hauthaemorrhagieen auf. Bei der letztgenannten können die hämorrhagischen Flecken handtellergross werden, zugleich treten Blutungen aus Mund, Nase und Rachen auf“¹⁾.

Но затѣмъ проф. С. В. Левашовъ говоритъ, какъ бы еще болѣе укрѣпляя свое мнѣніе, что въ данномъ случаѣ Верльгофова болѣзнь: „Вмѣстѣ съ этимъ нельзя не припомнить тотъ фактъ, что другой не менѣе извѣстный и авторитетный изслѣдователь проф. E. Wagner находилъ и описалъ при Werlhof'овой болѣзни совершенно типическія лимфомы въ печени и почкахъ“.

Но что это за наблюдение E. Wagner'a? Ознакомимся съ нимъ. Оно помѣщено въ статьѣ E. Wagner'a объ „Purpura и Erythem'a“²⁾ подѣ № 1. Я приведу его подробно.

3 хъ лѣтняя дѣвочка, С. I. Нанп. Наслѣдственности не имѣеть. Семья не принадлежитъ къ гемофиликамъ. Жилище и условія жизни хорошія.

Не задолго до Рождества (1885 г.) появились красныя полоски (Stipphen) на ногахъ, и ребенокъ чувствовалъ себя слабымъ. Это состояніе затѣмъ исчезло. Послѣ Рождества вновь появились на ногахъ у ребенка красныя пятна; слабость стала сильнѣе; вскорѣ обнаружился боль и кровотечения изъ десенъ, 3 Января 1886 года у ребенка замѣчена кровавая моча. 4 Января наступило сопорозное состояніе.

Ребенокъ принятъ въ больницу 5 Января 1886 г. Онъ съ подорваннымъ питаніемъ, сильно анемичный. Полная кома. Зрачки умѣренно расширены. Десны по окраскѣ похожи на скорбутическія, припухли, упорно и сильно кровоточатъ; запаху изъ рта нѣтъ.

¹⁾ E. Ziegler. l. c. S. 433, строка 2 сверху.

²⁾ E. Wagner. Purpura und Erythem. Deutsches Arch. f. klin. Medic. Bd 39. 1886. S. 433.

«Zahnfleisch scorbutähnlich missfarbig, geschwollen, fortwährend stark blutend; Mund ohne übeln Geruch». Полость носа безъ измѣненій. Въ легкихъ очень слабый бронхитъ. Сердце нормально. t° 39. Пульсъ малъ, 156. Дыханій 44. Животъ нормальный. Моча буровато-желта, $\frac{1}{10}$ объема бѣлка. Очень много выщелоченныхъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. На нижнихъ конечностяхъ довольно много старыхъ кровоизліяній. Мышцы нормальны.

Въ теченіи ночи были часто признаки Stokes'овскаго дыханія—оно вдругъ становилось поверхностнымъ, а по прошествіи 1—3 минутъ вновь дѣлалось глубокимъ. Нѣсколько легкихъ подергиваній въ плечахъ, а также и искривленіе впередъ позвоночника. Кровотеченіе изъ десенъ слабѣе. Непроизвольное выведение мочи. t° 39. Пульсъ 144. Дыханій 48.

6 Января въ полдень при t° 40°.3 у больной явились преходящія судороги въ ногахъ. И въ одинъ изъ такихъ общихъ судорогъ дыханіе больной стало тише, и она умерла.

При вскрытіи найдена высокой степени анемія, пятна на ногахъ. Кровоизліяній въ мышцахъ не было. Въ мозгу очень много кровоизліяній, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха; крупныя занимали кору, а мелкіе были разбѣяны въ различныхъ мѣстахъ мозга. Очень много кровоизліяній въ обоихъ легкихъ, сердечной сорочкѣ.

Въ мускулатурѣ сердца равномерное и точечное жировое перерожденіе. Печень блѣдна, въ остальномъ нормальна. Селезенка очень сильно опухла. Въ почкахъ, кромѣ малокровія, мелкія кровоизліянія коры и сильныя кровоизліянія почечныхъ лоханокъ.

Микроскопическіе срѣзы изъ печени уже на простой глазъ представляли рѣзкое утолщеніе междольковой соединительной ткани. Это утолщеніе было неравномерное. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ каймы соединительной ткани по ширинѣ равнялись $\frac{1}{8}$ поперечника дольки. Сосуды и желчные протоки не были сдавлены.

Инфильтратъ состоялъ изъ клѣтокъ заложенныхъ тѣсно между волокнами и очень похожихъ на бѣлыя кровяныя тѣльца. Печеночныя клѣтки были равномерно нѣжно зернисты. Просвѣты сосудовъ были узки и содержали больше бѣлыхъ, чѣмъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ каждомъ поперечномъ сѣченіи дольки встрѣчалось 5—10 отверстій капилляровъ, которыя содержали 10—20 бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и ни одного краснаго. Печеночныя клѣтки были въ этихъ мѣстахъ сдавлены.

Еще рѣзче была микроскопическая картина въ почкахъ.

Въ корковомъ слоѣ находились многочисленные очаги, круглые или овальные, въ $\frac{1}{5}$ пов. препарата; изъ нихъ болѣе крупныя видны были даже простымъ глазомъ. Они состояли изъ тѣхъ же мелкихъ клѣтокъ какъ и въ печени, располагались въ наружной оболочкѣ мелкихъ артерій и иногда имѣли вѣтвистый характеръ. Или они лежали вокругъ мальпигіевыхъ клубковъ и были круглые.

Или, наконецъ, они занимали промежутки между канальцами и были въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ихъ поперечника и располагались въ видѣ сѣти. Мочевые канальцы широки; эпителий ихъ равномернo жирно перерожденъ. Канальцы въ очагахъ инфильтрата сдавлены, эпителий атрофированъ. Въ просвѣтѣ канальцевъ Wagner не видалъ ни гиалиновыхъ цилиндровъ, ни красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Клубочки довольно круглы, богаты ядрами; сосуды въ нихъ пусты. Соед. ткань между канальцами нормальна, большею частью совершенно бѣдна кровью».

Этотъ случай и для E. Wagner'a не прошелъ какъ заурядная форма Morbus maculosus Werlhofii. Онъ единственный изъ всѣхъ другихъ, которые E. Wagner наблюдалъ въ различные періоды своей дѣятельности—такъ въ 1866 (III), 1868 (IV) въ 1863 (VI), въ 1872 (VI), въ 1883 (II), въ 1885 (V) г.г. по нахожденію лимфомъ. Но освѣтить его надлежащимъ образомъ E. Wagner не могъ уже потому, что кровь изслѣдовалась въ немногихъ случаяхъ. Кровь въ этихъ случаяхъ, какъ при кровотеченіи отъ любой причины, обнаруживала бѣдность красными и большее содержаніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ.—„Eine Blutuntersuchung wurde nur in wenigen Fällen vorgenommen; sie ergab, wie bei anderen Blutungen beliebiger Ursache Armuth an rothen, grösseren Gehalt an weissen Blutkörperchen“. И особенно E. Wagner долженъ былъ остановиться на немъ еще и потому, что, напримѣръ, въ другомъ случаѣ очень рѣзкомъ, онъ не нашелъ уже вышеописанныхъ измѣненій въ печени и почкахъ.

Я приведу и этотъ случай.

II, Н. 28 лѣтняя дѣвушка, горничная, безъ наслѣдственныхъ заболѣваній, жившая при хорошихъ условіяхъ, необремененная тяжелой работой, въ первыхъ числахъ апрѣля 1883 г. замѣтила кровотеченіе изъ верхней десны. Оно продолжалось, особенно по ночамъ, съ небольшими перерывами 14 дней. Регулы, бывшіе раньше малыми, теперь стали обильнѣе. Дѣвушка еще сильнѣе стала блѣдной, у нея появились головокруженія. Кромѣ того она замѣтила и кровоизліянія въ кожѣ. 16 апрѣля она уже не могла вставать съ постели.

17 апрѣля при осмотрѣ найдена высокой степени анемія, слабость. На верхнихъ, а также и на нижнихъ конечностяхъ—кровоизліянія; на первыхъ ихъ немного, но на послѣднихъ очень много. Отека нѣтъ. На соед. об. правой стороны кровоизліяніе въ видѣ полосы. Десны блѣдны, не припухли, при давленіи нелегко кровоточатъ. Множественныя кровоизліянія въ сѣтчаткѣ. Зрѣніе нормальное. Тоны сердца не совсѣмъ чисты. Пульсъ 100. t° нормальна. Съ 21 апрѣля положеніе больной сильно ухудшилось.

У больной явилась рвота. Конечности и лицо холодныя. t° 37° 9. Пульсъ 120. Изъ десны и изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ вытекаетъ жидкая кровь. Въ теченіи ночи больная была неспокойна, бредила. Нѣсколько разъ у нея была рвота. 23 апрѣля t° 34.6. Пульсъ нитевидный, неправильный. Больная умерла.

При вскрытіи найдено: сильная анемія, многочисленныя кровоизліянія въ кожѣ, серозныхъ оболочкахъ и особенно сердечной сорочкѣ. Очень сильное точечное жировое перерожденіе сердца. Рѣзко выраженная жировая печень. Анемія и жировое перерожденіе почекъ. Мелкія кровоизліянія въ сѣтчаткѣ и многочисленныя кровоизліянія въ мягкую оболочку мозга

Никакихъ лимфомъ въ этомъ случаѣ нѣтъ. Да и при другихъ наблюденіяхъ purpura и erythema E. Wagner'у не пришлось видѣть лимфомъ печени и почекъ.

E. Wagner уже въ другомъ мѣстѣ—почти около конца статьи (стр. 478), еще разъ возвращается къ 1-му случаю. И, по моему убѣжденію, онъ былъ близокъ къ рѣшенію вопроса о характерѣ болѣзни, но смутился предъ новизной формы. Да кромѣ того и кровь не была изслѣдована, да и не установлены въ то время типы лейкоцитовъ. E. Wagner говоритъ:

„Въ случаѣ Hahn'a (I сл.) я пришелъ къ убѣжденію, на основаніи находженія при микроскопическомъ изслѣдованіи массы лимфомъ въ печени и въ почкахъ, что въ данномъ случаѣ острая инфекціонная болѣзнь, такъ какъ подобныя образованія были возможны доселѣ только при нихъ. Признать весьма острую лейкемію было мало къ тому поводовъ. Случай лейкеміи съ очень быстрымъ теченіемъ недавно наблюдались. Küssner, Litten, Immermann, Zumpre (Heubner)—дали такіе примѣры. Лейкемія была или костно-мозговая или селезеночная. Такъ какъ я въ своемъ случаѣ не изслѣдовалъ костный мозгъ, то, несмотря на нѣкоторое сходство съ вышеописанными наблюденіями, рѣшить навѣрное не могъ. Въ случаѣ Zumpre въ печени и почкахъ были измѣненія совершенно сходныя съ тѣми, какія я нашелъ“. „In dem Fall Hahn kam ich erst durch den mikroskopischen Befund der Leber und Niere, d. h. durch die massenhaften Lymphome dieser Organe auf die Idee, dass hier eine acute Infectiouskrankheit vorliegen könne, da derartige Bildungen bisher nur bei solchen gefunden worden sind. Eine acuteste Leukämie anzunehmen dazu lag wohl wenig Veranlassung vor. Fälle von sehr rasch verlaufender Leukämie sind freilich neuerdings mehrfach beobachtet worden: Küssner (Berl. Klin. Wochenschr. 1876. № 9), Litten (ibid. 1877. № 19), Immermann, Zumpre (—Heubner, Arch der Heilkunde 1878. XIX S. 473) gegeben Beispiele davon. Sie waren theils medullären, theils lienalen Ursprungs. Da in meinem Fall das Knochenmark nicht untersucht wurde, möchte ich trotz mancher Analogien mit obigen Fällen keine sichere Entscheidung treffen. In Zumpre's Fall boten die Leber und Nieren offenbar ähnliche Veränderungen dar, wie in dem meinigen“.

И могъ ли Wagner въ то время совершенно обосновано остановиться на острой лейкеміи? До 1886, когда явилась работа

Е. Wagner'a, во всей западно-европейской литературѣ насчитывалось 16 наблюдений, въ которыхъ имѣлось быстрое теченіе лейкеміи. И какъ описывали авторы, приведенные Е. Wagner'омъ, эту форму?

Immermann въ 1874 году—въ статьѣ „Über progressive perniciöse Anämie“ приводитъ ее, какъ случай подострой лейкеміи.

Küssner въ 1876 году въ статьѣ „Zwei Fälle von Leukämie“ описываетъ случай быстро развившейся лейкеміи, на что, по его мнѣнію, въ литературѣ еще не было указаній. Болѣзнь была принята за тифъ, осложненный скорбутомъ. Когда же найдены были лейкемическія измѣненія крови, то діагнозъ тотчасъ же былъ измѣненъ и болѣзнь признава за острую лейкемію.

Litten въ 1877 году въ статьѣ: „Über eine in medullare Leukämie übergehender Fall von perniciöser Anämie nebst Bemerkungen über die letztere Krankheit“ описываетъ случай злокачественной анеміи, къ которой присоединилась лейкемія.

Zumpe въ 1878 г. даетъ заглавіе своей статьи „Ein Fall von Leukämie mit acuten Verlauf“. Онъ указываетъ, что опубликованный 2 года тому назадъ Küssner'омъ случай лейкеміи, имѣвшей быстрое теченіе и обозначенный именемъ „острая лейкемія“, оспаривается Riemeг'омъ, полагающимъ, что это обыкновенная лейкемія, окончившаяся быстро быть можетъ подъ вліяніемъ септицеміи. Riemeг опирается въ своемъ предположеніи на томъ, что составъ крови не былъ изслѣдованъ до остраго заболѣванія. Очевидно, Zumpe подъ впечатлѣніемъ возраженій Riemeг'a, не рѣшается назвать свой случай острой лейкеміей, но подчеркиваетъ, что развитіе процесса и теченіе его были очень быстрые.

Только въ 1889 году Ebstein въ монографіи „Über die acute Leukämie“, впервые выдѣлилъ это заболѣваніе, мастерски набросалъ клиническую картину острой лейкеміи, ея патогенезъ, діагностику и къ 16 случаямъ, собраннымъ имъ изъ литературы, прибавилъ свой, 17-й, острой лейкеміи.

Естественно, Е. Wagner, имѣя предъ собой наблюденія Küssner'a, оспариваемыя Riemeг'омъ, и Zumpe, который въ виду такого протеста, не рискнулъ даже употребить выраженіе острая лейкемія, и только робко заявляетъ, что развитіе процесса и теченіе его были очень быстрыя, повторяю,—а также и неполнотѣ своего изслѣдованія, могъ лишь говорить о ригрига, но не объ острой лейкеміи, отмѣчая, что найденныя имъ измѣненія въ печени и почкахъ совершенно сходны съ описанными Zumpe, т. е. при острой лейкеміи. Такимъ образомъ случай Е. Wagner'a—острая лейкемія, а не Верльгофова болѣзнь.

Чтобы покончить свой докладъ, сдѣлаю еще два замѣчанія.

1) Въ сообщеніи профессора С. В. Левашова есть ссылка на статью E. Wagner'a, а именно на стр. 438. Эта ссылка крайне неудачна: Wagner приводитъ случай не эссенціальной Верльгофовой болѣзни, а ригрига, присоединившейся къ туберкулезу, осложненному амилоидомъ селезенки и, вѣроятно, другихъ органовъ. „Въ верхней части верхней доли чрезъ плевру просвѣчиваютъ мелкіе, блѣдные туберкуламъ подобные узелки. Въ верхушкѣ легкаго полость величиной съ лѣсной орѣхъ, обложенная творожистой массой, и наполненная блѣдно-красной жидкостью. Въ задне-средней части этой доли лобулярные очаги; среди пневмонического инфильтрата видны свѣжіе милиарные узелки и т. д. „Am oberen Theil des oberen Lappens schimmern durch die Pleura sehr kleine, blasse, miliartuberkelähnliche Knötchen durch. In der Lungenspitze, eine Wallnussgrosse, mit blassröthlicher Flüssigkeit gefüllte, käsige beschlagene Höhle“.... „Die hinteren mittleren Theile dieses Lappens, auf Durchschnitt fast luftleer, enthalten zahlreiche lobuläre Herde: dazwischen schlaff infiltrirtes pneumonisches Gewebe, in dem sich frische Miliarknötchen finden.“

Про селезенку Wagner говоритъ, что она блѣдно буровато-красна, гомогенна, плотна. „Milz blassbraunroth, homogen, derb.“

2) Наконецъ, въ концѣ своей статьѣ проф. С. В. Левашовъ ссылается на Mosler'a. Онъ говоритъ; „Mosler уже давно указывалъ, что обильными повторными кровоизвлеченіями (напр. до 50 фунтовъ у лошадей) удается вызвать чрезвычайно большія нарушенія кровяного состава и довести содержаніе безцвѣтныхъ тѣлецъ въ крови у этихъ животныхъ до числа красныхъ, т. е. до отношенія 1 : 1 (нормальное 1 : 350); тѣмъ не менѣе такое состояніе, конечно, нельзя разсматривать, какъ лейкемію, хотя, если бы руководиться одними грубыми внѣшними морфологическими признаками, можно бы было допустить ее и здѣсь“.

Дѣйствительно Mosler ¹⁾ въ 1872 г. упоминаетъ о чьихъ то наблюденіяхъ, что при очень большихъ кровопусканіяхъ у лошадей (до 50 ф.), но не повторныхъ, какъ говоритъ проф. С. В. Левашовъ, красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца представляются одинаково многочисленными. „Sehr bemerkenswerth ist die Vermehrung der farblosen Blutkörperchen nach Aderlässen, die bei Pferden, freilich nach sehr grossen Blutentziehungen (bis zu 50 Pf.), so weit gehen kann, dass die farbigen und farblosen Blutkörperchen gleich zahlreich erschienen“.

Естественно, если кровь будетъ долго течь, то разовьется большее обѣднѣніе красными тѣльцами, чѣмъ бѣлыми, какъ болѣе

¹⁾ F Mosler. Die Pathologie und Therapie der Leukämie. Berlin. 1872 S. 104. Строка 11 снизу.

мелкими, клейкими, и можетъ наступить такой моментъ, что получится измѣненіе отношенія между красными и бѣлыми тѣльцами. Но ни Mosler, и никто не стануть говорить о нарастаніи ихъ путемъ размноженія. При острой лейкеміи именно происходитъ прогрессивное размноженіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (съ 8.500—до 500.000 въ 1 куб. мил. крови) и притомъ опредѣленнаго типа лейкоцитовъ—мононуклеаровъ.

Въ указаніи Mosler'a идетъ рѣча лишь о разовой неравномѣрной потери организмомъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ при кровоупусканіи.

Но если бы были и повторныя кровоупусканія, то, спустя известное время, развивается—не лейкемія, а лейкоцитозъ, какъ показываютъ экспериментальныя изслѣдованія Zenoni¹⁾

Онъ, дефибрируя выпущенную кровь и вновь вводи тому же самому животному до 10 разъ въ теченіи одного и того же опыта, достигалъ обѣднѣнія крови лейкоцитами. Подсчетъ кровяныхъ тѣлецъ производился въ различные сроки времени: предъ извлеченіемъ крови, предъ дефибрированіемъ, предъ трансфузіей, а равно и по окончаніи операціи.

Опыты показали, что въ первое время число полинуклеаровъ и мононуклеаровъ сильно падало, а затѣмъ быстро поднималось и особенно полинуклеаровъ.

Въ 1-мъ опытѣ.

Во 2-омъ опытѣ

1-й день.

2-й день.

1-й день. 2-й день.

Полинук. Монон.

Пол. Монон.

Пол.

Монон.

Пол.

Монон.

1 2.6 0 0 1000

1 4.4 0 0 1200

1 3.8 0 0

1000

9.6 0 0

1400.

Затѣмъ слѣдовало паденіе.

Такимъ образомъ, говорить Zenoni, дефибрированіемъ удаляется значительная часть лейкоцитовъ, и тѣмъ вызывается значительный лейкоцитозъ. 1) „Dass dem Blute durch den Defibrinationsprocess der grösste Theil seiner weissen Blutkörperchen entzogen und darauf eine plötzliche und intensive Leukocytose“.

Далѣе, отношеніе 1:1 проставлено, какъ видно изъ текста, не Mosler'омъ, ибо зрительное впечатлѣніе и точныя счисленія, подсчетъ не одно и тоже, но самимъ проф. С. В. Левашовымъ.

¹⁾ Zenoni. Über die Entstehung der verschiedenen Leukocytenformen des Blutes. Ziegler's Beiträge zur path. Anatomie. 1894.

¹⁾ Въ теченіи осени 1902 г. въ Каз. Губ. Земской Больницѣ было 2 случая Верльгофой болѣзни. Счетъ тѣлецъ произведены д-рами Китаевымъ и Кряжевнымъ. Въ обоихъ случаяхъ, какъ мнѣ любезно сообщено, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ было нормальное.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ: I) отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ кровянымъ кружечкамъ при Верльгофовой болѣзни или остается неизмѣненнымъ, или наблюдается только относительный лейкоцитозъ.

II) Случаи *Carpentier* и *Denys* нужно считать не *Werlhofoвой* болѣзнию, но острой лейкеміей.

III) Жировое перерожденіе сердца, какъ показываютъ изслѣдованія *Perl'a* и *Толмачева*,—частичное явленіе кровопотери организмомъ. Оно потому и встрѣчается при различныхъ процессахъ и интоксикаціяхъ и служить опорой для установки діагноза *Верльгофовой* болѣзни никоимъ образомъ не можетъ. Ни *Litten*, ни *Riess* въ главахъ о *Верльгофовой* болѣзни о немъ даже и не упоминають.

IV) Лимфомы въ печени свойственны острой лейкеміи, но не *Верльгофовой* болѣзни. Если *E. Wagner* ихъ описалъ въ 1886 г. при *ригрга*, то потому, что работа *Ebstein'a*, выдѣлившаго острую лейкемію въ особую форму, явилась лишь въ 1889 г., т. е. тремя годами позднѣе.

V) Такимъ образомъ мнѣніе проф. *С. В. Левашова*, высказанное имъ въ слѣдующихъ выраженіяхъ: „указанія на уменьшеніе числа красныхъ и особенно увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при пятнистой болѣзни, не смотря на сравнительно очень малое вниманіе, удѣлявшееся до сихъ поръ измѣненіямъ зрви при ней, настолько многочисленны и настойчивы, что и то и другое приходится признавать прямо постояннымъ признакомъ для извѣстныхъ, по крайней мѣрѣ, формъ этой болѣзни. При этомъ наблюдаются, какъ было видно при обзорѣни литературы, всевозможныя степени такого измѣненія крови, достигающихъ *maximum'a* въ такихъ случаяхъ, какъ описываемыя *Denys* и *Immerman's* п'омъ, а также нашъ, въ которыхъ развились обильныя кровотеченія, угрожавшія жизни больныхъ или даже оказавшіяся дѣйствительно смертельными“—научно не обосновано.

VI) Заключеніе проф. *С. В. Левашова*: „На основаніи этихъ данныхъ (т. е. только что приведенныхъ) необходимо допустить существованіе отдѣльнаго своеобразнаго вида *Werlhofoвой* болѣзни, характеризующагося именно развитіемъ послѣ нѣсколькихъ чрезвычайно обильныхъ кровопотерь крайне рѣзкимъ нарушеніемъ кроваваго состава“—совершенно произвольно.

Ziegler объ острой лимфатической лейкеміи говоритъ, что она имѣетъ быстрое злокачественное теченіе. Лимфатическія железы иногда очень слабо опухаютъ, изрѣдка опуханія нѣтъ. Наряду съ подобнымъ измѣненіемъ лимфатическихъ железъ въ большинствѣ случаевъ замѣчается различной степени опуханіе се-

лезенки. Часто встрѣчается увеличеніе миндалинъ. „Neben der zuweilen nur geringen, jedoch nur selten fehlenden Lymphdrüsenvergrößerung ist meist auch eine in ihrer Stärke wechselnde Milzschwellung, oft auch eine Vergrößerung der Gaumentonsillen vorhanden“. Далѣе слѣдуютъ геморрагическій діатезъ и лихорадка. Увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ можетъ доходить до $\frac{1}{2}$ милліона и даже болѣе въ 1 кубическомъ милліметрѣ крови. Такъ какъ часто число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ значительно уменьшается, то отношеніе между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами = 1 : 3 или 1 : 2, при чемъ число полинуклеаровъ или нормально, или уменьшено, такъ что размноженіемъ лимфоцитовъ исключительно обуславливается увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Лимфоидная ткань можетъ образовываться въ другихъ органахъ, такъ напримѣръ въ печени. „Es kann sich aber auch lymphadenoides Gewebe in anderen Organen bilden, so namentlich in der Leber“.

Въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ: быстрое теченіе болѣзни, сопровождавшееся высокой t° , рѣзко выраженный геморрагическій діатезъ, значительное увеличеніе селезенки и печени, гиперплазію различныхъ лимфатическихъ железъ и фолликулярнаго аппарата кишекъ, измѣненіе костнаго мозга, абсолютное уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и увеличеніе числа бѣлыхъ, отношеніе $\frac{B}{R} = 1 : 7$, жировое перерожденіе сердца, печени, почекъ, переполненіе лимфоцитами капилляровъ ихъ и лимфомы печени. Словомъ все, что считается свойственнымъ острой лейкемій.

Слѣдовательно, студентъ Казанскаго Ветеринарнаго Института В. А. имѣлъ не Верльгофову болѣзнь—Morbus maculosus Werlhofii, на которой упорно настаиваютъ д-ръ М. А. Глазовъ и проф. С. В. Левашовъ, но острую лейкемію, отъ которой, какъ безусловно смертельной, и погибъ.

РЕФЕРАТЫ.

Хирургія.

Т. Н. Желтоножній. *Случай омертвѣнія тонкихъ кишекъ на почвъ общаго артеріосклероза.* Врач. Газ. 1903 г. № 10.

Субъектъ, съ значительно выраженнымъ общимъ артеріосклерозомъ, поступилъ въ больницу по поводу старческой гангрены правой стопы. На слѣдующій день послѣ произведенной операціи (ампутація въ верхней части голени) больной почувствовалъ въ нижней части живота неопредѣленнаго характера боли, усилившіяся въ теченіе слѣдующихъ дней и распространившіяся до пупка. Въмѣстѣ съ болями—рвота, болѣзненность въ области пузыря, затѣмъ отсутствіе стула и отхожденія газовъ, икота и легкое вздутіе живота въ нижней части съ тимпаническимъ звукомъ въ этой области. Предположенъ частичный перитонитъ, и сдѣлана лапаротомія. При этомъ оказалось, что нижняя часть тонкихъ кишекъ на протяженіе 3 метровъ подверглась омертвѣнію, въ различныхъ стадіяхъ охватившему этотъ отдѣлъ кишечника. Больной умеръ во время операціи. Выясненіе причины омертвѣнія указало на суженіе просвѣта (вслѣдствіе эндартериита) верхней брыжжеечной артеріи и непосредственно отъ нея идущихъ вѣтвей, съ атероматозными язвами и тромбами различной давности, и на полную закупорку вѣтвей 3 и 4 порядка (тромбами прижизненнаго происхожденія).

В. М. Чеванъ. *Къ хирургіи рака пищевода. Два случая *gastrostomiae* по поводу рака пищевода.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 11—12.

Въ хирургической практикѣ при ракѣ пищевода существуетъ рядъ пособій палліативныхъ и радикальная операція сравнительно недавняго происхожденія—резекція пищевода. До сего времени эта операція находится въ періодѣ разработки. Съ одной стороны необходи-

мо въ обезпеченіе отъ рецидива добиться возможно полнаго удаленія отводящихъ лимфатическихъ путей и узловъ. Съ другой стороны, эта операція ограничена пока лишь случаями рака шейной части пищевода, и вопросъ—доступна ли хирургическому вмѣшательству грудная часть oesophagi. Наконецъ, благоприятные результаты операціи возможны только при ранней діагностикѣ заболѣванія. Въ этомъ отношеніи значительный шагъ впередъ сдѣланъ примѣненіемъ гастро-скопа. Что касается паллиативныхъ мѣръ, то къ нимъ относятся фистулы различныхъ отдѣловъ желудочно-кишечнаго тракта (эзофаго, гастростомія), зондированіе, введеніе желудочнаго зонда. Наибольшимъ примѣненіемъ пользуется gastrostomia. Эта операція—давняго происхожденія и прежде имѣла цѣлью простое наложеніе фистулы (Sedillot-Fenger'a, Bryant'a и др.), въ настоящее же время производится съ примѣненіемъ того или иного вида клапана для закрытія отверстія (способы v. Hacker'a, Wotzel'я, Marweldel'я и др.). На основаніи двухъ своихъ случаевъ, въ которыхъ операція принесла больнымъ существенное облегченіе, авторъ считаетъ гастростомію «паллиативомъ, благодѣтельнымъ для больного». Въ статьѣ приведено много статистическихъ цифръ и дов. обширная литература.

Karewski. *О хирургіи легкихъ.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 24—25.

Хирургія легкихъ относится къ самымъ молодымъ отдѣламъ хирургической науки. Въ основѣ выработки методовъ оперативнаго вмѣшательства при легочныхъ заболѣваніяхъ лежитъ во 1-хъ возможность предотвращенія опасности пневмоторакса, которая (опасность) въ настоящее время настолько незначительна, что нѣкоторое изъ хирурговъ считаютъ даже нужнымъ вызвать предварительный пневмотораксъ. Съ другой стороны, экспериментальныя данныя показали возможность изсѣченія частей легочной ткани и условія заживленія ея раненій. При сопоставленіи этихъ опытовъ съ выводами, касающимися оперативной техники, выработанной на человѣческихъ трупахъ, получены основныя положенія для операцій на живомъ. Таковы а) грудная полость должна быть широко раскрыта значительнымъ изсѣченіемъ реберъ; б) въ 76% случаевъ можно рассчитывать на запусканіе плевральной полости, но тамъ, гдѣ этого нѣтъ, можно вызвать искусственное сращеніе листковъ тѣмъ или инымъ изъ существующихъ способовъ; в) вскрытіе большого очага можетъ быть произведено какъ ножомъ, такъ и раскаленнымъ металломъ; г) геморагіи болѣе опасны въ послѣоперационномъ періодѣ; е) примѣняется какъ пнеймотомія, такъ и пнеймектомія; ф) леченіе раны ведется, какъ леченіе эмпіемы; г) наркозъ долженъ быть мѣстный; з) противогнилостныя средства противопоказаны.—Число пораженій, гдѣ было бы желательнымъ хирургическое вмѣша-

тельство, значительно; но не велико число заболѣваній, гдѣ оно возможно. Съ теоретической точки зрѣнія могутъ быть установлены слѣдующія условія для возможности оперативнаго пособія. Во 1, необходимо точное представленіе о локализациі процесса, къ чему можетъ вести примѣненіе всѣхъ способовъ изслѣдованія, кончая рентгеноскопией и пробной торакотоміей. Въ 2, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ хирургу приходится имѣть дѣло съ септическими заболѣваніями легкихъ, то необходимо принимать во вниманіе возможность дренажа. Въ 3, важно принимать въ расчетъ состояніе стѣнки гнойной полости, которая въ случаѣ давности процесса является очень плотной и неспадающейся. Наконецъ, состояніе скелета и анатомическое строеніе грудной кѣтки также должны быть приняты во вниманіе — Легочныя пораженія, поддающіяся хирургическому леченію, дѣлятся на слѣд. 3 группы: а) септические процессы, куда относятся абсцессы, гангрена, бронхоэктазіи; б) туберкулезъ; с) актиномикозъ и эхинококкъ. Что касается абсцессовъ, то несмотря на сравнительно частое самопроизвольное заживленіе ихъ, необходимо дов. раннее примѣненіе ножа, во 1, на томъ основаніи, что промедленіемъ можно упустить удобный моментъ и во 2, потому, что абсцессъ часто вызываетъ эмпіему и въ 3, вслѣдствіе медленнаго заживленія даже въ случаяхъ остраго процесса. При гангренѣ раннее оперативное вмѣшательство несомнѣнно показано. Статистическія данныя указываютъ на пониженіе % смертности въ случаяхъ хирургическаго леченія. Бронхоэктазіи являются наихудшимъ объектомъ для легочныхъ операций, но и здѣсь % успѣшнаго леченія довольно высокъ. Въ случаяхъ туберкулеза произведены были резекціи верхушекъ въ начальныхъ стадіяхъ процесса и вскрытіе кавернъ. Однако результаты оказались плачевными, тѣмъ болѣе что и сама операція является палліативнымъ средствомъ. Актиномикотическое пораженіе легкаго можетъ поддаться хирургическому леченію въ тѣхъ случаяхъ, если удастся удалить всѣ пораженныя ткани. Во всѣхъ упомянутыхъ процессахъ нерѣдко играютъ роль инородныя тѣла, иногда попадающія въ бронхи черезъ дыхательные пути. Нѣтъ сомнѣнія, что они должны быть удаляемы. лучше всего, естественнымъ путемъ съ помощью бронхоскопій по Killian'у. Диагностика эхинококка, легкаго и плевры часто бываетъ затруднительна, но тамъ гдѣ діагнозъ поставленъ радикальнымъ леченіемъ будетъ хирургическое.

В. К. Гейнацъ. *О радикальной операціи паховыхъ грыжъ по способу Symonds'a.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 27—28.

Въ 1901 году Wells описалъ радикальную операцію грыжестѣченія по выработанному Symonds'омъ методу, основная мысль котораго заключается въ томъ, чтобы подойти къ грыжевому мѣшку со сто-

роны полости брюшины, По вскрытіи брюшной стѣнки на уровнѣ наружнаго края *m. recti*, палець вводится въ грыжевой мѣшокъ и освобождаетъ его отъ содержимаго. Далѣе введенной по пальцу кюрпангъ захватываетъ верхушку мѣшка, и послѣдній постепеннымъ потягиваніемъ отслаивается и вывертывается на изнанку. Перекрученнымъ онъ пришивается къ пристѣнкой брюшинѣ и поперечной фасціи (въ ранѣ); а паховой каналъ сшувивается сшиваніемъ ножекъ апоневроза, образующаго наружное паховое кольцо. Какъ мысль внутрибрюшиннаго доступа къ грыжевому мѣшку, такъ и выворачиваніе послѣдняго—два существенные момента операціи Symonds'a—не новы. Исключительно ему принадлежитъ выворачиваніе мѣшка не отпрепарованнымъ. Къ несомнѣннымъ достоинствамъ операціи принадлежитъ полное устраненіе брюшинной ямки; однако извѣстна подвижность брюшины и малая устойчивость подбрюшинной клѣтчатки. Для проверки пригодности способа Symonds'a въ хирургической клиникѣ Военномедицинской Академіи было сдѣлано нѣсколько операцій этого типа. Такъ какъ операція Symonds'a непримѣнима къ врожденнымъ грыжамъ съ незарошеннымъ отверстіемъ грыжевого мѣшка, а также къ ущемленнымъ грыжамъ и къ грыжамъ съ маленькимъ грыжевымъ мѣшкомъ, то для отвѣта были отобраны субъекты съ приобретенными средней величины грыжами. Во всѣхъ четырехъ случаяхъ выворачиваніе мѣшка удалось очень легко. Закрытіе каната дѣлалось по Symonds'у. Въ первыхъ трехъ случаяхъ рецидива не видѣли (наблюденіе до 5 мѣс.), но за то въ одномъ изъ нихъ оказалось раненіе мочевого пузыря: захваченнаго при закручиваніи грыжевого мѣшка. Во избѣжаніе этого рѣшено было въ слѣдующій разъ захватывать только серозную оболочку мѣшка. Въ этомъ краѣ мѣшокъ оказался короткимъ, такъ что вмѣстѣ не было примѣнено и закручиванія. И въ этомъ случаѣ, правда протекшемъ съ нагноеніемъ швовъ и выходомъ лигатуръ, произошелъ рецидивъ къ концу перваго мѣсяца. Такъ обнаружился крупный недостатокъ операціи Symonds'a—опасность раненія мочевого пузыря въ близости котораго трудно ориентироваться при этой операціи, и недостаточная гарантія отъ рецидивовъ при осторожномъ вшиваніи мѣшка. Ст. быть, способъ Symonds'a долженъ считаться менѣе радикальнымъ. Съ другой стороны, онъ и менѣе безопасенъ ближайшимъ образомъ, какъ всякая лапаротомія, а въ болѣе отдаленномъ будущемъ—какъ грозящій возможностью внутренняго ущемленія кишекъ, вслѣдствіе образованія тяжа въ полости брюшины. Конечный выводъ таковъ, что операціи Symonds'a примѣнима, только какъ попутная при лапаротоміи въ нижней части живота.

Проф. В. Н. Тонковъ. *Два случая аномалій почекъ.* Рус. Хир. Арх. 1903 г. Кн. 2.

Въ одномъ случаѣ при нѣсколько уменьшенной правой почкѣ съ двумя артеріальными стволами, лѣвая значительно увеличена (12,5×5,5 и 7,0 см.) и лежитъ на уровнѣ отъ 12 грудного позвонка

до верхней $\frac{1}{2}$ четвертого поясничного. Она имѣетъ двѣ вырѣзки (hilus) и два мочеточника, которые сливаются въ одинъ только на 3 см. ниже дѣленія аорты. Верхній отдѣлъ органа видимо соотвѣтствуетъ нормальной почкѣ, а нижняя часть является ненормальнымъ добавленіемъ. Почка эта получаетъ 4 артеріи, выходящія изъ аорты или ея вѣтвей независимо другъ отъ друга и впадающихъ по двѣ въ верхній и нижній отдѣлъ, и отдаетъ 6 венозныхъ стволовъ. Такая аномалія, по литературнымъ даннымъ, должна быть отмѣчена какъ крайне рѣдкое явленіе. Не столько рѣдка другая аномалія. Въ этомъ случаѣ при нормальной лѣвой почкѣ правая оказалась значительной (до уровнѣ 3 и 4, отчасти 5 поясн. позвонковъ), неправильной формы въ видѣ закругленнаго, сплюсненнаго спереди назадъ образования—съ свободно лежащими на его поверхности чашечками и лоханкою. Эта почка снабжена 2 отходящими отъ arter. iliacaе comm. артеріальными вѣточками и отдаетъ три вены.

Проф. И. Н. Спизанскій. *Къ вопросу о трепанации при травматической надучей.* Рус. Хир. Арх. 1903 г. Кн. 2.

Литературныя данныя, касающіяся трепанации при эпилепсіи, въ первое время давали надежду на блестящую будущность ея, такъ какъ статистики указывали на значительный % выздоровленій. Дальнѣйшія наблюденія однако показали цифры удачныхъ исходовъ операцій должны быть уменьшены. По наиболѣе крупной статистикѣ Matthilious'a, по отношенію къ трепанации при травматической джексоновской эпилепсіи, случаи съ благоприятнымъ результатомъ составляютъ 40,8%; въ случаяхъ общей травматической эпилепсіи этотъ % = 40,3, а для общей эпилепсіи нетравматическаго происхожденія—26,1. На XXVIII съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ Kocher'омъ сдѣлано сообщеніе, въ которомъ указано было на стойкіе благоприятные результаты трепанации при эпилепсіи, т. обр., въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ была разсѣчена или удалена dura mater особенно съ черепной костью. Докладчикъ объяснилъ это вліяніемъ ослабленія мѣстнаго давленія на общее благодаря произведенной отдушинѣ, такъ какъ эпилепсія находится въ несомнѣнной зависимости отъ повышеннаго внутричерепнаго давленія. Теорія Kocher'a нашла подтвержденіе въ работахъ Schäfer'a, Ito и Березовскаго—Наблюденія автора касаются двухъ клиническихъ случаевъ и стоятъ въ связи съ полученными имъ экспериментальными данными. Сообщая о послѣднихъ, онъ обращаетъ вниманіе, во 1, на то, что трепанационныя отверстія у животныхъ во всѣхъ почти опытахъ заросли не костью, а соединительной тканью и во 2, на то, что и у многихъ изъ этихъ животныхъ, не смотря на присутствіе «вентиля» развились эпилептиформные припадки. На основаніи клиническихъ наблюденій въ связи съ литературными данными онъ приходитъ къ выводу, что при эпи-

лепсія какъ Jackson'овской, такъ и общей травматической, показана трепанация, и хирургическая помощь должна быть оказана возможно ранѣе. Сѣченіе твердой оболочки повидимому оказываетъ благоприятное вліяніе, но существованіе «вентиля» не гарантируетъ отъ появленія припадковъ.

Н. П. Серапинъ. *Къ вопросу о смѣшанныхъ опухоляхъ неба.*
Рус. Хир. Арх. 1903 г. кн. 2.

У здоровой, крѣпкой правильнаго развитія женщины въ теченіе 4¹/₂ лѣтъ развилась на твердомъ небѣ опухоль, достигнувшая за это время величины куриного яйца. Опухоль безболѣзненна; покрыта неизмѣненною слизистою оболочкою, свободно приподнимающеюся въ складку, твердо-эластической консистенціи, бугриста. При операциі она оказалась инкапсулированной, совершенно не связанною съ небомъ, гдѣ она произвела только атрофію надкостницы и поверхностныхъ слоевъ кости, и легко была вылушена тупымъ путемъ. Размѣры ея = 6,5 × 4 см. Опухоль яйцевидной формы, бугриста, блѣдно сѣраго цвѣта. Въ разрѣзѣ на большей части поверхности сѣровато-бѣлаго цвѣта съ вкрапленными въ этотъ фонъ желтоватыми точками и по мѣстамъ небольшими прозрачными участками хрящевой консистенціи. Часть поверхности имѣетъ бурокрасный цвѣтъ. Въ одномъ участкѣ лежитъ киста, выполненная блестящими чешуйками и окруженная массами миксоматознаго свойства. Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ слѣдующ. структуру. Опухоль состоитъ изъ плотной, волокнистой соединительно-тканной стромы, богатой эластическими волокнами, въ незначительномъ количествѣ содержащей участки жировой ткани, фокусы гліалинаго перерожденія, хрящевую ткань,—и эпителиальныхъ элементовъ. Послѣдніе частію расположены въ видѣ разнообразной формы скопленій полигональных, непосредственно другъ возлѣ друга лежащихъ клѣтокъ съ пузырькообразными ядрами, иногда слизисто перерожденныхъ; частію, представляетъ характерную картину канкроида. На ряду съ этимъ нѣкоторые эпителиальные ходы напоминаютъ железистыя трубки. Микроскопическія кисты, встрѣчающіяся здѣсь, выстланы плоскими, имѣющими непосредственную связь съ эпителиальными ходами; въ полостяхъ содержатся эпидермоидальныя массы, заключающія въ себѣ иногда стекловидные шары и участки съ микрохимической реакціей на известь. Въ центральной части опухоли обнаружено присутствіе какъ бы зародышевой ткани съ участками постепеннаго ея дифференцірованія. По мѣстамъ въ паренхимѣ опухоли встрѣчаются гигантскія клѣтки. Большая кистовидная полость выстлана характернымъ многослойнымъ эпителиемъ и выполнена ороговѣвшими клѣтками, кое гдѣ обызвествленными. Строма окружающаго кисту частей имѣетъ типичный характеръ. Въ участкѣ опухоли бурокраснаго цвѣта преоб-

ладаетъ стекловидно-слизистое перерожденіе клѣточныхъ элементовъ и наблюдается обильныя кровоизліянія. По гистологическому строенію опухоль должна быть отнесена къ новообразованіямъ, которымъ въ настоящее время присвоено названіе смѣшанныхъ и которыя французскими изслѣдователями относились къ новообразованіямъ эпителиальнаго происхожденія, а нѣмецкими разсматривались, какъ соединительно-тканья, пока трудами De-Larabrie, Defoniaine, Berger, Hinsberg, Willms и др. не выясненъ ихъ истинный характеръ и происхожденіе. Эти опухоли—истинно смѣшанныя—разположеніемъ тканей напоминаютъ или аденомы, или чаще эпителиомы; строма же ихъ носитъ характеръ ткани фиброзной, миксоматозной, эмбриональной хрящевой, рѣже костной. Происхожденіе ихъ аналогично происхожденію тератомъ. Въ клиническомъ отношеніи онѣ должны быть отнесены къ вполнѣ докромкачественнымъ. Онѣ всегда инкапсулированы, лишены срощеній и вылущаются легко

Н. М. Тереманковъ и С. П. Федоровъ. *Къ казуистикѣ рѣдкихъ грыжъ.* Рус. Хир. Арх. 1903 г. кн. 2.

Въ поясничной области, ограничивасмой линіей поясничныхъ позвонковъ, 12 ребромъ и концомъ 11-го, перпендикулярномъ, опущеннымъ отсюда на crist. os. il. и послѣднимъ, могутъ появиться грыжи. Грыжевыми воротами этой области прежде считался описанный Petit'омъ треугольникъ, но впоследствии найдено было, что грыжа можетъ выступить черезъ треугольникъ (пространство) Grynfelt—Лесгафта (trigonum lumbo-costo-abdominale, по терминологіи перваго и trig. lumbale superius—по второму); отверстія для прохожденія сосудовъ и нервовъ, врожденныя и пріобрѣтенныя дефекты мышцъ и апоневрозовъ. Въ описываемомъ случаѣ двусторонней поясничной грыжи воротами послужило пространство Grynfelt—Лесгафта, которое при операціи затянато сливаніемъ мышцъ—erector. trunci съ obliq. abdom. intern. и latiss. dorsi съ obliq. extern.—Другой изъ описываемыхъ случаевъ—hernia inguinalis—интересенъ по содержанию грыжевого мѣшка, въ которомъ помимо нѣсколькихъ петель тонкихъ кишекъ присутствовала часть ободочной и слѣпая кишка съ червевиднымъ отросткомъ. Такъ какъ въ этомъ случаѣ слѣпая кишка не имѣла удлинненной брыжжечки и серозная оболочка толстой переходила непосредственно въ оболочку грыжевого мѣшка, то относительно механизма происхожденія грыжи высказано предположеніе, что толстая кишка стянута внизъ вмѣстѣ съ пристѣнной брюшиной постепенно тяжестью выпадавшихъ петель тонкой кишки.—Третій случай отмѣчается по необычайной формѣ грыжевого мѣшка, который имѣлъ форму песочныхъ часовъ, будучи перехваченъ двумя суженіями—одно у внутренняго отверстія пахового канала, другое надъ яичкомъ.

Образованіе такого мѣшка объясняется такъ. Небольшой существовавшій ранѣе мѣшокъ подѣ влияніемъ повышеннаго внутрибрюшнаго давленія опускается внизъ вмѣстѣ съ шейкой и, вытягивая брюшину, образуетъ второй мѣшокъ соединяясь съ нимъ узкимъ проходомъ шейки.

С. Ф. Дерюжинскій. *О послѣоперационной пневмоніи.* Хирургія 1903 г. кн. 74.

Изъ литературныхъ данныхъ явствуетъ, что появленіе послѣоперационной пневмоніи должно быть поставлено въ связь съ разнообразными причинами. Таковы: а) хлороформный и эфирный наркозъ; б) неподвижное положеніе больныхъ при поверхностномъ дыханіи и особенно при слабой сердечной дѣятельности; в) попаданіе въ дыхательные пути кусочковъ слизи, пищи, что легко можетъ случиться особенно при рвотѣ; д) охлажденіе больныхъ во время операциі; е) эмболии инфекціи изъ раны. На основаніи изученія нѣсколькихъ больничныхъ и клиническихъ отчетовъ, авторомъ получены слѣд. данныя. 1) % послѣоперационныхъ пневмоній = 0,8. Изъ общаго количества пневмоній (43) несомнѣнная связь съ операцией установлена въ 40, а точная причинная зависимость — въ 19. 2) Могутъ быть установлены три типа послѣоперационныхъ пневмоній: а) вызванныя наркозомъ, б) инфекціоннаго характера и в) гипостатическія. 3) Научное доказательство происхожденія пневмоніи въ зависимости отъ операциі почерпается въ бактериологически устанавливаемой идентичности инфекціи въ мокротѣ больного и въ отдѣляемомъ раны. 4) Необходимо имѣть въ виду предрасполагающія къ заболѣванію причины, куда относятся: а) бронхитъ и эмфизема, б) общія слабость организма, в) охлажденіе больныхъ, особенно при чревосѣченіяхъ. 5) Въ виду всего этого желательное настоячивое примѣненіе всѣхъ предлагаемыхъ профилатическихъ мѣропріятій.

И. Овчинниковъ.

Фармакологія.

Prof. Langgaard. *Изслѣдованіе продажнаго хлороформа.* Изъ фармакологическаго института Берлинскаго университета. Рецептъ, 1902, № 11 и 12.

Англійская торговопромышленная фирма Дунканъ и Флоггардтъ и К^о въ недавно разосланномъ циркулярѣ указываетъ, будто при перегонкѣ различныхъ сортовъ хлороформа получаютъ различные остатки коллоиднаго или кристаллическаго сложенія. Это побудило автора предпринять рядъ изслѣдованій надъ различными сортами про-

дажнаго нѣмецкаго хлороформа, приче́мъ однако́ изслѣдованія, произведенныя по указанному въ циркулярѣ способу, ни въ одномъ случаѣ не дали вѣсмага остатка. Въ одно и тоже время авторъ однако констатировалъ другое весьма важное обстоятельство, заключающееся въ томъ, что различные сорта хлороформа дають послѣ испаренія по извѣстному способу остатки, различающіеся по своему запаху. Въ виду большой чувствительности извѣстнаго реактива Маркиза, состоящаго изъ смѣси 3 куб. сант. концентрированной сѣрной кислоты и 2 капель формалина и дающаго съ морфіемъ красно-фіолетовое окрашиваніе, доходящее съ теченіемъ времени до чернаго цвѣта, а съ толuolóмъ и ацето́номъ коричневое окрашиваніе, авторъ пожелалъ также узнать отношеніе этого реактива къ хлороформу. Изслѣдованію подвергнуто 8 сортовъ продажнаго хлороформа. Полученныя результаты представлены въ слѣдующей таблицѣ:

Сорта хлороформа.	Остатокъ отъ испаренія.	Реакція съ формалино-сѣрной кислотой.
1. Chloroform. Ph. G. IV. purissim. Marke «Riedel».	Рѣзкій запахъ продуктовъ, обработанныхъ хлоромъ.	Коричневое окрашиваніе.
2. Ghloroform. pur. Ph. G. IV. E. Merck.	Безъ запаха.	Темно-коричневое окрашиваніе. Послѣ нѣкотораго стоянїе коричневое отдѣленіе.
3. Chloroform. puriss. Marke E. H. Chemische Fabrik Cotta E. Heuer.	Запахъ какъ № 1.	Слегка коричневый отѣнокъ, на слѣдующій день окраска сильнѣе.
4. Chloroform Duncan's Pure. S. G. 1,490.	Отвратительный запахъ горчичнаго масла.	Безъ цвѣта; на слѣдующій день легкое желтое окрашиваніе.
5. Schering's Chloral-Chloroform.	Безъ запаха.	Безъ цвѣта; на слѣдующій день желтое окрашиваніе, немного сильнѣе чѣмъ при 4.
6. Chloroform e chloralo. J. D. Riedel.	Рѣзко пахнеть продуктами пропитанными хлоромъ.	Сильное темно-коричневое окрашиваніе. Послѣ нѣкоторой стоянки коричневое отдѣленіе.
7. Chloroform. e Chloral Ph. Hung. II. E. Merck.	Безъ запаха.	Сильное темно-коричневое окрашиваніе. Послѣ нѣкоторой стоянки коричневое отдѣленіе, какъ при 6.
8. Chloroform Anschütz.	Слабый запахъ затхлости.	Сильные темно-коричневое окрашиваніе. потомъ коричневое отдѣленіе, какъ при 6.

Изъ этой таблицы видно, что изъ всѣхъ изслѣдованныхъ сортовъ хлороформа наиболѣе чистымъ оказался хлораловый Шеринга. Онъ не оставляетъ послѣ испаренія пахучаго остатка и не даетъ реакціи съ формалиново-сѣрной кислотой. Другіе-же сорта давали при испареніи пахучій остатокъ, или-же, болѣе или менѣе, сильно выраженную реакцію бензола, или то и другое.

На основаніи этихъ данныхъ авторъ приходитъ къ тому заключенію, что свойства хлороформа, указанныя въ германской фармакопее не вполне исчерпываютъ вопросъ о чистотѣ хлороформа. Не смотря на то, что всѣ изслѣдованные сорта хлороформа вполне отвѣчали всѣмъ требованіямъ этой фармакопеи, они, тѣмъ не менѣе относились различно при вышеприведенныхъ способахъ изслѣдованія. Кромѣ того, полученныя авторомъ данныя еще подтверждаютъ то обстоятельство, что способъ полученія хлороформа отнюдь не гарантируетъ чистоты препарата. Легко можетъ случиться, что хлораль-хлороформъ или салициловый хлороформъ окажется менѣе чистымъ, чѣмъ обыкновенный, получаемый болѣе дешевымъ способомъ.

Что-же касается вопроса о томъ, на сколько вредны постороннія примѣси продажнаго хлороформа, то, печальные случаи смерти при наркозѣ этимъ анестезирующимъ средствомъ нельзя имъ приписать. Тѣмъ не менѣе эти примѣси мвгутъ служить причиной тѣхъ неприяныхъ явленій, которыя, къ сожалѣнію очень часто наблюдаются при хлороформенномъ наркозѣ. Принимая во вниманіе это соображеніе и полученныя данныя, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что описаніе свойствъ хлороформа и пробъ его должно быть пополнено въ германской фармакопее пробой на запахъ остатка отъ испаренія хлороформа и сѣрно-формалиновымъ реагентомъ на него.

М. Любовскій.

Психіатрія.

Подъ редакціей В. И. Лѣвчаткина.

В. И. Рудневъ. *О бѣломъ и красномъ дермографизмѣ у душевно-больныхъ.* Отчетъ Одесской Городской Психіатрической Лечебницы за 1902 годъ.

Предпославъ историческую справку о началѣ изученія означеннаго расстройства сосудистой системы кожи и дальнѣйшаго развитія этого вопроса, авторъ на основаніи изслѣдованія 87 душевно-больныхъ въ смыслѣ появленія у нихъ краснаго или бѣлаго дермографизма дѣлаетъ нѣкоторые выводы, при чемъ старается дать физиологическое объясненіе этимъ явленіямъ. Особенно интересенъ одинъ случай, гдѣ у одного и того-же больного можно было въ зависимости отъ силы раздраженія, вызваннаго проведеніемъ по кожѣ тѣмъ или другимъ предметомъ съ извѣстною силою, получить явленія простаго дермографизма, дермографизма бѣлаго и краснаго. Выводы, которые сдѣланы авторомъ при наблюденіи надъ больными, слѣдующіе:

- 1, есть такіе больные, у которыхъ можно вызвать красный и бѣлый дермографизмъ въ зависимости отъ силы раздраженія,
- 2, бѣлый дермографизмъ вызывается только при слабомъ раздраженіи и если случайно переступить границу раздраженія, то является красный
- 3, бѣлый дермографизмъ встрѣчается рѣже краснаго,
- 4, бѣлый дермографизмъ обыкновенно не переходитъ въ красный.
- 5, красный дермографизмъ получается при относительно сильномъ раздраженіи,
- 6, красный дермографизмъ иногда сопровождается бѣлымъ,
- 7, бѣлый дермографизмъ наиболее ясно выступаетъ при сильно выраженномъ красномъ,
- 8, красный дермографизмъ иногда переходитъ въ бѣлый,
- 9, больные, у которыхъ можно вызвать дермографизмъ, имѣютъ обыкновенно сосудодвигательныя расстройства: цианозъ кистей и ногъ, мраморную окраску кожи, покрасненіе отдѣльныхъ частей тѣла и пр. у нихъ изрѣдка наблюдаются и секреторныя расстройства: обильное отдѣленіе пота.

По мнѣнію автора появленіе того или иного вида дермографизма находится въ зависимости отъ состоянія главнаго сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу:

а, бѣлый дермографизмъ, если онъ встрѣчается только одинъ, указываетъ на раздраженіе сосудодвигательнаго центра (спазмъ),

б, красный дермографизмъ, если онъ встрѣчается только одинъ, указываетъ на утомленіе этого центра (парезъ),

в, бѣлый и красный дермографизмъ, встрѣчающіеся одновременно или переходящіе одинъ въ другой, указываютъ на раздражительную слабость центра (неврастенію).

Л. Айхенвальдъ. *Случай истерической глухонѣмоты.* Отчетъ Одесской Городской Психіатрической Лечебницы за 1902 годъ.

Авторъ наблюдалъ больного солдата, который вслѣдствіе внезапно появившейся у него глухонѣмоты подвергался испытанію въ виду подозрѣнія въ симуляціи; изъ физическихъ данныхъ у этого больного отмѣчено было суженія поля зрѣнія, отсутствіе глоточнаго рефлекса, затрудненіе при высовываніи языка, потеря болевого и термическаго чувства, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ. Больной былъ грамотный, поэтому могъ объясняться съ врачомъ письменно. Явленія, наблюдавшіяся у больного, и внезапное начало страданія дали основаніе признать у него развитіе глухонѣмоты на истерической почвѣ и тѣмъ исключить подозрѣнія въ симуляціи.

В. Болдыревъ.

Д-ръ Н. А. Донсковъ. *Манія въ судебномъ отношеніи.* Русскій Медицинскій Вѣстникъ 1903 г. Т. V. № 21.

Въ виду рѣдкости преступленій, совершаемыхъ въ состояніи маніи и маниакальнаго возбужденія, а потому значительнаго интереса и важности такихъ случаевъ въ судебно-психіатрическомъ отношеніи, авторъ въ своей статьѣ сообщаетъ два наблюденія, касающихся двухъ испытуемыхъ, находившихся въ Казанской Окружной Лечебницѣ. Въ обоихъ случаяхъ, сообщенныхъ авторомъ, преступленія совершены въ маниакальномъ состояніи. У обоихъ преступниковъ душевное разстройство проявлялось въ формѣ періодической маніи. Первый изъ нихъ обвинялся въ кошунствѣ, второй въ оскорбленіи Величества и богохульствѣ. Въ послѣднемъ случаѣ преступленіе совершено въ винной лавкѣ и въ анамнезѣ испытуемаго имѣются указанія на злоупотребленіе алкоголемъ, но были ли преступникъ пьянъ въ моментъ совершенія преступленія—это не установлено. Поэтому авторъ указываетъ на нѣкоторую особенность маниакальнаго состоянія при дегенеративныхъ психозахъ; при нихъ сознаніе сохраняется болѣе яснымъ,

чѣмъ въ психозахъ первичныхъ и эссенціальныхъ. При наличности же веселаго, довольнаго, счастливаго настроенія духа въ данномъ случаѣ испытываемый могъ казаться пьянымъ, даже ничего не пивши.

Въ заключеніи авторъ, отмѣчая невѣрность того положенія, что часто, наблюдая у маниаковъ склонность къ злоупотребленію спиртными напитками, считаютъ причиной болѣзни—пьянство, полагаютъ, что въ этихъ случаяхъ пьянство является не причиной, а скорѣе симптомомъ болѣзни.

Г. Сороковиковъ.

НЕРВНЫЯ БОЛѢЗНИ.

Д-ръ С. Д. Янпольскій. *Къ казуистикѣ раненій спинного мозга.* Вопросы нервно-психической медицины. Июль-Сентябрь 1903 г.

Авторъ описываетъ 2 случая травматическаго поврежденія спинного мозга.

1. П. упалъ съ крыши на остріе топора, перерубившее ему спинной хребетъ. Б-ной пересталъ владѣть ногами. Сознаніе ясное. Полное отсутствіе произвольныхъ движеній и чувствительности нижнихъ конечностей, отсутствіе мочеиспусканія и испраженій. Рана линейная, длиною 10—12 см., воронко-образно суживаясь, проникаетъ на значительную глубину.

Спинной мозгъ вмѣстѣ съ оболочками перерѣзанъ, повидимому, во всю толщю. Сочится спинно-мозговая жидкость. Т° 40°, Р.—120. Далѣе образовались пролежни, быстро увеличивающіеся; б-ной чрезвычайно похудѣлъ. На 15-ый день смерть при явленіяхъ быстро нарастающаго восходящаго паралича.

2. Р., упавъ съ высоты, повредилъ себѣ голову и шею. Отмѣчается фибриллярное сокращеніе плечевыхъ мышцъ, особенно на правой рукѣ. Произвольныя движенія, во всемъ тѣлѣ отсутствуютъ, за исключеніемъ предплечій, которыя б-ной въ состояніи приподнять до прямого угла съ надплечьемъ. Голову слегка поворачиваетъ. Отправленія прямой кишки и мочевого пузыря отсутствуютъ. Сознаніе ясное. Т° нормальная, пульсъ 72. Foetus ex ore. Дыханіе учащено, поверхностно. Зрачки расширены. Самочувствіе очень плохо, полный упадокъ силъ. Черезъ 2-ое сутокъ б-ной скончался.

Такимъ образомъ въ 1-мъ случаѣ отмѣчаются трофическія разстройства: исхуданіе, пролежни и проч.

Во 2-мъ совершенно изолированныя произвольныя движенія предплечій, обусловленныя очевидно чисто анатомическими особенностями мѣстонахожденія травмы.

А. Сколзузовъ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. Книга 8. 1903.—Клепцовъ К. З. Къ вопросу о пассивномъ иммунитѣ при геморрагическихъ септицеміяхъ (окончаніе).—Джунковскій Е. Опытъ зараженія сѣвернаго оленя перипневмоніей рога-таго скота.—Мережковскій. О судьбѣ въ Россіи и Японіи бацилла, предложен-наго мною для истребленія мышей.

**Врачебная Газета № 23—Шкаринъ А. Н. Къ казуистикѣ *tic cop-nilsif* въ дѣтскомъ возрастѣ.—Нейштабъ Я. Т. Желчный возвратный тифъ, ослож-ненный рожею лицъ—Борковъ А. П. Случай непроходимости кишечника, по-вторившейся три раза съ благопріятнымъ исходомъ.—Дукельскій В. Я. О гоно-ройномъ воспаленіи мочеиспускательнаго канала у малолѣтнихъ мужскаго пола (окончаніе).

№ 33. 1903 г.—Линскій А. А. Заразныя заболѣванія въ С.-Петербургѣ въ 1902 г.—Хундазе Е. С. Къ вопросу объ изнасилованіи—Столкинъ Е. Я. Къ казуистикѣ совмѣстнаго заболѣванія инфлуэнцой и брюшнымъ тифомъ (окон.)—Шатенштейнъ И. А. Случай рака грудной железы у мужчины.

№ 34-й Kossmann. Пользованіе паховыми каналами при гинекологическихъ операціяхъ въ брюшной полости.—Бандалинъ Я. Г. Болѣзнь Paget. (страданіе ко-стей). Рашкесъ А. С. Осложненіе родовъ и послѣродового періода рожей.—Не-аполитанскій И. Случай передачи сифилиса знахаркой.

№ 35-й—Науманъ А. Г. Объ измѣненіи чувствительности кожи при дро-жательномъ параличѣ.—Липскій А. А. Заразныя заболѣванія въ С.-Петербургѣ

Книги, отмѣченныя знакомъ **, имѣются въ библіотекѣ Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ; книги, отмѣченныя знакомъ *, продаются въ книж-ныхъ магазинахъ Бр. Башмаковыхъ въ Казани.

въ 1902 году (окон.)—Геллата П. П. Случай облитераціи обоихъ ушныхъ проходъ костными наростами; оперативное удаленіе.—Дьяченко Е. И. Къ вопросу о вліяніи инфекціи изъ кишечника на печень.—Бандалинъ Я. Г. Болѣзнь Paget. (страданіе костей) (окончаніе).

№ 36-й—Линтваревъ С. И. Къ вопросу объ этиологіи сибирской язвы у чловѣка.—Дьяченко Е. И. Къ вопросу о вліяніи инфекціи изъ кишечника на печень. (окон.)—Богдановъ А. А. Случай тяжкихъ поврежденій, окончившіяся выздоровленіемъ.

№ 37-й Гривцовъ Г. Н. Къ вопросу о тяжеломъ или злокачественномъ сифилисѣ.—Варшавскій М. О. Къ казуистикѣ беременности тройнями.—Линтваревъ С. И. (окончаніе).

**Вѣстникъ Общественной Гигіены, судебной и практической медицины Августъ 1903 г.—Таманъ и Хлопинъ. Вліяніе высокихъ давленій на микроорганизмы.—Лебедевъ Н. Н. Зимняя одежда рабочихъ.—Артемьевъ А. П. О смертности Тифлискаго населенія.—Хлопинъ Г. В. Каменноугольные краски.

Сентябрь.—Таманъ и Хлопинъ, (окончаніе)—Артемьевъ А. П. (окончаніе)—Золотавинъ Н. А. Сифилисъ въ Янбургскомъ уѣздѣ.—Хлопинъ Г. В. (окончаніе).

**Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, Іюнь.—Кривскій Л. А. Обь отношеніи железы щитовидной къ эклампсіи.—Ненадовичъ М. Операция наложенія шипцовъ «по заказу»—Бурдзинскій Т. Къ ученію объ аномаліяхъ водной оболочки.—Онъ-же. Случай родовъ сросшимися двойнями.—Цуръ-Мюлень Ф. Случай metritis dissecans.—Лингенъ Л. К. Къ казуистикѣ родовъ послѣ vaginae fixatio uteri.—Захарьевскій А. И. Къ вопросу о значеніи внутриматочныхъ впрыскиваній іода при лѣченіи воспалительныхъ женскихъ болѣзней.—Федоровъ В. П. Къ вопросу о вліяніи сифилиса на беременность.—Владиміровъ В. В. Къ вопросу о самозараженіи.—Федоровъ П. И. Новыя вѣянія въ молочномъ вопросѣ, молоко какъ живая ткань.—Галактіоновъ Н. М. Къ вопросу о лѣченіи женскихъ болѣзней ваннами.—Львовъ И. М. Лихачевское родильное отдѣленіе К. Г. З. Больницы.—Липинскій С. Акушерство на всемірной выставкѣ въ Парижѣ 1900 г.—Ростовцевъ. Перитифлитъ у беременныхъ.—Львовъ И. М. Къ патологіи фаллопиевыхъ трубъ.—Манасейнъ М. И. Дѣйствіе іода на сифилитическихъ кормилицъ и дѣтей.—Несторовскій. Кровь при гонорреѣ.—Бурлаковъ объ анафродизіи женщинъ.

Іюль-Августъ.—Оттъ Дм. О непосредственномъ освѣщеніи брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для цѣлей діагностическихъ и оперативныхъ.—Преображенскій В. В. Влагалищный путь при вѣматочной беременности и методъ освѣщенія по пр. Отту.—Масловскій В. Ф. Къ патологической анатоміи missed adontion. Mola haematomatosa Breus'a съ пузырьковиднымъ перерожденіемъ ворси-

нокъ — Миллеръ В. Къ вопросу о занесеніи ворсинокъ ворсистой оболочки въ кровеносную систему матери. Кипарскій Р. В. Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи полового канала.—Жуковскій В. П. О заболѣваніяхъ у дѣтей, ролившихся съ помощію щипцовъ, при траумѣ головки.—Брокъ Д. Э. Случай prolapsus totalis placentaе praevia съ благополучнымъ исходомъ для матери и младенца.—Левиновичъ М. И. О распознаваніи беременности двойнями.—Киселевъ Н. С. Описаніе С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія въ настоящее время.

**Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени Корсакова. Книга 4, 1903 г.—Муратовъ В. А. Къ патологіи гліоматозныхъ опухолей мозговыхъ полушарій.—Осокинъ Н. Е. Къ вопросу о нейронофагіи.—Артемовъ А. А. и Бернштейнъ А. Н. Paralysis alienorum progressiva familiaris—Гуревичъ М. І. О внѣшнемъ видѣ отростковъ нервныхъ клѣтокъ мозжечковой коры у нѣкоторыхъ высшихъ животныхъ и о связи между функціей клѣтокъ и формою ихъ дендритовъ.—Корсаковъ С. С. Психическія экспертизы.

**Журналъ Общества Русскихъ Врачей въ память Пирогова. № 4. Августъ—Шингаревъ А. Объ условіяхъ формахъ и желательной постановкѣ специальной помощи сельскому населенію.—Гамкманъ С. О борьбѣ съ пылью.—Соколовъ Н. Насколько страхованіе рабочихъ могло бы помочь охранѣ материнства.

**Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику. Августъ. 1903 г.—Сидоренко. Къ вопросу объ острыхъ желудочно-кишечныхъ катарихъ и леченіи ихъ вливаніями фізіологическаго раствора поваренной соли.—Павловскій Л. Два случая тяжелой истеріи въ севастопольскомъ морскомъ госпиталѣ.

**Неврологическій Вѣстникъ томъ XI вып.—Янишевскій А. Е. О комиссуральныхъ системахъ мозговой коры. (Окончаніе).—Левинъ І. А. Перекрестное сшиваніе нервовъ.—Сороковиковъ Г. В. Объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.—Миславскій Н. А. Къ ученію о вліяніи мозговой коры на расширеніе зрачка.—Радинъ Е. П. Біо-психологическій параллелизмъ.—Наумовъ И. І. и Образцовъ В. Н. Докладъ комиссіи по пересмотру новаго образца Винницкой Окружной Лечебницы.

**Практическій Врачъ № 29.—Голубовъ Н. Э. Замѣтка по вопросу объ эпидемичности аппендицитовъ.—Смоличевъ П. Ф. Къ вопросу о леченіи рожи.—Андреевскій Ив. О малярійныхъ пятнахъ кожи, какъ одномъ изъ проявленій маляріаго заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ.

№ 33.—Д-ръ Френкель Р. А. Къ казуистикѣ paratyphoid multiplex Friedreich'a—Д-ръ Молдавскій Я. В. О леченіи крупа у дѣтей интубацией и антидифтерійной сывороткой (окончаній).—Д-ръ Костелянецъ А. Ю. Отношенія ушныхъ

заболѣваній къ болѣзнямъ носа и носоглоточнаго пространства (окончаніе).—Д-ръ Ковалевскій К. Случай недоразвитія верхнихъ конечностей.

№ 34-й.—Янушкевичъ А. М. Къ казуистикѣ острой лейкеміи.—Байковъ А. Хирургическія наблюденія.—Черепнинъ С. Н. Случай афазіи послѣ скарлатины.—Двбайловъ С. И. Изъ наблюденій надъ дѣйствіемъ героина и діонина.—Невзоровъ Н. А. Обзоръ вопроса о физиолого-патологическомъ и терапевтическомъ значеніи лучей радія и радиоактивныхъ веществъ.

№ 35-й.—Членовъ М. А. Случай твердаго шанкра верхней десны.—Янушкевичъ А. М. Къ казуистикѣ острой лейкеміи. (Прод.)—Байковъ А. Хирургическія наблюденія. II. Овариотомія во время беременности. (Окончаніе).

№ 36-й.—Миллеръ Э. Э. и Трилѣскій А. К. Случай массоваго зараженія болотной лихорадкой черезъ питьевую воду.—Вольтманъ А. Н. Изъ земской хирургической практики. I. О возможныхъ ошибкахъ при грыжеисчеченіяхъ по Bassini. II. О вприскиваніи парафина при запавшихъ носяхъ.—Зикарь А. К. Хинопаринъ при болотной лихорадкѣ.—Невзоровъ Н. А. Обзоръ вопроса о физиолого-патологическомъ и терапевтическомъ значеніи лучей радія и радиоактивныхъ веществъ (Продолженіе).

№ 37-й.—Центнеръ А. М. Объ усиленныхъ прививкахъ вакцины при натуральной оспѣ.—Вольтманъ А. Н. Изъ земской хирургической практики III Два случая примѣненія вприскиваній атропина при непроходимости кишекъ IV. Серфинный шовъ Michel'я въ земской практикѣ (окончаніе).—Янушевичъ А. М. Къ казуистикѣ острой лейкеміи (окон.).

38-й.—Бѣлоглазовъ М. О большихъ дозахъ сѣрой ртутной мази.—Бауеръ Б. Случай наследственной грыжи со стороны матери и полидактиліи со стороны отца.—Невзоровъ Н. А. Обзоръ вопроса о физиолого-патологическомъ и терапевтическомъ значеніи лучей радія и радиоактивныхъ веществъ (окон.)

Prof. F. Raymond.—Лекціи по болѣзнямъ нервной системы, читанныя проф. Раймондомъ въ 1895—96 академ. годъ, второй томъ.

**Русскій Врачъ № 33 1903 г.—Образцовъ В. П. О раздвоенныхъ и прибавочныхъ тонахъ сердца при непосредственномъ его выслушиваніи.—Даркшевичъ Н. Н. Къ ученію объ Addison'вой болѣзни.—Тенчинекій П. С. О коренномъ лѣченіи варикозныхъ расширеній венъ нижнихъ конечностей по способу Троянова—Trendelenburg'a (прод.)—Крымъ А. П. Нѣсколько словъ по поводу мѣстнаго обезболиванія кокаиномъ.—Лошиловъ П. А. Къ вопросу о вліяніи профессиональнаго труда грузчиковъ на ихъ здоровье.

№ 34-й.—Образцовъ В. П. О раздвоенныхъ и прибавочныхъ тонахъ сердца при непосредственномъ его выслушиваніи (окон.)—Веселовзоровъ Н. Н. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи переломовъ надколѣной чашки.—Михальскій І. А. Похожая на сѣнную палочка конъюнктивита.—Тенчинскій П. С. О коренномъ лѣ-

ченіи варикозныхъ расширеній венъ нижнихъ конечностей по способу Троянова-Trendelenburg'a (окон.).

№ 35-й.—Мелкихъ А. А. и Каляпинъ И. В. Къ вопросу о содержаніи алексиновъ при возвратной горячкѣ.—Штраухъ М. А. О новѣйшемъ оперативномъ вмѣшательствѣ при ракѣ матки (на основаніи 20 чревосѣченій).—Капланъ Я. Ф. Случай множественнаго склероза съ преобладающимъ поражениемъ психики или, быть можетъ псевдосклероза Westphal'я.—Штернъ М. А. Блуждающая печень въ связи съ болѣзнями сердца.

№ 36-й.—Гольдбергъ-Златогоровъ С. Н. О бактериологическомъ распознаваніи чумы въ трупахъ.—Шабадь И. А. Атипическая ложнобугорчатковая болѣзнь. Лотинъ А. В. Къ вопросу о гуммозныхъ опухоляхъ склеры.—Борскій С. А. Новая теченія въ вопросѣ объ искусственномъ вскармливаніи дѣтей.

№ 37-й. Брейтманъ М. Я. Соотношеніе между химическимъ составомъ лѣкарствъ и ихъ физиологическимъ дѣйствіемъ.—Диатроптовъ П. Н. Къ вопросу объ отличительномъ распознаваніи человѣческой крови отъ крови животныхъ въ судебно-медицинской практикѣ.—Пѣвницкій А. А. Къ вопросу о расположеніи Nissl'евского хроматофильнаго вещества въ нѣкоторыхъ нервныхъ клеточкахъ спиннаго мозга.—Гольдбергъ-Златогоровъ С. И. (окончаніе).—Шабадь И. А. (продолженіе).

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Июль 1903 г.—Зеленевъ Н. Ф. Къ вопросу о болѣзняхъ самостоятельныхъ сальныхъ железъ.—Миропольскій И. А. Случай остраго дерматита, вызваннаго растеніемъ первоцвѣтомъ.—Фроловъ П. И. Случай сирингоміэліи.—Онъ-же. Къ вопросу о свѣтолѣченіи волчанки.—Долгополовъ Н. М. О частотѣ перехода заразнаго сифилиса въ незаразный при леченіи сельскаго населенія.—Кистяковскій Е. Два случая вѣполового зараженія сифилисомъ.—Дедюринъ И. П. О методахъ леченія паховыхъ бубоновъ.—Лурье І. Н. Заболѣваніе сѣменныхъ пузырьковъ, какъ осложненіе гонорреи.—Соболевъ Л. А. Горячія орошенія мочеиспускательнаго канала и мочевого пузыря при перелоѣ.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. № 16. 1903 г.—Ковалевскій П. И.—Половые извращенія у мужчинъ и женщинъ.—Граціановъ. П. А. Десять лѣтъ санитарнаго надзора за проституціей въ г. Минскѣ.—Бирюлевъ М. Матеріалы ко 2-му Всероссийскому бальнеологическому съѣзду.—Грюнингъ. Преждевременное отдѣленіе правильно приклѣпленнаго дѣтскаго мѣста.—Шиповъ Н. Н. О материнскомъ инстинктѣ.—Кистяковскій. Случай molluscum contagiosum у сифилитиковъ, излеченный межмышечными впрыскиваніями ртути.—Ермаковъ П. И. Два случая ранняго сифилитическаго пораженія нервной системы.—Marguel. Къ ученію о сколиозѣ.—Либерзонъ. О леченіи acne vulgaris горячимъ паромъ.

**Современная Клиника. № 8. 1903 г.—Проф. О Vierorodt. (Гейдельберг). Острый разлитой перитонитъ, аппендицитъ и перитифлитъ.

№ 9-й.—Voas S. Ракъ желудка и кишекъ.

**Современная Медицина и Гигіена № 8. Августъ.—Эйгеръ Я. Б. Электричество въ Медицинѣ.—Выйляръ. Семіологія мочи; методы толкованія мочевыхъ анализовъ.—Гравицъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови.—Метницъ. Учебникъ зубоврачеванія.—Кнаппъ. Акушердіететика и терапія.

**Университетскія Извѣстія Кіевского Университета. № 8. Августъ.—Карницкій А. О. Законъ періодичности въ вѣсовыхъ нарастаніяхъ у дѣтей.—Радзівескій А. Г. О хирургическомъ лѣченіи уремїи.—Шпаковъ А. Я. Государство и церковь въ ихъ взаимныхъ отношеніяхъ въ московскомъ Государствѣ отъ флорентійской уніи до учрежденія патріаршества.—Локтъ Т. В. Влажность почвы въ связи съ культурными и кліматическими условіями.—Тартаковскій С. Ф. О всасываніи и усвоеніи желѣза. Экспериментальное изслѣдованіе.

**Хирургія, томъ XIV, № 80, Августъ 1903 г.—Каблуковъ А. Ф. Объ оперативномъ лѣченіи круглой язвы желудка выскабливаніемъ и пилоропластикой по Heineke-Mikulicz'у.—Бондаревъ И. А. О первичныхъ опухоляхъ брыжжейки тонкихъ кишекъ.—Гагманъ А. Н. Къ распознаванію о лѣченіи опухолей толстыхъ кишекъ.—Прянишниковъ В. Н. Лѣченіе противоестественнаго задняго прохода выключеніемъ кишки.—Дерюжинскій С. Ф. Обширная резекція стѣнки мочевого пузыря по поводу рака у женщины съ благополучнымъ исходомъ.

№ 81. Сентябрь.—Старковъ А. В. Къ вопросу о гематомахъ грудино-ключичнососковыхъ мышцъ.—Бѣликовъ А. и Бауэръ Б. К. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ, виѣдрившихся черезъ промежность.—Самохоцкій С. О. Грыжи мочевого пузыря.—Чалусовъ М. А. Къ вопросу о лѣченіи закрытыхъ подкожныхъ переломовъ наколѣнника посредствомъ открытаго коснаго шва.—Валяшко Г. А. Паховая грыжа мочевого пузыря.

II. Журнали, газети и другія періодическія изданія.

**Акушерка, книжка 8 Августъ 1903 г. книжка 9, сентябрь. Книжка 10, Октябрь.

**Архивъ Біологическихъ наукъ. Томъ X выпускъ 2-ой.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ, книга 9-я—Ивановъ М. Ф. Къ вопросу объ измѣненіи азотистыхъ веществъ въ плѣсневѣлыхъ кормахъ,—Мостынский В. А. Продукты превращенія бѣлковыхъ веществъ въ сѣменахъ посѣвнаго гороха подъ вліяніемъ плѣсневаго грибка.—Гопшихъ К. Гигіена и молочное дѣло.—Блюменфельдъ М. Л. Условія овчинно-дубильнаго промысла и его санитарнаго упорядоченія въ Московскоѣ губерніи,—Bassènes M. Первичная перевязка огнестрѣльныхъ ранъ на войнѣ, переводъ съ фран. Иванова.

**Варшавскія Университетскія Извѣстія 1903—V—Мухинъ Н. Очеркъ психологіи самоубійства (окончаніе).

1903—VI.

*Broadbent Болѣзни сердца СПБ. 903. ц 1. 50.

*Bendix. Руков. по дѣтскимъ болѣзнямъ. СПБ. 904. ц 4 р.

**Врачебная Газета № 38-й—Голосовъ А. Иностранное тѣло въ глазницѣ и вызываемыя имъ энтоптическія явленія.—Дибайловъ С. И. Къ казуистикѣ истеріи у солдатъ.—Гривцовъ Г. Н. Къ вопросу о тяжеломъ или злокачественномъ сифилисѣ.—Бочковский П. И. Случай благоприятнаго вліянія рожи на теченіе гнойнаго воспаленія средняго уха.—Дукельскій В. Я. Дифтиріи палочки въ случаѣ хроническаго вульво-вагинита.

№ 39-й Строиновскій Ф. С. О судебно-медицинскомъ значеніи протокола вскрытія трупа Татьяны Золотовой, а также химическихъ и микроскопическихъ изслѣдованій внутренностей ея трупа.—Гривцова Г. Н. (Окончаніе).—Франгопуло Н. X. Случай пневмоthorax'a въ послѣродовомъ періодѣ.—Дибайловъ С. И. (Окончаніе).

№ 40.—Влаевъ Г. М. Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго леченія злокачественныхъ опухолей.—Эйнисъ Л.

О сифилисѣ безъ пораженія лимфатической системы.—Шпинджеръ В. Н. Наблюденія надъ заболѣваніями при ужаленіи чернымъ паукомъ.

№ 41—Влаевъ Г. М. Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго леченія злокачественныхъ опухолей.—Лордкипанидзе К. Т. Два случая желтушно-гемоглобинуриіной лихорадки.—Зарцынъ Ѡ. Ѡ. Хирургическія наблюденія.—Буракъ С. М. Личная профилактика при чумѣ.

№ 42-й—Влаевъ Г. М. Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго леченія злокачественныхъ опухолей.—Шкаринъ А. Н. О пищеводѣ у дѣтей.—Лордкипанидзе К. Т. Два случая желтушно-гемоглобинуриіной лихорадки.—Буракъ С. М. Личная профилактика при чумѣ.

№ 43-й—Высоковичъ В. К. О легочной формѣ сибирской язвы въ Камышинскомъ уѣздѣ Саратовской г. и о мѣрахъ борьбы съ нею.—Влаева Г. М. (окончаніе).—Тирютинъ Д. А. Два случая остеомалации.—Шкаринъ А. Н. (окончаніе).

*Военно-Медицинскій Журналъ. Августъ 1903—Герверъ А. В. Психіатрической анализъ преступности.—Гладиный Г. П. Опытъ изслѣдованія фильтровъ Маллы и Гоутсона.—Кіянницынъ И. Н. Русскій Чаквинскій чай.—Хохряковъ Н. А. Къ вопросу о поясничныхъ свищахъ почечнаго происхожденія.—Вертоградовъ С. П. Къ семіотикѣ и терапіи тромбоза боковой пазухи черепаха. (окон.)—Бурцевъ Н. И. Случай цистицерка вооруженнаго цѣпленя въ большой трудной мышцѣ.—Ермолинскій Д. А. Случай *Lyssae humanae*.—Срежниковъ М. В. Различныя эпидеміи въ монголію и возможность занесенія ихъ въ Россію.—Клопферъ С. Ф. Нѣсколько словъ о дезинфекци, сохраненіи и смазываніи урологическихкихъ инструментовъ.—Осиповскій Н. В. Объ ихтарганѣ при трахомѣ.—Коганъ Е. А. Рѣдкая локализациа шанкровъ, нѣкоторыхъ сифилидовъ, меркуриадизма и простаго псоріаза.

Книга IX, сентябрь.—Харитоновъ Л. А. Калимфора взаменъ скипидара.—Его-же Новый способъ быстрого определенія доброкачественности муки.—Клеточевъ Я. Я. Къ вопросу о леченіи оспы усиленной вакцинаціей.—Фенстеръ М. Я. Два случая чревосѣченія при непроходимости кишекъ съ успѣшнымъ исходомъ.—Бекманъ Р. И. О послѣдовательномъ леченіи торакотоміи.—Потановъ М. И. Болѣе цѣлесообразный способъ переноски тяжело-раненныхъ съ поля сраженія.—Кресинъ Д. К. Леченіе бугорчатки легкихъ подкожными впрыскиваніями коричнеокислаго натрія.—Тыжненко А. М. Спиртовья компрессы при леченіи перитифлита.—Костяминъ Н. П. О военно-окружныхъ гигиенистахъ санитаряхъ.—Бушуевъ В. Ѡ. О пересыльныхъ больныхъ нижнихъ чинахъ.—Бартъ В. К. Къ эпидемиологіи стрептомикоза.—Далигайскій В. А. Объ одномъ малоизвѣстномъ очагѣ трахомы.—Эбергаругъ И. И. Случай тропонейротической проказы.—Андрузъ К. А. Ихтиоль при трахомѣ.

Книга X, Октябрь—Шеогилевскій Е. И. Микробиологическія основы ученія о батулизмѣ и т. н. отравленія мясомъ.—Сажинъ И. В. Алкоголь и развивающійся ор-

ганизмъ.—Кольчевскій К. Д. Трубкаваніе дыхательныхъ вѣтвей при горлоуспеченіи у дифтеритныхъ.—Дѣдовъ В. П. Къ казуистикѣ ложныхъ суставовъ.—Сулаковъ А. И. Іодная настойка при рожѣ.—Покровскій Г. Н. Къ вопросу о діазореакціи при брюшномъ тифѣ.—Знаменскій Н. В. Случай пятнистой болѣзни.—Захаровъ Н. Обь обуви и сохраненіи ногъ солдата.—Потираловскій П. О постановкѣ служителей остро-заразныхъ отдѣленій.—Ганшинскій. Симуляція и членовредительство у Армянъ.—Асписовъ Н. Случай разрыва внутренней сонной артеріи при заболѣваніи средняго уха.—Щацкинъ А. Б. Къ леченію трахомы лимоннокислой мѣдью.—Власовъ П. В. Къ вопросу о распознаваніи гуммознаго гепатита.

**Врачебная Хроника Херсонской губерніи № 13-й, 1—15 юля 1903 г. № 14 16—31 юля № 15 съ 1—15 августа 1903 г.

№ 16. 1903 г.

**Вѣстникъ Общественной Гигіены. Октябрь—Золотовинъ Н. А. Сифились въ Ямбургскомъ уѣздѣ.—Фрейбергъ Н. Г. Санитарныя предупредительныя мѣры противъ чумы.—Піонтковскій С. Новый методъ изолированія кислотоупорныхъ бактерій.—Констансовъ С. В. Ушь-Кудукская и Аксайская чумныя эпидиміи въ бактериологическомъ отношеніи. Максимовичъ Н. И. Фолликулярныя заболѣванія конъюктивы среди рабочихъ сельско-хозяйственной экономіи.

**Вѣстникъ Трезвости № 105 сентябрь.

Габричевскій Медицинская бактериологія. 2-е знач. изм. и дополн. Съ 62 рис. и 4 таб. СПб. 1903. ц 4 р.

Ге. Курсъ венерическихъ болѣзней. Изв. 8-е вновь просмотр. и дополн. Съ 26 рис. К. 1903. 3 р.

**Городская Медицина въ европейской Россіи, (сборникъ свѣдѣній объ устройствѣ врачебно-санитарной части въ городахъ) О-во рус. врачей въ память Пирогова.

Гуооп. Техника камнедронія. СПб. 1903. ц 75 к.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней. Сентябрь 1903 г.—Букоемскій Ф. В. Къ вопросу о заживленіи брюшной раны послѣ чревоуспеченія.—Александровъ А. Н. Гонорройный процессъ у женщины и его рациональная терапія.—Митрофановъ В. Г. О расширеніи маточной шейки инструментомъ Rossi.—Преображенскій В. В. Влагалищный путь при вѣматочной беременности и методъ освѣщенія по проф. Д. О. Отту (Окончаніе).

**Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени Корсакова. Книга 5-я—Лацинскій М. Н. Материалы по инерваціи сосудовъ лапы у собаки.—Муратовы В. А. Періодическое помѣшательство въ клиническомъ судебно-медицинскомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.—Преображенскій П. А. Случай саркоматоза спиннаго мозга.—Соболевскій А. В. Случай Корсаковскаго психоза.—Корсаковъ С. С. Психіатрическія экспертизы.—Глинка М. П. Обзоръ отчестовъ заведеній для душевно-больныхъ въ Россіи за 1901 и (1900) годъ.

****Журналъ Русскаго О-ва Охраненія народнаго здравія** Июнь.—Июль № 5—6. 1903 г.—Кобылинъ. «Новый курортъ мальчикъ и сравнительный обзоръ климатическихъ станцій Черноморья»—Предъльскій А. Г. Укрѣпленіе Хунзахъ и Аварскій округъ Дагистанской области.—Геймень Г. «Новый методъ количественнаго опредѣленія сахара въ молокоѣ».

****Земская Медицина въ Тверской Губерніи. і медицинское дѣло ея уѣздахъ.**

****Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи.** Сентябрь № 1.—Карницкій А. О. Физиолого-Химическія наблюденія надъ кровью плода въ моментъ его рожденія.—Игнатовскій Л. О. Новый типъ клиническаго анемо-калориметрика.—Осиповъ В. П. Очеркъ психіатрической литературы за 1901 г.

Октябрь № 2 1903 г.

Извѣстія по литературѣ наукамъ и бібліографіи, № 8—9 1903 г.

Извѣстія Московскаго Сельскохозяиственнаго Института книга 2-я 1903 г.

Книга 3. 1903 года

Д-ръ М. В. Казанскій. Къ вопросу о зараженіи дѣтей «Венерическими болѣзнями».

****Кпарр.** Акушерская дѣтстика и терапія. Съ 147 рис. СПб 1903. ц 1. 50.

****Кульчицкій.** Основы гистологіи животныхъ и человѣка Изд. 2-е съ 229 рис. X. 1903. ц 4 р.

****Lehmann К. В.** Методы практической гигиены. Руководство къ гигиеническимъ способамъ изслѣдованія для врачей, химиковъ и юристовъ.

****Leser.** Операционный vademecum. Для прак. врача. СПб 1903. ц 1. 25 к.

****Медицинская Бесѣда № 15 Августъ 1903 г.—Перзавъ.** Къ вопросу о необходимости разработки вопроса о причинахъ распространенія нѣкоторыхъ заразныхъ болезней.—Аустверкъ Э. Ю. О нѣкоторыхъ народныхъ средствахъ.—Задёръ Г. П. Медицина сель и деревень

№ 16. С-нъ. Борьба съ маляріей съ современной точки зрѣнія.

№ 17—18.—Лахтинъ М. До христіанскій періодъ русской медицины.—Павевичъ Б. Эпидимическая дизентерія.

№ 19 Октябрь 1903—С-нъ Безотвязнае скорбная мысль.—Лустверкъ. Несколько словъ о лѣченіи чирьсватости и золотухи листьями черной смородины.—С.-нъ. Снова объ антисанитарныхъ условіяхъ жизни и труда пришлыхъ сельскохозяиственнмхъ рабочихъ.—Ефременковъ В. По поводу замѣтки «Демократизмъ въ Америкѣ».

****Медицинскій Журналъ Д-ра Окса.** Кн. 9, сентябрь 1903 г.—Гейцманъ. Атласъ, описательная и топографическая анатомія человѣка.—Лионъ

М. Е. Словарь практическихъ медицинскихъ знаній для помощниковъ врачей (продолженіе).

Кн № 10 Октябрь.—Гейцманъ, (окончаніе 1 тома). Урлаусъ Н. Я. Указатель окулистовъ.—Цейсель. Учебникъ венерическихъ болѣзней.—Сеннъ. Основы хирургической патологіи и терапіи.—Заблудовскій. Массажъ и гимнастика.—Туровскій. Сифилисъ.

**Медицинское Обзорѣніе № 16 1903 года.—Вольтке. Къ казуистикѣ сифилиса сердца.—Флеровъ. Случай аневризмы аорты.—Онъ-же. Случай рѣдкаго пульса.—Гальперинъ. Къ казуистикѣ сифилиса легкихъ.—Загуменный. Псевдохилезный плевритъ, гидротораксъ и асцитъ.—Архиповъ. Первичный перихондритъ гортанныхъ хрящей.

№ 17.—Розановъ. Хирургическое вмѣшательство при травмахъ печени.—Самохоцкій. Эхинококкъ подкожной клѣтчатки.—Фонъ-Штейнъ. Клиническое значеніе центрофуги для распознаванія нѣкоторыхъ нервныхъ заболѣваній.—Вялямовичъ. Къ казуистикѣ скрыто протекающихъ формъ размягченія мозжечка.—Ахвледиани. Новый случай излѣченія водяного рака синимъ піоктаниномъ.—Богровъ. Современныя взгляды на кріоскопію мочи.

№ 18-й—Рудвскій. О дѣтскомъ перелойномъ вульво-вагинитѣ.—Шварцъ. О прижизненномъ распознаваніи органической недостаточности трехстворчатого клапана, осложняющей пораженія клапановъ и отверстій лѣваго сердца.

**Медицинскія Прибавленія къ морскому сборнику. Сентябрь 1903 г.—Тимиревъ П. Къ вопросу о наружномъ салициловомъ леченіи остраго сочленовнаго ревматизма.—Сидоренко А. О. Къ вопросу объ острыхъ желудочно-кишечныхъ катарахъ и леченіи ихъ вливаніями физиологическаго раствора поваренной соли.—Маркотунъ К. По вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой въ войскахъ и на флотѣ.

Октябрь 1903 г.—Зиновьевъ К. Мясное дѣло на флотѣ.—Тимиревъ. Къ вопросу о наружномъ салициловомъ леченіи остраго сочленовнаго ревматизма.—Эбербахъ О. О брюшномъ тифѣ среди кадетъ Морского Кадетскаго Корпуса въ 1911 г.

*Мечниковъ. Невоспримчивость въ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Съ 45 раск. рис. СПб 1903. ц 5 р.

*Mendel. Краткое руков. къ психіатріи. СПб 1904. ц 1. 50.

**Отчетъ Общества врачей въ Есентукахъ.

**Отчеты о дѣятельности Вологодскаго медицинскаго О-ва за 1901 и 1902 гг.

**Отчетъ о санитарномъ состояніи русской Арміи за 1901 годъ.

**Отчетъ петровскаго Общества изслѣдователей Астраханскаго Края за 1899 годъ.

**О тчетъ одесской Психіатрической Больницы за 1902 г.

**Практическій Врачъ № 39-й—Голубининъ Л. Е. Общее диплококковое зараженіе съ множественной локализацией.—Кушевъ Н. Е. О плазмодіяхъ при перемежающейся лихорадкѣ въ г. Саратовѣ. Какушкинъ Н. М. Нѣсколько словъ о болеутоленіи, обезболиваніи и наркозѣ въ акушерской и гинекологической практикѣ.

№ 40-й—Голубининъ Л. Е. (продолженіе).—Кушевъ Н. Е. (окончаніе).—Какушкинъ Н. М. (окончаніе).

№ 41-й—Георгиевскій Б. А. О пролежняхъ гортани при интубации—Голубининъ Л. Е. (окончаніе).—Френкель Л. М. Къ вопросу о профессиональныхъ поврежденіяхъ глазъ. Случай разрыва склеры на стафиломатозномъ глазу.

№ 42-й—Руска К. П. Легочно-сердечныя растройства при заболѣваніи желчныхъ путей.—Георгиевскій Б. А. О пролежняхъ гортани при интубации (продол.)—Френкель Л. М. Къ вопросу о профессиональныхъ поврежденіяхъ глазъ. Случай разрыва склеры на стафиломатозномъ глазу.

**Практическая Медицина. № 8. Августъ 1903.—Bendix. В. Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ.—Friedman F. Старческія измѣненія и ихъ лѣченіе.—Broadbent W. H. и Broadbent. E. S. Болѣзни сердца, съ обращеніемъ особаго вниманія на предсказаніе и леченіе.—Thimm. P. Терапія кожныхъ и венерическихъ болѣзней.—Mendel. E. Руководство къ психіатріи.—Felix Guyon. Техника камнедробленія.

№ 9 Сентябрь.—Bendix (продолженіе).—Фридманъ (продолженіе).

№ 10 Октябрь—Friedmann. Старческія измѣненія и ихъ леченіе—Prausnitz. Основы гигиены.—Mendel. Руководство къ психіатріи. Смоленскій П. О. Предметъ и задачи военной гигиены.

**Протоколы Омскаго медицинскаго общества. 1902—1903 г.г. выпускъ 11 (№№ 2—6).

**Протоколы и Труды О-ва Архангельскихъ врачей за 1902 годъ вып. 1.

**Протоколы и Труды Тамбовскаго Физико-медицинскаго О-ва вып. 1-й (январь и іюнь) 1902 г.

**Проф. Орловъ В. Д. О водоснабженіи г. Кіева.

*Орловъ. Курсъ по общей терапіи женскихъ болѣзней. Съ 83 рис. Спб. 1903. ц. 1. 40.

*Русскій Врачъ. 1903 г. № 38-й—Гюбертъ И. И. Организція борьбы съ проказой.—Зиминъ А. Н. 2 случая рубца послѣ чревосѣченій.—Шайкевичъ М. О. Дальнѣйшія наблюденія надъ лѣченіемъ хореи Sydenham'a большими количествами мышьяка.—Шабать И. А. Атипическая ложнобугорчатковая лучегрибковая болѣзнь.—Барскій С. А. Новыя теченія въ вопросѣ объ искусственномъ вскармливаніи дѣтей (окон.).

№ 39-й—Троицкій И. В. Узкая грудь въ дѣтскомъ возрастѣ.—Болдыревъ В. Н. Опытъ иммунизации челаѣка дифтирійнымъ токсиномъ и объ активной иммунизации вообще.—Финкельштейнъ Б. К. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи огнестрѣльныхъ раненій брюшной полости.—Останчукъ В. С. Опытъ опредѣленія продолжительности учебнаго дня на основаніи физиологическихъ данныхъ.—Лашенковъ П. Н. Основы санитарнаго надзора за свѣтильнымъ газомъ.

№ 40.—Волковичъ Н. М. Хирургія, какъ наука и искусство, и воспитательныя задачи хирурга.—Сахацкій И. В. Случай фибринознаго воспаленія легкиихъ осложненнаго пнеймококковымъ эндо-и пери-кардитомъ.—Ростовцевъ М. Н. Нѣкоторыя особенности температуры при перитифлитѣ.—Порошинъ Н. М. Къ вопросу о фибромахъ передней брюшной стѣнки.—Лашенковъ И. Н. Основы санитарнаго надзора за свѣтильнымъ газомъ (окон.)

№ 41-й—Казариновъ Г. Н. Палочка Schiza, какъ возбудитель кроваваго поноса.—Сусловъ К. И. О подкожномъ положеніи лучевой артеріи въ нижней $\frac{1}{2}$ -нѣ предплечья.—Зельдовичъ Я. Б. О внутрибрюшинныхъ разрывахъ мочевого пузыря.—Зярцынъ О. О лѣченіи сѣдалишной нейралгіи стрихниномъ.—Зерновъ М. С. Эссентуки, какъ курортъ.

№ 43.—Петерсъ Р. А. 2 новыхъ и 1 старый признакъ тетаніи. Бурцева А. И. Объ эндотелиомѣ плейры и ея гистогенезѣ (окон.)—Волинцевъ Г. И. Желчныя циррозы и ангиохолиты.—Олехно Г. И. Случай внѣматочной яичниковой беременности.—Шифтель Б. Г. Значеніе цистоскопіи и катетеризации мочеточниковъ вообще и для хирургіи почекъ въ особенности.—Якобзонъ Л. Я. Какими мѣрами слѣдуетъ бороться съ распространеніемъ венерическихъ болѣзней среди учащихся?

**Русскій журналъ кижныхъ и венерическихъ болѣзней. Августъ 1903 г.—Зеленевъ И. Ф. Къ вопросу о болѣзняхъ самостоятельныхъ салныхъ железъ (окончаніе).—Эрлихъ Л. И. Происхожденіе плазматическихъ клѣтокъ.—Италинскій В. Случай pityriasis rubra.—Онъ-же Случай psoriasis vulgaris acuta et dermatitis extoliativa.—Кудишъ. Случай sarcoma cutis indioopathicum pigmentosum Kaposi.—Яковлевъ. Къ казуистукѣ криптогеннаго сифилиса.—Якушевичъ С. Г. Къ вопросу о стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ у сифилитиковъ.—Лурье I. Н. Заболѣваніе сѣменныхъ пузырьковъ, какъ осложненіе гонорреи. (Окончаніе).

Сентябрь 1903 г.—Павловъ П. А. Къ вопросу о такъ называемыхъ доброкачественныхъ саркоидныхъ образованіяхъ кожи—Долгополовъ Н. М. Къ вопросу о продолжительности теченія заразнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи.—Виноградовъ К. Н. Къ вопросу о гликогенномъ перерожденіи.—Петинъ С. Къ вопросу о физиологическомъ дѣйстви свѣта и его спектральныхъ лучей на организмъ.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ № 17.—Бирюлевъ М. Матеріалы къ 2-му Всероссийскому бальнеологическому съѣзду.—Тельнихенъ А. Ф.

Ученіе о дѣйствиі спермина.—Dianoux M. Значеніе предохранительной энуклеации.—Miiller. L. Новый оперативный методъ леченія отслойки сѣтчатки—Янишевскій А. Э. О комиссуріальныхъ системахъ мозговой коры.—Борисовъ П. Я. О значеніи горькихъ средствъ для пищеваренія.—Чистовичъ Н. Я. О леченіи рожки пивными дрожжами.—Смоличъ П. Ф. Къ вопросу о леченіи.

№ 18.—Тельнихинъ А. Ф. Настоящее положеніе ученія о дѣйствиі спермина на человѣка, о приготовленіи употребляемыхъ для пользованія больныхъ его препаратовъ и о рискѣ, соединенномъ съ впрыскиваніями ихъ подъ кожу.—Mepdel. Способъ облегчающій діагнозъ язвы желудка и язвы двѣнадцати-перстной кишки.—Голубовъ Н. Э. Замѣтка по вопросу объ эпидемичности аппендицитовъ.—Faze, искусственна вызываемое созрѣваніе катаракты.—Villard. Гистологическое изслѣдованіе ксантелазмы.

№ 19.—Соболевскій А. В. Случай инфекціоннаго бреда съ смертельнымъ исходомъ.—Вознесенскій М. О современномъ строѣ и состояніи земской медицины въ Екатеринославской губерніи.

*Русскій Хирургическій Архивъ. Книга 4-я, 1903 г.—Веляминовъ. Н. А. Сифилисъ въ хирургіи.—Войничъ-Сяноженцкій А. Хирургія задняго средостѣнія.—Добромысловъ В. Д. Къ вопросу о резекціи пищевода въ грудномъ его отдѣлѣ по чрезплевральному способу.—Мандельбергъ Л. Е. Изсѣченіе участка пищевода, предварительное наложеніе свища; эзофагопластика.—Стукки Я. Г. Пуговка Murbhu и ея видоизмѣненія.—Гольдбергъ. С. В. Попытка примѣненія Беккереловскихъ лучей къ лѣченію *ulcus rodens*.

Кн. 5-я—Дитерихсъ М. М. Мысли о причинахъ явленій, вызываемыхъ въ животномъ организмѣ обширными ожогами, и терапіи ихъ.—Воскресенскій В. Э. О способахъ вскрытія Гайморовой полости.—Оппель В. А. Къ вопросу о бугорчатой опухоли слѣпой кишки.—Петрулисъ С. Нѣкоторыя видоизмѣненія въ радикальной операціи паховой грыжи.—Самохоцкій, С. О. Этажныя выводныя швы при радикальныхъ операціяхъ грыжи.—Федоровъ С. П. Объ оперативныхъ вмѣшательствахъ при опухоляхъ мочевого пузыря.—Колосовъ Г. А. Къ ученію о новообразованіяхъ (преимущественно ракъ) мочевого пузыря.—Кадыгрововъ В. А. Эндотелиомы яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ.

*Рѣчь и отчетъ, читанныя въ годичномъ собраніи Московскаго сельско-хозяйственнаго института 26 сент. 1903 года.

**Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по московской губерніи.

**Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ г. Одессы. № 17-й.

**Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Тверской губерніи за Іюнь 1903 года.

*Сабининъ и Пацевичъ. Typhus abdominalis. В. 1903. ц і р.

**Сборникъ протоколовъ и трудовъ общества Калужскихъ Врачей за 1902 (XL) и 1902 (XLI) г.г.

**Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ г. Одессы. № 18 й.

**Сборникъ Свѣдѣній о ходѣ и распространеніи важнѣйшихъ заразныхъ болѣзней въ Курской Губерніи часть 4.

**Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Тверской губерніи за Іюль 1903 года.

**Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-Врачебной организаціи въ Московской губерніи № 8, № 9-й.

**Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ Г. Одессы №№. 15—16,

**Сборникъ свѣдѣній о ходѣ и распространеніи важнѣйшихъ заразныхъ болѣзней въ Курской губерніи и о дѣятельности земскихъ медицинскихъ органовъ часть 1—3 и частк 11.

**Сибирскія Врачебныя вѣдомости № 17 1903 г. № 18, 19.

№ 29 й

**Современная Клиника, № 10 Октябрь.—Неносч. Пнеймонія у дѣтей и ея леченіе.—Cornet. Бугорчатка, какъ острая инфекціонная болѣзнь.

*Смольскій. Учебникъ гинекологической анатоміи. СПб 1903. ц 1. 40.

**Современная Медицина и Гигіена № 9 сентябрь,—Афанасьевъ М. и Ваксъ. Людская чума.—Эйгеръ Я. Б. Электричество въ медицинѣ.—Выйларъ. Семіологія мочи.—Гравицъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови.—Метницъ. Учебникъ зубоврачеванія.—Кнапъ. Акушерство діететика и терапія.

№ 10 (октябрь)—Олеманъ. Новѣйшая терапія глаза.—Афанасьевъ и Ваксъ. Людская чума.—Эйгеръ. Электричество въ медицинѣ.—Онъ-же. Медицинская электротехника.

**Д-ръ Мах. Sussd arf Руководство къ сравнительной анатоміи домашнихъ животныхъ.

**Терапевтическій Вѣстникъ № 17 1903 г.—Вейшенкеръ О. Б. Современное положеніе вопроса о бѣлковомъ питаніи больныхъ.

№ 18—Бурлаковъ В. М. Къ вопросу о томъ, въ какой мѣрѣ необходимо общее и мѣстное леченіе гонорреи (триппера) у женщинъ, какъ болѣзни общеинфекціонной?

№ 19.—Бурлаковъ В. М. Къ вопросу о томъ, въ какой мѣрѣ необходимо общее и мѣстное леченіе гонорреи (триппера) у женщинъ (окончаніе).

№ 20-й. Russell. Чрезмѣрная кислотность желудка, ея свойства, діагнозъ и леченіе.

**Труды Общества Курскихъ Врачей за 1901 и 1902 годы.

**Труды Императорскаго С-Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей. Томъ XXXIII выпускъ 2-й 1903 г.

**Труды русскаго Энтомологическаго Общества въ С.-Петербурге томъ XXXVI.

**Труды Императ. Вольнаго Экономическаго Общества № 3 май—июнь 1903 г.

*Thim m. Лечение болѣзней кожи и половыхъ органовъ СПб 1904. ц і р. 50.

*Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета книга 9-я. Сентябрь 1903 г.—Елистратовъ А. О прикрѣпленіи женщины къ проституціи (продолженіе).—Котовщикова Н. Руководство къ клиническимъ методамъ изслѣдованія внутреннихъ болѣзней.—Ульянинъ В. Бюллетень метеорологической обсерваторіи Императорскаго Казанскаго Университета.

Книга 10, октябрь.—Котовщикова Н. Руководство къ клиническимъ методамъ изслѣдованія внутреннихъ болѣзней (пр.).—Ульянинъ В. Наблюденія метеорологической Обсерваторіи.—Мережковскій К. Къ морфологіи діатомовыхъ водорослей.

*Ученыя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института, вып. 4 10 сентября 1903.—Hesse W. Умершвленіе туберкулезныхъ бацилл въ молоко при нагрѣваніи въ 60°C.—Cuillerey S. Эпизоотическій выкидышь у коровъ.—Автократовъ Д. М. Нефротоксины и нефротоксическая сыворотка по литературнымъ даннымъ послѣдняго времени.

*Ученыя Записки Юрьевскаго Университета № 4.—Пустоселевъ П. П. Отзывъ о сочиненіи Михайловскаго. «Къ вопросу объ упрощеніи суммарнаго уголовного процесса»—Пиксановъ Н. К. Матеріалы для библиографическаго указателя произведеній Грибоѣдова и литературы о немъ.—Ардашевъ П. Матеріалы для исторіи провинціальной администраціи во Франціи въ послѣднюю пору стараго порядка.

*Fritsch. Женскія болѣзни съ 278 рис. СПб 1093. ц 3. 50.

*Fournier. Рук. къ патологіи и терапіи сифилиса. СПб 1903. ц. р 2

*Flugge. Основы гигиены СПб 1903. ц 3. 50.

**Хирургія, № 82 Октябрь 1903.—Членовъ М. А. О Paget'овой болѣзни.—Лисянскій В. И. Къ казуистикѣ операций выключенія кишки при лѣченіи каловыхъ свищей.—Флеровъ Л. А. Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.—Валяжко Г. А. Травматическая киста поджелудочной железы.—Козловскій Б. С. Второй хирургическій отчетъ Софійской Больницы графовъ Бобринскихъ въ м. Смѣлѣ Киевской губ.

*Zeissl. Лечение перелоа у мужчинъ. СПб 1904. ц і р.

*Цейсель. Учебникъ венерическихъ болѣзней. Съ 50 рис. СПб 1903 ц 5 р.

А. В. Сивре.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

XX

1904.

XX

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„Практическая медицина“.

Въ 1904 г. въ журналъ «Практическая Медицина» помѣщены будутъ слѣдующія сочиненія: 1. Eulenburg, проф., Kolle, проф. и Weinsraud, проф. «Руководство клиническихъ методовъ изслѣдованія» и ихъ примѣненіе для специальной врачебной діагностики. Томъ I, II, III, IV. Съ многочисл. черными и многими разноцвѣтн. рисунками въ текстѣ и съ хромофотограф. фототипич. таблицами. 2. Casper, проф. «Руководство къ урологіи», со включеніемъ болѣзней мужского полового аппарата. Съ рис. въ текстѣ. 3. E. Bumm, проф. «Руководство къ изученію акушерства». Съ 575 объяснителн. рисунками и таблицами. 4. Ed Lang, проф. «Руководство кожныхъ болѣзней». Съ 87 рис. въ текстѣ. 5. G. Sultan, проф. и E. Schreiber, прив.-доц. «Первая помощь въ несчастныхъ случаяхъ». Обработано специально для врачей. Съ рис. въ текстѣ. 6. Carl Rosenthal, д-ръ. Языкъ и состоянія его при различн. заболѣваніяхъ. 7. V. Hammerschlag, прив.-доц. Терапія ушныхъ болѣзней съ 29 рис. въ текстѣ. 8. Клиническія лекціи по различнымъ отраслямъ терапіи, какъ оригинальныя, такъ и переводныя. (Клин. лекціи будутъ выдѣлены въ отдѣльн. книжки и разосл. при «Врач. Газ.»).

XI

Врачебная Газета.

XI

Программа изданія слѣдующая:

I. 1) Оригинальныя и переводныя статьи, иллюстрированныя, при надобности. рисунками. (2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ воп-

ОБЪЯВЛЕНІЯ

росамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному словію. 3) Рефераты всѣхъ оригинальныхъ статей, напечатанныхъ въ общихъ и специальныхъ русскихъ медицинскихъ журналахъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Рецепты. 6) Отчеты о защитахъ диссертаций въ Академіи и университетахъ. 7) Отчеты о засѣданіяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 8) Рецензіи 9) Корреспонденціи. Письма съ курортовъ. 10) Лѣтопись общественной медицины. 11) Хроника и мелкія извѣстія. 12) Некрологи. 13) Объясненія.

II. Терапевтическій отдѣлъ «Врач. Газ.»: ориг. статьи, рефераты, обзоры нов. лѣк. средствъ; составъ лѣк. средствъ, рецензіи, рецепты.

III. Отдѣлъ общественной Санитаріи и Гигіены: ориг. статьи и обзоры. Врачебно-санитарное законоположеніе въ Россіи и заграничей. Рефераты научн. изслѣдованій, съ обращен. особ. вниманія на вопросы, близко касающ. современ. общественнаго здравоохраненія. Рецензіи. Библиографія.

IV. Справочный отдѣлъ: офиц. и неофициальн. свѣд. о врачахъ, разъясненія и отвѣты въ томъ числѣ и по вопросамъ юридическаго характера, вакант. мѣста, библиографическій указатель диссертаций выходящихъ въ Россіи и заграничей. Книги, выходящія въ Россіи, Германіи и Франціи, а по мѣрѣ возможности и въ другихъ странахъ. Книги, поступившія въ редакцію.

V. Клиническія лекціи

по всѣмъ отраслямъ медицины. При выборѣ этихъ лекцій редакція будетъ руководствоваться стремл. помѣщать лекціи, посвящен. тѣмъ вопросамъ, которые не нашли себѣ мѣста въ помѣщаемыхъ въ наст. году въ журналѣ руководствахъ и монографіяхъ; онѣ будутъ служить самостоят. изданіемъ для отдѣльн. подписч. на «Врач. Газету».

Редакторы журнала «Практическая Медицина» и «Врачебной Газеты» д-ра:
А. А. Лозинскій и О. А. Луницъ.

Издатель В. С. Эттингеръ

Цѣна журнала «Практическая Медицина» вмѣстѣ съ «Врачебной Газетой» 10 р.
съ перес. и доставкой. Заграницу 14 р.

Отдѣльная подписка на «Практическую Медицину» безъ «Врачебной Газеты» не принимается.

Для желающихъ допускается разсрочка подписной платы: при подпискѣ—
2 р. 50 к., 1 Апрѣля, 1 Юля и 1 Октября—по 2 р. 50 к.

Цѣна «Врачебной Газеты» безъ «Практической Медицины», но съ Клиническими лекціями: на годъ 5 р., на полъ-года 2 р. 50 к. и на 3 мѣс. 1 р. 25 к.

Пробные номера газеты и полный подробный каталогъ изд. журн. «Практическая Медицина» высылаются бесплатно.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, улица Жуковскаго, 13, въ конторѣ журнала «Практическая Медицина» и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“

Гигіеническій семейный журналъ

(11-й годъ изданія)

Выходятъ два раза въ мѣсяцъ.

Популярныя статьи о здоровьѣ и болѣзняхъ. Общедоступныя статьи о чело-
вѣческомъ тѣлѣ и уходѣ за нимъ. Сохраненіе здоровья, предохраненіе отъ бо-
лѣзней, леченіе домашними средствами. Гигіена мужчины и женщины. Школьная
гигіена и воспитаніе дѣтей. Практическія свѣдѣнія по до и хозяйству. Домашняя
аптека и домашній лечебникъ. Бесплатные медицинскіе совѣты подписчикамъ,
касательно ихъ здоровья и болѣзней.

Всякій интеллигентный читатель, дорожающій своимъ здоровьемъ, найдетъ
много полезнаго для себя въ журналѣ БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ! Въ провинціальной
семьѣ, гдѣ часто приходится не только лечиться самому безъ помощи врача, но
и лечить окружающихъ, этотъ журналъ можетъ замѣнить собой домашняго врача.
Дешевая подписная цѣна дѣлаетъ его доступнымъ для каждаго.

Подписная цѣна съ пересылкой: годъ 4 рубля, полгода 2 руб.

Адресъ: С.-Петербургъ; журналу Будьте Здоровы!

Редакторъ-Издатель Д-ръ И. Зарубинъ.

Открыта подписка на 1904 годъ.

Ж У Р Н А Л Ъ

„ТЕХНОЛОГЪ“.

Годъ изданія 7-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Описаніе техническ. новѣйшихъ изобрѣтеній и усовершенствованій.
Техническ. описаніе городскихъ хозяйствъ. Электричество. 2) Описаніе цѣльмъ
техническихъ производствъ. 3) Смѣсь:—краткія техническ. и сельско-хозяйствен-
ныя новости. 4) Техн. библіографія. Техническ. образованіе. 5) Распор. касающ.
заводской промышленности. Привилегіи. 6) Чертежи, рисунки, планы. 7) Объявленія.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Въ 1904 г. будетъ помѣщено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Рецепты для промышленности и хозяйства.

Въ 1904 г. будетъ приложена книжка: Денатурализація спирта и значеніе ея въ промышленности (За лучший способъ Денатурализаціи спирта Министерство Финансовъ назначило премію въ 50000 руб.).

Обширная программа съ рисунками.

Цѣна журнала за годъ съ прилож. и перес. 5 р. Адр. редакціи журнала «Технологъ», Одесса, Театральн. пер., д. № 12.

Подписка принимается у К. Риккера СПБ. Въ книжныхъ магазинахъ «Новое Время» въ Петербургѣ, Москвѣ, Харьковѣ, Кіевѣ, 1 г. Оглоблина въ г. Кіевѣ и въ конторѣ редакціи—Одесса, Театральн. пер. с. д. № 12.

Приложенія къ журналу „Технологъ“:

Въ 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 г. были приложенія: Пастеризованный виноградный сокъ (ц. 50 к.)—Кальціумъ карбиды и карборундумъ (ц. 50 к.)—О поляхъ орошенія (цѣна 30 к.)—Успѣхи кожевеннаго производства (ц. 1 руб.)—Объ оползняхъ и обвалахъ въ г. Одессѣ и др. (ц. 30 к.)—Рецепты для промышленности и хозяйства продолженіе въ №№ (ц. по 30 к. №). Профильная сталь.—Бактеріи урожая (ц. 50 к.). Успѣхи техники передъ началомъ XX вѣка, съ многими рисунками (ц. 1 р.) Рецепты. Производство соснового масла (ц. 50 к.) Мальцевъ и Мальцовскіе заводы.—Вискоза и значеніе ея въ техники и др.

Въ 1904 г. при журналѣ «Технологъ» будетъ приложена Премія «Ситцевые полы»—привилегія Инженера-Технолога Н. Мельникова—подробное описаніе и образцы. Постороннія лица, не подписчики журнала «Технологъ» получаютъ подробное разъясненіе о ситцевыхъ и обойныхъ полахъ, прилагая двѣ 7 коп. марки.

Ситцевые полы—на что выдана въ Россіи привилегія Инженеру Н. Мельникову на 15 лѣтъ вполнѣ замѣняютъ окраску половъ въ домахъ масляной краской оклейка половъ ситцемъ или обоями производятся въ одинъ два—дня, что можно мыть водою.

Одесса. Инженеръ Н. П. Мельниковъ соб. домъ. Театр. пер.

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 1901 и 1902 1903 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

Редакторъ Н. П. Мельниковъ, Инженеръ-Технологъ.

открыта подписка на 1904 годъ
НА
МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ ВЪ СИБИРИ
„Сибирскія Врачебныя вѣдомости.“

Второй годъ изданія.

Газета будетъ издаваться въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи и выходить 2 раза въ мѣсяцъ (1 и 15 числа) въ размѣрѣ отъ 1 до 2-хъ печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части вообще и относительно Сибири особенно.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи патологіи и терапіи, хирургіи, акушерству и друг. частямъ врачебной науки.
3. Медицинская статистика.
4. Аптечное дѣло.
5. Статьи по врачебной казуистикѣ.
6. Отчеты больницъ. Сельская медицина.
7. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющимъ близкое отношеніе къ медицинѣ; медико-и этнографическія описанія Сибири.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
9. Народная медицина; врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ.
11. Переводныя статьи и рефераты по медицинѣ изъ повременныхъ и иностранныхъ изданій.
12. Протоколы медицинскихъ больничныхъ совѣщаній.
13. Корреспонденціи; врачебная хроника.
14. Смѣсь; отвѣты редакціи (въ предѣлахъ программы).
15. Объявленія.

Первый № выйдеть 1-го ноября 1904 года.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 5 рублей.

Подписка принимается въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи. Гостинская улица, домъ В. М. Круговскаго. Въ Томскѣ и въ Иркутскѣ въ книжныхъ магазинахъ П. И. Макушина.

Редакторъ-издатель А. Смирновъ.

Открыта подписка
НА
„РУССКІЙ ЖУРНАЛЬ
КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

(4-й годъ изданія).

Съ 1901 г. выходитъ ежемѣсячно „Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“, преслѣдующій научно-практическія цѣли.

Программа журнала слѣдующая:

I отдѣлъ. Кожныя болѣзни.

II отдѣлъ. Сифилисъ и мягкій шанкръ.

III отдѣлъ. Перелой и его осложненія.

Въ этихъ отдѣлахъ будутъ помѣщены оригинальныя работы теоретическаго и практическаго характера, рѣдкіе случаи, описаніе новыхъ лечебныхъ способовъ и средствъ, рефераты изъ русской и иностранной литературы.

IV отдѣлъ. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣшаться полностью протоколы сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическія обзоры—будутъ посвящены современному состоянію различныхъ вопросовъ научно практическаго характера.

VI отдѣлъ. Рецензіи и библиографія.

VII отдѣлъ. Хроника, въ которой будетъ обращено вниманіе на различныя событія дня, имѣющія значеніе въ дѣлѣ развитія и характеристики специальности.

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

Цѣна—8 р. за годъ; 4 р.—за полгода. Для гг. студентовъ 5 р. за годъ.

За границу—10 р. за годъ.

Адресъ редакціи: Харьковъ, Сумская ул., б. Проф. И. Ф. Зеленову

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

Цѣлая страница—15 руб.; половина—8 руб. За 10 разъ и болѣе—уступка—10%. Плата вносится впередъ.

Коммиссіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленевъ.

РУССКОЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ

журналъ, издаваемый Обществомъ Россійскихъ Хирурговъ.

Программа изданія:

1. Протоколы засѣданій русскихъ хирургическихъ обществъ съ авторефератами или рефератами читанныхъ въ этихъ засѣданіяхъ докладовъ.
2. Труды съѣздовъ руссійскихъ хирурговъ съ авторефератами докладовъ, отчетами о засѣданіяхъ, отчетами должностныхъ лицъ.
3. Обзоры, рефераты, рецензіи русскихъ хирургическихъ работъ: а) журнальныхъ статей, б) диссертаций, в) монографій; г) сообщеній въ засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ.
4. Обзоры текущей литературы по отдѣльнымъ вопросамъ хирургіи.
5. Разныя извѣстія изъ области научной и практической медицины, главнымъ образомъ хирургіи; хроника; новыя назначенія, неврологи.
6. Приложенія: хирургическіе отчеты, диссертации, монографіи.
7. Объявленія.

Выходитъ 6 разъ въ годъ.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 8 рублей.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: МОСКВА, Гранатный пер., Риттихъ, кв. № 12 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакторы, *И. П. Алексинскій. А. В. Мартыновъ.*

подписка на 1904 годъ на журналъ „ДЪЯТЕЛЬ“.

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮШАЯ:

- | | |
|---|--|
| <p>1) Правительственныя распоряженія.
2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія.
4) Письма изъ провинціи.
5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.
6) Изъ жизни и печати.</p> | <p>7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учрежденій.
8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
11) Критика и библіографія.
12) Объявленія.</p> |
|---|--|

Подписная цѣна за годъ 2 рубля. Полугодовая подписка не принимается.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ безплатныя народныя бібліотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903 годы платятъ 14 рублей.

дресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДЪЯТЕЛЬ“ можно пріобрѣтать книги, допущенныя Ученымъ Комитетомъ для безплатныхъ народныхъ читаленъ и народныхъ чтеній:

- | | |
|---|------------|
| Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова | » р. 20 к. |
| Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню | 2 р. « к. |
| Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню | 1 р. « к. |
| Вино для человѣка и его потомства—ядъ. За сотню | 2 р. « к. |
| Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заболѣваніямъ человѣка. Проф. И. М. Догеля (Одобрен. Ученымъ Комит.) | » р. 40 к. |
| Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его-же | » р. 30 к. |
| Высокопресвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ. | |
| Проф. А. И. Александрова | » р. 10 к. |
| Исторія Казани. К. Θ. Фукса | » р. 50 к. |
| Простое руководство къ разумному пчеловодству, съ рисунками. | |
| Свящ. В. И. Веселицкаго (Одобр. Учен. Комит.) | » р. 30 к. |
| Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турнерелли | » р. 50 к. |
| Письма С. А. Рачинскаго духовному юношеству о трезвости | » р. 30 к. |
| Царь и народъ Русь православная въ Саровѣ. Архиман. Андрея | » р. 10 к. |

Редакторъ-издатель А. Т. Соловьевъ.

Открывается подписка на ежемѣсячный журналъ

IX Г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1904 Г.

и еженедѣльную газету

VII Г. **ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ** 1904 Г.

(бывшій «Терапевтическій Вѣстникъ»,

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АОНАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ) году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предъидущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенныя, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣчены слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

- 1) Д-ръ А. А. Щепинскій. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstetn'a и Netolitzk'аго (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.
- 2) Проф. М. И. Аонасьевъ—д-ръ П. В. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія Патологія и терапія. Съ рис.
- 3) Они-же. Малярія, ея происхождение, симптоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.
- 4) Проф. А. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.
- 5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebreich (Берлинъ), C. Gerhardt (Берлинъ), A. Martin (Грейфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ г въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.
- 6) Доц. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.
- 7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ прибавленіемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.
- 8) Д-ръ V. Vukbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.
- 9) Проф. F. Dumont (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

10) Д-ръ М. Joseph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисункомъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство по патологii и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ С. Feistmantel (Будапештъ). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. I. Кнарр (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

VII г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

(бывшiй «Терапевтическiй Вѣстникъ»),
еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтическiй Вѣстникъ» пользовался за стекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двухнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ».—Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла. «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей тотчасъ же освѣщать читателю все, что является новаго въ области медико-хирургической науки, особенно-же въ области этиологii, диагностики и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для целей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ дiететики и дiетотерапiи—Считая предупрежденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной.—Въ то-же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй рускаго врача, съ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности,—истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, нерѣдко плохо усвоеннымъ шаблонамъ.—Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Отвѣты» редакцiя съ готовностью будетъ давать сильныя отвѣты на всѣ обращенныя къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетой.—Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ, желающимъ, въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести сильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

дѣятелей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и сословнаго самознанія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всеѣмъ вопросамъ медицины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеймототерапіи, механотерапіи, свѣтолеченію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всеѣмъ медикохирургическимъ специальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностранныхъ медиц. обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библіографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецептныя формулы.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы и отвѣты.

Подписная цѣна на «Современ. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р., приче́мъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Несмотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣстникомъ» объемъ,—«Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженедѣльно въ размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р., безъ дост.—4 р. 50 к., приче́мъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ и остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачебн. Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, вмѣсто 15 р. только 13 р. съ доставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, приче́мъ могутъ пользоваться разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб.) въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачебн. Вѣстн.» 6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за 1896—97 и 1899—1903 гг. можно получать по 10 руб. безъ пер.; таковыя-же экземпляры «Терап. Вѣстн.» за 1898—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со всѣхъ изданій редакціи, помѣщенныхъ въ каталогъ ея, который можно получить бесплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Литейный проспектъ, № 33.

Открыта подписка на 1904 годъ

(т. XXI—годъ двадцать первый).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

- I. Отдѣлъ естественно-историческій.
- II. Отдѣлъ гигиеническій и сельско-хозяйственный.
- III. Отдѣлъ нормальной и патологической зоотоміи, гистологіи и физиологіи
- IV. Отдѣлъ клиническій (клиника терапевтическая, хирургическая и акушерство).
- V. Отдѣлъ инвазіонныхъ и инфекціонныхъ болѣзней.
- VI. Отдѣлъ ветеринарно-полицейскій.
- VII. Отдѣлъ критики и библиографіи.
- VIII. Отдѣлъ научно-практическихъ свѣдѣній.
- IX. Извѣстія и замѣтки.

«Ученыя Записки» выйдутъ въ 1904 году въ количествѣ 6 вып., составивъ томъ болѣе 20 печати. листовъ (томъ XXI). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за границу—4 рубля.

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

Съ требованіями на журналъ и авторовъ, желающихъ помѣстить свои статьи въ журналъ, просятъ обращаться исключительно въ Казанскій Ветеринарный Институтъ на имя редактора.

Редакторъ *Гр. Кирилловъ.*

Открыта подписка на празднующую въ 1904 г. свой десяти-
лѣтній юбилей.

ВСЕОБЩУЮ МАЛЕНЬКУЮ ГАЗЕТУ *С.-Петербургъ*

Газета безцензурная.—Изданія годъ одиннадцатый. Содержаніе газеты: придворныя, правительственныя, политическія и общественныя новости и руководящія къ нимъ статьи, хроника происшествій и уголовныхъ дѣлъ новости научныя, историческія, медицинскія, о воспитаніи, о загадочныхъ явленіяхъ и проч.; романы, стихи, замѣтки о спортѣ, театрахъ, новыхъ книгахъ и пр.

Въ теченіе 1904 г. будутъ помѣщены: романъ изъ современ. русской жизни «Три товарища» соч. А. Молчанова и переводъ лучшаго изъ новѣйшихъ германскихъ романовъ подъ заглавіемъ «Насушный хлѣбъ».

Въ теченіе года болѣе сотни портретовъ современныхъ дѣятелей и рисунковъ текущихъ событій.

Подписная цѣна съ дост. и пересылкой за годъ 2 р. за полгода 1 р. за 3 мѣс. 50 к.

Марками на 20 к. дороже. Газета выходитъ три раза въ недѣлю.

Адресъ Типографіи, Редакціи и Конторы: С.-Петербургъ, Невскій, 139.

Редакторъ-Издатель А. Молчановъ.
