

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ I.

МАЙ-ІЮНЬ.

1901 г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1901.

Дозволено цензурою. Казань, 8 іюля 1901 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Къ измѣненіямъ сѣтчатки и пигментнаго эпите-
лія при вторичной главкомѣ.

А. Г. Агабабова.

(Продолженіе).

Изъ описанныхъ данныхъ можемъ заключить, что въ этомъ случаѣ имѣются многочисленныя и довольно сложныя измѣненія особенно въ сѣтчаткѣ и ея пигментномъ эпителии. Къ подробному разсмотрѣнію ихъ мы теперь и приступимъ.

Стекловидное тѣло спереди не прилагаетъ плотно къ линзѣ и не образуетъ для ея задней поверхности тарелкообразной впадины, но оно имѣетъ нѣсколько выпуклую кпереди форму и отдѣляется отъ линзы небольшимъ промежуткомъ, занятымъ по большей части красными тѣльцами и небольшимъ количествомъ блуждающихъ кѣловокъ.

Тѣ и другія диффузно разсѣяны также и въ ткани стекло-виднаго тѣла.

Въ заднемъ отдѣлѣ глаза, въ полости отслоенной сѣтчатки, отъ стекловиднаго тѣла остались едва замѣтные слѣды.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что стекловидное тѣло сильно уменьшено въ своемъ объемѣ и это особенно замѣтно въ заднемъ его отдѣлѣ. Такое значительное уменьшеніе стекловиднаго тѣла должно зависѣть главнымъ образомъ отъ имѣющихся въ этомъ глазѣ, какъ увидимъ ниже, irido-cyklitis и кровоизліяній изъ сосудовъ сѣтчатки.

Источникомъ повторныхъ кровоизліяній и воспалительныхъ продуктовъ служила несомнѣнно соседняя ткань, т. е. сѣтчатка. И дѣйствительно, помимо полной отслойки, мы нашли въ ней весьма глубокія измѣненія почти во всѣхъ ея слояхъ. Приведенная выше патолого-анатомическая картина указываетъ на (такъ сказать) вто-

ричное воспалительное состояніе сѣтчатки въ дегенеративной уже стадіи. Но, кромѣ того, въ ней имѣются еще другія измѣненія, которыя заслуживаютъ вниманія, именно: пигментныя отложенія, которыя мы разсмотримъ вмѣстѣ съ измѣненіями въ пигментномъ эпителии, затѣмъ образованіе полостей или кистъ и, наконецъ, бвовозмѣненія.

Кисты встрѣчались какъ въ передней, такъ и въ средней и даже заднихъ частяхъ, т. е. вблизи *papillae*.

Въ передней части сѣтчатки, именно вблизи *ora serrata*, полости эти имѣютъ овальную или кругловатую форму (съ рѣзкими границами) и отдѣляются другъ отъ друга пучками волоконъ. Расположены онѣ по большей части въ ядерныхъ слояхъ. Содержимаго не видно совершенно или же оно представляется мѣстами въ видѣ бездвѣтной мелкозернистой массы, но въ крайне ограниченномъ количествѣ. Въ среднихъ и заднихъ частяхъ сѣтчатки полости представляются значительно шире и больше, имѣютъ менѣе правильную форму, а содержимое—въ видѣ фибринозныхъ пленокъ и обрывковъ пучковъ волоконъ, которыя прослѣживаются впѣ полости до Мюллеровскихъ волоконъ.

Слѣдовательно, мы здѣсь встрѣчаемся съ полостями, отличающимися другъ отъ друга какъ по мѣсту, такъ и по своей формѣ и содержимому. Первая изъ приведенныхъ полостей, находящихся въ передней части сѣтчатки, наблюдаются нерѣдко въ нормальныхъ старческихъ глазахъ и онѣ описаны подъ названіемъ цистоидныхъ дегенераций или *oedemъ* сѣтчатки (*Iwanoff* ¹⁾, *Merkel* ²⁾ и др.).

Въ заднемъ же отдѣлѣ глаза такія полости чаще всего наблюдались при отслойкѣ сѣтчатки, при симпатическомъ воспаленіи глаза (*Iwanoff*), при глаукомѣ (*Nettleship* ³⁾); слѣд. въ этихъ случаяхъ образованіе полости и скопленіе въ ней жидкости находится несомнѣнно въ связи съ вторичнымъ воспалительнымъ состояніемъ сѣтчатки.

Тоже самое могло бы *a priori* быть и въ нашемъ случаѣ, но такъ какъ воспалительныя явленія здѣсь въ сѣтчаткѣ выражены довольно сильно, то этимъ могли быть объяснены нѣкоторыя различія отъ описанныхъ выше измѣненій.

Такъ, содержащее такой полости представляется не въ видѣ прозрачной жидкости, какъ описываютъ, но свернувшійся густой экссудатъ является въ видѣ фибринозныхъ пленокъ и тонкихъ во-

¹⁾ *Iwanoff*. Das Oedem des Netzh. Arch. f. Ophth. XV. 2.

²⁾ *Merkel*. Ueber die Macula l. der. Menschen u. s. w. Leipzig,

³⁾ *Handbuch d. Gesam. Angenh. v. Graefe u. Saemisch*, Bd. V.

локонъ. Мюллеровскія волокна не только раздвигаются и отдѣляются другъ отъ друга этимъ экссудатомъ, но повидимому отечные и пабухиіе пучки ихъ разрываются и ихъ оторваніе концы плаваютъ въ полости. Вѣроятно, вслѣдствіе разрыва этихъ волоконъ и соединенія сосѣднихъ полостей, образуется одна полость и довольно большихъ размѣровъ.

Но нужно имѣть въ виду, что, кромѣ описанныхъ пленокъ и волоконъ, въ содержимомъ этой полости встрѣчается еще крупнопетлистая сѣтъ въ видѣ обрывковъ; въ петляхъ этой сѣти усматриваются красныя тѣльца крови, а также блуждающія клѣтки въ небольшомъ количествѣ и, наконецъ, зерна и кучи пигмента, какъ свободныя, такъ и заключенныя въ блуждающихъ клѣткахъ.

Принимая во вниманіе присутствіе только что указанныхъ частей въ полостяхъ, происхожденіе и столь большіе размѣры ихъ нельзя поставить въ зависимость отъ одного только воспаленія сѣтчатки. Причиной образованія такого рода полостей могли служить и кровоизліянія и притомъ изъ сравнительно крупныхъ сосудовъ. Весьма возможно, что кровоизліянія эти могли произойти и въ полости, образовавшіяся раньше подъ вліяніемъ воспаленія сѣтчатки. Съ теченіемъ времени кровь распалась, большею частью всосалась, осталось лишь немного распада и пигментныхъ зеренъ. Небольшія же кучи неизмѣненныхъ тѣлецъ остались вѣроятно отъ болѣе свѣжихъ и мелкихъ кровоизліяній.

Что тутъ дѣйствительно были кровоизліянія въ сѣтчатку, мы имѣемъ на это достаточно указаній. Мы уже видѣли, что помимо многочисленныхъ мелкихъ кровоизліяній въ ткани сѣтчатки наблюдаются и крупныя кровоизліянія, какъ диффузныя, такъ и отдѣльными кучами и даже въ гнѣздахъ.

Произошли-ли диффузныя кровоизліянія вслѣдствіе разрыва сосудовъ или лишь *per diapredesim*, точно сказать трудно.

Но если принять во вниманіе рѣзко выраженные дегенеративныя измѣненія въ сосудахъ, можно думать, что диффузныя кровоизліянія произошли вслѣдствіе разрыва дегенерированныхъ капилляровъ, и выступающая изъ нихъ въ небольшомъ количествѣ кровь при сильной рыхлости или отечности сѣтчатки подъ вліяніемъ воспаленія могла постепенно распространяться по ткани. Между тѣмъ какъ при разрывѣ также гліиново-перерожденной крупной и особенно артеріальной вѣточки вытекало сразу много крови, которая легко могла раздвинуть окружающую ткань и образовать кровавую полость. Въ такомъ видѣ т. е. ограниченныя кровоизліянія на многихъ препаратахъ оказались, какъ сказано, окруженными волонистой тканью, какъ бы тонкой оболочкой. Весьма интерес-

вымъ представляется здѣсь образованіе этой оболочки вѣругъ кровопзіянія.

Въ окрѣжности такого гнѣзднаго кровоизліянія въ ткани сѣтчатки диффузно разеѣяны красныя тѣльца крови на довольно далекомъ протяженіи, между тѣмъ какъ блуждающихъ клѣтокъ сравнительно мало, но количество ихъ постепенно прибываетъ по мѣрѣ приближенія къ указанному кровоизліяню. Здѣсь блуждающія клѣтки, прилегая другъ къ другу вытянутыми отростками, складываются въ довольно длинное волокно.

Отдѣльныя такія волокна наклонены другъ къ другу подъ углами различной величины, такъ что получается нѣчто вродѣ неправильной сѣти.

Но периферіи самого кровоизліянія волокна эти прилегаютъ близко одно къ другому, оставляя между собой очень узкія щели, и въ такомъ видѣ они окружаютъ со всѣхъ сторонъ кровоизліаніе въ видѣ упомянутой оболочки.

Слѣдовательно, полость окружена здѣсь не поддерживающими волокнами сѣтчатки, но клѣточной тканью, образующейся изъ блуждающихъ клѣтокъ.

Весьма вѣроятно, что всасываніе излившейся крови въ этомъ главокоматозномъ глазѣ и въ столь измѣненной сѣтчаткѣ происходило чрезвычайно медленно. Оставаясь въ сѣтчаткѣ какъ постороннее тѣло, кровь обволакивалась блуждающими клѣтками, изъ которыхъ впоследствии и стала образовываться постепенно упомянутая оболочка.

Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ имѣются кровоизліанія какъ въ полость глаза и на внутренней поверхности сѣтчатки, такъ и въ ткань послѣдней. Но кромѣ того въ небольшомъ количествѣ усматривается кровь и на наружной ея поверхности, именно между *chorioides* и отслоенной сѣтчаткой.

Причину такого распространеннаго кровоизліанія естественно нужно искать въ сосудахъ сѣтчатки. И дѣйствительно, послѣдніе представляются сильно измѣненными, безструктурными, матово-блестящими, съ рѣзкими контурами, однимъ словомъ, гіалиново перерожденными. (Fig. 6-я к.).

ПРИМѢЧАНІЕ. Этотъ блескъ сосудовъ не исчезалъ и при дѣйствіи крѣпкихъ растворовъ кислотъ и щелочей. Изъ многочисленныхъ красящихъ веществъ, предложенныхъ для окраски гіалина, далеко не всѣ даютъ вполне характерную окраску въ каждомъ данномъ случаѣ. Но въ однихъ случаяхъ одно вещество окрашиваетъ гіалинъ довольно рѣзко, въ другихъ же оно не даетъ совершенно никакой окраски или же очень слабую. Это обстоятельство многіе изслѣдователи объясняютъ

тѣмъ, что гіалинъ встрѣчается въ различныхъ степеняхъ развитія, не рѣдко вмѣстѣ съ амилоидомъ, отъ котораго морфологически ничѣмъ не отличается и представляетъ даже раннюю степень ея развитія. Кромѣ того недостаточно еще выяснена и химическая натура гіалина.

Реакція на амилоидъ съ помощью methyl violet'a дала намъ отрицательный результатъ.

Слабую окраску получили мы отъ кармина (по Recklinghausen'y), iodgrün'a (по Cürgesmann'y), и микрокармина (по Wiegner'y) и нѣкотор. др. средствъ, предложенныхъ для выясненія гіалина. Сравнительно рѣже окрашиваніе сосудовъ и окружающихъ ихъ перерожденныхъ частей получалось при двойной окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ (по Ober'y). При этомъ дегенерированныя мѣста принимали равномерно розовый цвѣтъ и не имѣвали своего характернаго блеска.

Однако такая дегенерация сосудовъ не распространена всюду по всей сѣтчаткѣ, а мѣстами хорошо выдѣляются мелкіе сосуды и даже капилляры, стѣнки которыхъ хотя нѣсколько и утолщены, но снабжены ядрами, структура ихъ замѣтна достаточно ясно и въ просвѣтѣ ихъ видна кровь.

Такіе сосуды большею частью попадаются въ заднихъ отдѣлахъ сѣтчатки. Вообще же количество ихъ незначительно.

Большинство же сосудовъ, какъ сказано, гіалиново дегенерированы, просвѣтъ ихъ на поперечныхъ срѣзахъ чрезвычайно узокъ, едва замѣтенъ или же совершенно не виденъ (особенно на продольныхъ срѣзахъ).

Если же просвѣтъ такихъ сосудовъ еще виденъ, то продольныхъ срѣзахъ онъ имѣетъ неправильный зигзагообразный ходъ съ небольшими боковыми расширениями, выпячиваніями на подобіе мѣшковидныхъ аневризмъ и весь такой путь занять кровью. Дегенерированная стѣнка утолщена неравномѣрно и не одинаково со всѣхъ сторонъ, благодаря чему просвѣтъ кажется не въ центрѣ сосуда, а какъ бы въ сторонѣ. Мѣстами вытянутыхъ, закругленныхъ и всевозможныхъ формъ гіалиновыхъ массъ встрѣчается такое множество, что является сомнѣніе, чтобы гіалиновому перерожденію подвергались здѣсь одни только сосуды. А такъ какъ въ этихъ частяхъ сѣтчатки не видно Мюллеровскихъ волоконъ и даже ихъ ядеръ, всегда такъ хорошо окрашивающихся hamalaun'омъ, то естественно возникаетъ мысль, что въ этой дегенерации принимаютъ участіе и окружающая сосуды ткань и поддерживающія волокна сѣтчатки. Такое почти сплошное гіалиновое перерожденіе находится болѣе въ среднихъ частяхъ сѣтчатки.

Въ большинствѣ случаевъ болѣе или менѣе значительное кровоизліяніе въ сѣтчатку получается несомнѣнно вслѣдствіе разрыва патологически измѣненныхъ сосудовъ. Въ этомъ глазѣ причина многочисленныхъ гнѣздовыхъ и диффузныхъ кровоизліяній въ ткань сѣтчатки совершенно понятна, когда ея сосуды, особенно мелкіе, представляютъ такое почти сплошное гіалиновое перерожденіе.

Но при такихъ глубокихъ измѣненіяхъ, какъ въ этомъ глазѣ, трудно рѣшить, отчего зависитъ столь сильная дегенерация сосудовъ—отъ воспаленія или отслоенія сѣтчатки, отъ повышеннаго внутри, глазного давленія или же отъ какой нибудь другой неизвѣстной причины.

Что касается измѣненія сосудовъ сѣтчатки при увеличенномъ внутриглазномъ давленіи, то, напр., Schnabel ¹⁾ въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ глаукомы находилъ именно гіалиновую дегенерацию, тогда какъ Czermak и Vignbacher ²⁾ ни въ одномъ изъ семи случаевъ глаукомы не нашли такого перерожденія сосудовъ также, какъ и другіе изслѣдователи. Такъ какъ подобное перерожденіе сосудовъ встрѣчается въ общемъ при глаукомѣ очень рѣдко, то врядь-ли оно можетъ быть признано обязательнымъ при пей. Мы не считаемъ поэтому возможнымъ и въ нашемъ случаѣ считать столь рѣзко выраженное перерожденіе сосудовъ за явленіе послѣдующее за глаукомой. Скорѣе всего можно думать, что до извѣстной степени измѣненія сосудовъ предшествовали появленію глаукомы.

Затѣмъ гіалиновое перерожденіе сосудовъ сѣтчатки наблюдалось при ея воспаленіяхъ, особенно при *retinitis albuminurica* (Carl v. Vauer ³⁾ и др.)

Однако, во всѣхъ этихъ случаяхъ измѣненіе въ сосудахъ бываетъ выражено янѣе и наступаетъ несомнѣнно раньше, чѣмъ обнаруживаются воспалительныя явленія и дегенеративныя измѣненія въ самой сѣтчаткѣ. Слѣдовательно, мы можемъ предположить, что въ изслѣдуемомъ глазѣ сосуды сѣтчатки были склеротически измѣнены; быть можетъ, подъ влияніемъ старческаго возраста или какой нибудь еще другой причины присоединившаяся *irido—cyclitis* и затѣмъ воспаленіе, отелойка и другія измѣненія въ сѣтчаткѣ способствовали еще болѣе нарушенію питанія и гіалиновой дегенерации сосудовъ.

¹⁾ Schnabel. Archiv. f. Augenh. Bd. XV, 3 и 4 II.

²⁾ Arch. f. Ophthm. XXXII, 2 и 4.

³⁾ Carl. Herzog in Bayern. Ein Beitrag zur Pathol. Anat. des Auges bei Nierenleiden. Wiesbaden, 1887.

Такимъ образомъ склерозъ сосудовъ, старческій возрастъ и разстройство правильнаго кровообращенія мы считаемъ здѣсь моментами, способствующими гіалиновому перерожденію сосудовъ сѣтчатки.

ПРИМѢЧАНІЕ. Эти же самыя условія признаются благоприятными для такого же перерожденія сосудовъ въ другихъ органахъ, именно: въ мозгу, почкахъ, селезенкѣ и др. (Arnold, ¹⁾ Recklinghausen ²⁾, Cholschewnikow ³⁾ и др.).

Въ этихъ органахъ гіалиновое перерожденіе наблюдалось при инфекціонныхъ болѣзняхъ, какъ острыхъ (дифтеритъ, скарлатина и др.), такъ и хроническихъ (сифилисъ, туберкулезъ и т. д.); также и при отравленіяхъ ядами (фосфоромъ, мышьякомъ, свинцомъ, алкоголемъ и т. д. и особенно *сесале согнитум* при такъ называемой *гарбаніа*, описанной недавно д-мъ Виноградовымъ ⁴⁾).

Очевидно, питаніе сосудовъ, ослабленное вышеприведенными моментами, окончательно нарушалось при этихъ болѣзняхъ, быть можетъ, подъ влияніемъ токсиновъ, циркулирующихъ въ крови.

Но во всѣхъ этихъ органахъ гіалиновому перерожденію подвергались, какъ и въ нашемъ случаѣ, кромѣ сосудовъ, также и окружающая ихъ ткань и даже гемморрагическіе фокусы.

Такимъ образомъ въ этомъ глазѣ имѣются воспалительныя измѣненія сѣтчатки (въ дегенеративной стадіи), кровоизліянія изъ перерожденныхъ сосудовъ и образованіе кѣлочной ткани на ея внутренней поверхности. Если подъ терминомъ *retinitis proliferans* подразумѣвать воспаленіе сѣтчатки съ образованіемъ кѣлочной ткани подъ влияніемъ кровоизліянія, то этимъ терминомъ долженъ быть обозначенъ и нашъ случай. Гистологическія измѣненія въ немъ соответствуютъ тому, что описано напр. Vanholzer'омъ ⁵⁾ и др.

Но многіе изъ опубликованныхъ случаевъ *retinitis proliferans* по клиническимъ даннымъ рѣзко отличаются отъ нашего случая

¹⁾ Virch. Arch. 1867. Bd. 41.

²⁾ Recklinghausen. Handbuch d. allg. Pathol. 1883.

³⁾ Cholschewnikow. Ueber hyaline Degeneration des Hirngefässe. Virch. Arch. 1888. Bd. 112.

⁴⁾ Виноградовъ. О патологоанатомич. измѣн. въ органахъ и тканяхъ у челов. при хроническомъ отравленіи сиорынъей. 1897.

⁵⁾ Vanholzer. Arch. f. Augenh. XXV. 1892.

тѣмъ, что въ нихъ преломляющія среды глаза были прозрачны и имѣлось нѣкоторое зрѣніе; дно глаза въ области клѣточной ткани оказывалось нормальнымъ, сосуды сѣтчатки не представляли видимыхъ измѣненій ни въ направленіи, ни въ строеніи. Однимъ словомъ, не было ни ясной картины воспаленія сѣтчатки, ни какихъ нибудь другихъ указаній на бывшее кровоизліаніе.

На это обстоятельство обращено уже вниманіе, и многіе офтальмологи не считаютъ возможнымъ опосить такіе случаи къ *retinitis prolif.* Кроме того, Рапана¹⁾ говоритъ, что подъ именемъ *retinitis prolif.* ошибочно описываются различныя заболѣванія сѣтчатки (*retinitis albuminurica, diabetica* и др.), одно же присутствіе фиброзной ткани внутри глаза безъ видимыхъ измѣненій со стороны сѣтчатки и ея сосудовъ можетъ представлять прирожденное образованіе, какъ высказываетъ проф. Адамюкъ²⁾ и въ пользу этого взгляда приводитъ весьма доказательное наблюденіе.

Въ нашемъ случаѣ клѣточная ткань находилась въ связи съ утолщенными и разросшимися Мюллеровскими волокнами сѣтчатки. Повидимому, столь сильная отслойка сѣтчатки, помимо уменьшенія стекловиднаго тѣла, болѣе всего должна была произойти отъ стягиванія новообразованной ткани.

Такимъ образомъ, клѣточная ткань могла образоваться подъ влияніемъ кровоизліанія внутри глаза изъ перерожденныхъ сосудовъ сѣтчатки, разрастаніе же и утолщеніе Мюллеровскихъ волоконъ, какъ находитъ и Purtscher³⁾, зависитъ несомнѣнно отъ воспалительныхъ измѣненій въ самой сѣтчаткѣ.

Кровеносный сосудъ въ новообразной клѣточной ткани въ этомъ случаѣ происходитъ несомнѣнно изъ сосудовъ основной ткани сѣтчатки, т. е. также, какъ описывается образованіе сосуда въ молодой рубцовой ткани и въ другихъ органахъ.

Въ пигментномъ эпителии сѣтчатки замѣчены были измѣненія, заключающіяся въ утолщеніи этой ткани то въ видѣ ограниченныхъ круглыхъ и овальныхъ образований, то въ видѣ болѣе или менѣе равномернаго диффузнаго разрастанія ея. Тѣ и другія измѣненія сосредоточены преимущественно въ переднемъ отдѣлѣ глаза, въ области *ora serrata* и нѣсколько взади отъ нея. Судя по мѣсту и вѣщному виду, образованія перваго рода напоминаютъ такъ называемыя друзы, которыя не рѣдко наблюдаются въ старческихъ глазахъ.

¹⁾ Рапана. *Maladies des yeux*. Т. I.

²⁾ Адамюкъ. *Болѣзни свѣтоощущающаго аппарата глаза*. ч. I, 1897.

³⁾ Purtscher. *Arch. f. Augenh.* XXXIII *Erganzungsheft*. 1896.

Хотя о происхожденіи подобныхъ утолщеній не всё изслѣдователи придерживаются одинаковаго мнѣнія, однако же большинство (Н. Müller ¹⁾, Wecker ²⁾, Leber ³⁾, R. Kerschbaumer ⁴⁾ и др.) признаютъ эти образования за утолщенія стекловидной оболочки chorioideae, участіе же пигментнаго эпителия заключается, повидимому, лишь въ томъ, что оный, слѣдуя по внутренней поверхности друзъ, только покрываетъ ихъ.

По мнѣнію же нѣкоторыхъ и особенно Веcker'а ⁵⁾ друзы развиваются непосредственно изъ пигментныхъ клѣтокъ или же (по Donders'у ⁶⁾) путемъ коллоиднаго ихъ перерожденія.

Между тѣмъ по Рудневу эти друзы происходятъ изъ эмбрированныхъ тѣлецъ вслѣдствіе регрессивнаго ихъ метаморфоза.

Въ всякомъ случаѣ, какъ бы ни были различны мнѣнія относительно происхожденія друзъ, о ихъ строеніи и формѣ высказывается болѣе или менѣе сходный взглядъ. Онѣ описываются въ видѣ круглыхъ или нѣсколько вытянутыхъ, овальныхъ, глянцевыхъ (Recklinghausen) или коллоидныхъ образований.

Въ содержимомъ друзъ не замѣтно какого-либо клѣточного образованія или какой-нибудь опредѣленной структуры: видимая же слонстость въ нихъ вполнѣ подтверждаетъ высказанный многими взглядъ, что эти образования имѣютъ связь съ сосудистой оболочкой и представляютъ разрастаніе или утолщеніе ея стекловидной пластинки (Glaslamelle).

Появленіе друзъ описывается не какъ результатъ какого-либо патологическаго измѣненія, а какъ физиологическая метаморфоза ткани подъ вліяніемъ старческаго возраста.

Изъ этого можно видѣть, что утолщенія въ изслѣдуемомъ нами глазѣ имѣютъ несомнѣнно большое сходство съ описанными друзами, но преимущественно по своей формѣ и занимаемому ими мѣсту, между тѣмъ какъ по структурѣ они отличаются отъ нихъ довольно существенными особенностями.

Такъ, они состоятъ по большей части изъ пигментныхъ клѣтокъ и глыбокъ, между ними встрѣчаются и безцвѣтныя клѣтки, но количество ихъ ближе къ наружной поверхности, т. е. къ chorioideae, становится сравнительно больше.

¹⁾ Н. Müller. Arch. f. Ophth. I, 2.

²⁾ Wecker. Handbuch d. gesam. Angenh. Bd. IV.

³⁾ Leber. Arch. f. Ophth. XV 3.

⁴⁾ R. Kerschbaumer. Arch. f. Ophth. XXXVIII, I, 1892.

⁵⁾ Becker. Zur Anatomie d. gesun. u. krank. Linse.

⁶⁾ Arch. v. Graefe I. 2.

Все образование имѣетъ рѣзкія границы и отдѣляется отъ стекловидной оболочки *chorioideae* ясно замѣтнымъ промежуткомъ, занятымъ отчасти также блуждающими клѣтками (см. рис. 2. А).

Пигментный эпителий сѣтчатки не покрываетъ эти утолщенія, какъ въ описанныхъ друзахъ, но прослѣживается только до ихъ периферіи; здѣсь прерываетъ свой путь и входитъ прямо въ ихъ составъ, поэтому все образование представляетъ собой утолщеніе или, вѣрнѣе, ограниченную гиперплазію пигментнаго эпителия.

Блуждающія клѣтки проникаютъ сюда несомнѣнно изъ сосудистой оболочки, какъ это можно видѣть и на многихъ препаратахъ, при чемъ легко можно прослѣдить и путь, по которому онѣ, выйдя изъ капилляровъ *chorioideae*, направляются къ ея внутренней поверхности и достигаютъ до описанныхъ пигментныхъ образований. Онѣ залегаютъ въ нѣкоторомъ количествѣ и въ свободномъ промежуткѣ, образовавшемся между *chorioideae* и пигментнымъ эпителиемъ.

Здѣсь достойно особаго упоминанія то, что въ области этихъ образований въ пигментномъ эпителии, сосудистая оболочка представляетъ картину ограниченаго остраго воспаления.

Участія стекловидной оболочки *chorioideae* въ этихъ измѣненіяхъ особенно не замѣтно, но она представляется только по всей длинѣ болѣе или менѣе равномерпо утолщенной, плотно прилегаетъ къ сосудистой оболочкѣ и отъ пигментныхъ образований отдѣляется описаннымъ уже довольно большимъ промежуткомъ.

Утолщеніе стекловидной оболочки выражено настолько рѣзко, что нельзя въ ней различить какого-либо дѣленія на внутреннюю и наружную пластинки. Это измѣненіе наблюдается впрочемъ весьма часто и въ нормальныхъ старческихъ глазахъ (R. Kerschbaumer).

Такого рода ограниченныя гиперплазіи пигментнаго эпителия повидному на остаются безъ измѣненія, но постепенно увеличиваются до довольно значительныхъ размѣровъ, такъ что становятся видными и невооруженнымъ глазомъ. вмѣстѣ съ тѣмъ въ ткани ихъ, помимо пигментныхъ и блуждающихъ клѣтокъ, замѣчаются еще тонкія волокна, идущія по всей длинѣ такого образованія (Fig. 2, А). Къ нимъ весьма близко прилегаютъ вытянутые отростки блуждающихъ клѣтокъ, изъ которыхъ, по всей вѣроятности, и слагаются эти волокна. На разрѣзѣ все образование, благодаря этому, получаетъ слоистый характеръ. Можно видѣть еще образованія, которыя по своему строенію нѣсколько отличаются отъ предъидущихъ и повидному представляютъ картину дальнѣйшаго развитія или, вѣрнѣе, регрессивныхъ измѣненій ихъ. Такъ, по величинѣ они больше, но внутри ихъ нельзя разобрать отдѣльныхъ пигментныхъ и блуждающихъ клѣтокъ, такъ какъ содержимое имѣетъ видъ безформенной кашицеобразной массы съ глыбами и зернами пигмента.

Здѣсь довольно толстый слой пигмента отдѣляетъ ихъ отъ chorioideae. Въ сосѣднемъ съ ними образованіи (крайнее съ лѣвой стороны) содержамаго чрезвычайно мало и оно состоитъ почти исключительно изъ пигментныхъ кучъ и зеренъ, а границы его нѣсколько ступеневаты, благодаря присутствію на его периферіи въ большомъ количествѣ пигментныхъ зеренъ и кровяныхъ тѣлецъ.

Затѣмъ, на томъ же препаратѣ, можно видѣть (рис. 4-й), что пигментныя кучи и зерна струйками и лучеобразно проникаютъ въ ткань сѣтчатки и достигаютъ даже до ея внутренней поверхности. Во многихъ мѣстахъ весь путь отъ измѣненнаго эпителія до внутренней поверхности сѣтчатки, слѣд. черезъ всю ея толщю, на столько рѣзко усѣянъ пигментомъ, что присутствіе послѣдняго въ сѣтчаткѣ находится вѣдъ всякаго сомнѣнія въ связи съ разростаніемъ пигментнаго эпителія.

Измѣненіе сѣтчатки въ этомъ послѣднемъ видѣ съ присутствіемъ въ ней пигментныхъ отложеній весьма напоминаетъ анатомическую картину, наблюдаемую при *retinitis pigmentosa typica*, какъ описывается Posch'емъ ¹⁾, Poncez ²⁾, Евецкимъ ³⁾ и др.

Въ ткани сѣтчатки усматриваются кромѣ того и отдѣльныя кучи и зерна пигмента; относительно ихъ также, какъ и относительно отдѣльныхъ пигментныхъ скопленій, находящихся въ полостяхъ мелкихъ отслоеній въ сосѣдствѣ съ измѣненнымъ пигментнымъ эпителиемъ, не трудно рѣшить, что они попадаютъ сюда изъ разросшагося пигментнаго эпителія, какъ можно судить и по рисунку.

Кромѣ только что рассмотрѣнныхъ разростаній пигментнаго эпителія, и, такъ сказать, передвигающихся или измѣняющихъ свое положеніе пигментныхъ кучекъ и зеренъ, намъ удалось подмѣтить еще и диффузную, мѣстную гиперплазію его. Утолщеніе такое столь значительно, что достаточно ясно замѣтно и невооруженнымъ глазомъ; оно во много разъ превосходитъ толщину нормальнаго эпителія (см. Fig. 5. Kr. Pg.). По строенію своему оно ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ ограниченныхъ круглыхъ образованій пигментнаго эпителія, т. е. состоитъ также изъ кучекъ пигмента, изъ пигментныхъ и безпигментныхъ (блуждающихъ) клѣтокъ, расположенныхъ безъ определенной правильности въ нѣсколько рядовъ. Содержаніе пигмента въ пигментныхъ клѣткахъ неодинаковое: въ общемъ оно уменьшено, а въ нѣкого-

¹⁾ Posch. Monatsblät. f. Augenheilk. 1875.

²⁾ Poncez. Annal. d'Oculistique. 1875.

³⁾ Евецкій. Вѣстникъ Офт. 1890.

рыхъ оно доходить до едва замѣтныхъ слѣдовъ. Такія измѣненія въ пигментныхъ клѣткахъ съ постепеннымъ исчезновеніемъ изъ нихъ красящаго вещества описаны и при *retinitis pigmentosa* (Евецкій ¹⁾; *Mitwalsky* ²⁾ обратилъ вниманіе на роль, которую играетъ пигментный эпителий и его разрастаніе при саркомѣ сосудистой оболочки.

Такимъ образомъ, въ этомъ глазѣ мы находимъ разрастанія пигментнаго эпителия,

1) мѣстное { въ видѣ а) круглыхъ образований
 п б) диффузное

затѣмъ 2) разсыпанное, (диспергирующее), обуславливающее пигментацию почти всѣхъ слоевъ сѣтчатки, какъ и при *retinitis pigmentosa*.

Ограниченныя гиперплазіи въ видѣ круглыхъ образований встрѣчались множественными и различной величины; вблизи ихъ подмѣчены и диффузныя на небольшомъ протяженіи.

Изъ изслѣдованій препаратовъ меридіональныхъ и экваторіальныхъ сѣрвокъ черезъ весь глазъ мы убѣдились, что эти измѣненія находятся только въ одной половинѣ сѣрва и на ограниченномъ протяженіи въ области *ога serrata*. Сопоставляя всѣ эти данныя, мы можемъ заключить, что, если описанныя измѣненія (круглыя образования) въ пигментномъ эпителии имѣютъ нѣкоторое сходство съ извѣстными друзами, то развѣ съ такими, которыя развиваются изъ пигментныхъ клѣтокъ, согласно взглядамъ *Donders'a* и *Becker'a*. Но они существенно отличаются отъ нихъ тѣмъ, что не представляютъ собой глянцевыхъ или коллоидныхъ образований ни по виду, ни по реакціямъ и не показываютъ наклонности къ слиянію между собой, какъ наблюдали въ друзахъ *R. Kerschbaumer*; но каждое изъ этихъ образований можетъ быть распознано даже тогда, когда оно подвергается регрессивнымъ измѣненіямъ.

Затѣмъ, намъ кажется, что нельзя считать ихъ за физиологическое измѣненіе ткани еще и потому, что они наблюдались только на одной половинѣ глаза, гдѣ наблюдались и другія формы измѣненія пигментнаго эпителия—разлитая (диффузная) и разсыпанная (диспергирующая). Въ соответственномъ же мѣстѣ другой половины такихъ образований не видно. Ограниченное свѣжее воспаленіе *chorioideae* въ этой области и присутствіе большого количества блуждающихъ клѣтокъ вблизи этихъ образований должны указывать на взаимную ихъ связь.

¹⁾ Вѣстникъ Офтальмологіи. 1890.

²⁾ *Archiv. f. Augenh.* XXVIII, p. 321 etc.

Диффузное разрастаніе пигментнаго эпителія, столь хорошо видимое и невооруженнымъ глазомъ, можно было бы признать на первый взглядъ за новообразование *chorioidesae*. Но дѣло въ томъ, что сосудистая оболочка не принимала участія въ этомъ разрастаніи и ясно отдѣлялась отъ него.

Такимъ образомъ здѣсь вѣдъ всякаго сомнѣнія имѣются измѣненія именно пигментнаго эпителія сѣтчатки.

Но теперь интересно выяснить—представляютъ-ли эти разнообразныя измѣненія пигментнаго эпителія на довольно ограниченномъ протяженіи различный патологическій процессъ или только намъ приходится наблюдать одно и тоже измѣненіе пигментнаго эпителія только въ различныхъ степеняхъ развитія.

Что разсѣянное или такъ назыв. диспергирующее въ сѣтчаткѣ разрастаніе пигментнаго эпителія происходитъ несомнѣнно изъ мѣстной—диффузной гиперплазіи, мы можемъ убѣдиться и по имѣющимся препаратамъ. Весьма возможно, что по мѣрѣ вѣдренія пигмента въ сѣтчатку, диффузное разрастаніе будетъ постепенно убывать и сѣтчатка окажется сильнѣ пигментированной.

Между тѣмъ какъ ограниченныя круглыя разрастанія пигментнаго эпителія сохраняютъ свою форму, какъ мы уже разсмотрѣли, даже при различныхъ стадіяхъ своего развитія, быть можетъ, при дальнѣйшихъ регрессивныхъ измѣненіяхъ форма ихъ распадется, и пигментъ будетъ уноситься, такъ что измѣненія въ сѣтчаткѣ и пигментномъ эпителіи будутъ приближаться болѣе къ анатомической картинѣ *retinitis pigmentosa*.

Но въ настоящее время во всякомъ случаѣ ограниченная и различная (диффузная) гиперплазія представляютъ двѣ различныя формы измѣненія пигментнаго эпителія; диспергирующая же (разсѣянная) происходитъ изъ диффузной (разлитой) и представляетъ позднѣйшія ея измѣненія.

Разсмотрѣнными нами измѣненія пигментнаго эпителія сѣтчатки наблюдались, какъ видно и изъ описанія, также и впереди отъ *orga serrata*, слѣд., въ области цилиарнаго тѣла. Но утолщенія эти были здѣсь меньшихъ размѣровъ и находились непосредственно подъ цилиндрическимъ эпителіемъ сѣтчатки. Отслоенный, такимъ образомъ, на нѣкоторомъ протяженіи цилиндрической эпителій ограничивался снаружи, по направленію къ пигменту, рѣзкой линіей.

Происхожденіе этихъ пигментныхъ гиперплазій подѣ влияніемъ воспалительныхъ измѣненій въ сосудахъ выражалось въ томъ, что и тутъ блуждающія клѣтки наблюдались въ достаточномъ количествѣ какъ въ пигментномъ смолѣ, такъ и между клѣтками цилиндрическаго эпителія на его внутренней поверхности и въ оставшейся части стекловиднаго тѣла.

Затѣмъ цилиндрическія клѣтки подвергались также измѣненіямъ, заключающимся въ томъ, что онѣ увеличивались нѣсколько въ размѣрахъ и вытягивались въ длину по направленію внутри. Между ними проникали пигментныя зерна въ видѣ тонкихъ струсокъ и даже блуждающія клѣтки. По мѣрѣ увеличенія количества блуждающихъ клѣтокъ становился больше и промежутокъ между цилиндрическими клѣтками. Наконецъ, послѣднія, по видимому, перерождались и распадались, судя по тому по крайней мѣрѣ, что контуры ихъ становились менѣе ясными, клѣтки казались уменьшенными, неправильной формы, между ними, помимо пигментныхъ зеренъ и блуждающихъ клѣтокъ, видны были небольшіе безструктурные комья и глыбы.

Все эти измѣненія находятся въ зависимости, несомнѣнно, отъ *irido-cyklitis* — первичной болѣзни, которой заболѣлъ глазъ. Продукты *irido-cyklitis* еще и теперь усматриваются въ *corpus vitreum*, на *zonula Zinnii* и на Десцеметовой оболочкѣ.

Измѣненія остальныхъ оболочекъ не представляютъ особеннаго интереса; поэтому на разсмотрѣніи ихъ не будемъ останавливаться. Замѣтимъ только, что въ *chorioides* имѣются склерогическія измѣненія, которыя наблюдаются обыкновенно въ глазахъ, пораженныхъ глаукомой, а также и въ нормальныхъ глазахъ, какъ описываются, при старческомъ возрастѣ; затѣмъ — свѣжее ограниченное воспаленіе сосудовъ *chorioides* въ области гиперимазіи пигментнаго эпителия, но это разсмотрѣно уже выше.

Случай второй.

Больной 65 лѣтъ, мастеръ на машино-строительномъ заводѣ, обратился за помощью 8 апрѣля 1894 года по поводу постепенно увеличивающагося въ продолженіи 3 лѣтъ пониженія зрѣнія въ лѣвомъ глазѣ. Изслѣдованіе обнаружидо въ немъ присутствіе не созрѣвшей катаракты. Дна этого глаза не видно. Въ другомъ глазѣ зрѣніе нормальное. Оперативная помощь была отложена.

Черезъ два года, т. е. 27 апрѣля 1896 г. больной снова явился, но уже съ жалобой на сильныя боли въ этомъ же лѣвомъ глазѣ. Соединительная оболочка была сильно гицеремирована, роговица по периферіи представлялась не ровной; имѣлась периферическая инъекція, ясно замѣтны были расширенныя цилиарныя сосуды (вены). Внутриглазное давленіе сильно повышено, имѣется свѣжее пластическое воспаленіе радужной оболочки съ задними синехіями. Дна глаза не видно. Диагнозъ: *glaucoma secundarium* съ нѣкоторымъ подозрѣніемъ на присутствіе въ этомъ глазѣ новообразованія (*sarcoma*).

Произведена *iridectomy*, разрьзъ роговицы сдѣланъ въ *limbus*. Операция и послѣоперационный періодъ прошли гладко. Черезъ нѣсколько недѣль на мѣстѣ разрьза выступалъ черный бугорокъ, по которому можно было думать, что или растягивается рубецъ склеры, или предполагаемая саркома растетъ снаружи. Давленіе въ глазѣ понизилось, боли уменьшились.

Въ концѣ мая снова явился больной съ сильными болями въ этомъ же глазѣ. Сдѣлана энуклеація. Обработка вынутаго глаза такая же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, т. е. фиксація въ Мюллеровской жидкости, уплотненіе въ алкогольъ и заключеніе въ целлюлозныя.

На срѣзахъ (см. рис. № 9) можно было невооруженнымъ глазомъ замѣтить полную отслойку сетчатки, направляющейся въ видѣ воронки отъ *papilla n. optici* къ задней поверхности линзы.

Промежутокъ между сетчаткой и *chorioides* занятъ рыхлой массой, окрасившейся эозиномъ въ розоватый цвѣтъ.

Передняя камера узка. У мѣста прилеганія, въ тканн роговицы усматривается каналъ, сообщающійся съ передней камерой. Стѣнки канала пигментированы (см. рис. 8-й а).

Линза лежитъ близко къ роговицѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ роговицѣ подъ Боумановской оболочкой замѣтны мѣстами скопленія круглыхъ клѣтокъ, особенно въ периферіи роговицы, гдѣ наблюдаются кромѣ того расширенныя и извивающіеся капилляры. Болѣе сильная инфильтрація круглыми клѣтками и многочисленныя капилляры видны въ роговицѣ, вблизи рубца (на мѣстѣ разрьза). Выпяченный снаружи рубецъ образуетъ родъ канала съ пигментированными стѣнками, сообщающагося съ камерой глаза. Въ полости этого канала и въ передней, а также задней камерѣ содержится мелкозернистая масса.

Радужная оболочка срощена съ капсулой линзы и въ периферической части плотно прилегаетъ къ роговицѣ; она утончена, по очертанія ея нѣсколько ступенчаты, пигментъ разрьженъ; тканн ея и стѣнки ея сосудовъ инфильтрованы также круглыми клѣтками. Мышечный слой сфинктера выраженъ довольно рѣзко.

На капсулѣ линзы съ одной стороны (оперированной) лежитъ довольно толстый слой пигмента. Линза катарактально измѣнена.

Въ Шлеммовомъ каналѣ содержимаго очень мало, но стѣнки сосудовъ и окружающія части инфильтрованы круглыми клѣтками.

Въ цилиарномъ тѣлѣ пигмента мало, петли цилиарной мышцы выражены не ясно, въ промежуткахъ много круглыхъ клѣтокъ;

цилиарныя отростки коротки, пигментъ part. cil. распределенъ неравномерно, а пигментныя клетки мѣстами содержатъ очень мало пигмента. Вся ткань цилиарнаго тѣла выступать не отчетливо, сосудовъ видно мало.

На волокнахъ zonulae, а также въ задней и отчасти въ передней камерѣ находятся въ большомъ количествѣ пигментныя зерна, кучи и клетки.

Въ сосудистой оболочкѣ воспалительныя измѣненія сосредоточивались болѣе въ среднемъ слоѣ и въ слоѣ крупныхъ сосудовъ. Въ стѣнкахъ ихъ и въ промежуткахъ между ними (сосудами) въ ткани chorioideae, кромѣ большого количества блуждающихъ клетокъ, встрѣчались также и красныя кровяныя тѣльца. На нѣкоторыхъ препаратахъ капилляры и сосуды средняго слоя, а именно вены были сильно расширены и на поперечныхъ разрѣзахъ имѣли не плоскосуальную, но болѣе круглую форму; между тѣмъ какъ крупныя сосуды представляли явленія воспаления (postarteriitis), хорошо видныя какъ на продольныхъ, такъ и на поперечныхъ разрѣзахъ. При этомъ можно было замѣтить различныя фазы развитія воспаления—какъ свѣжія инфильтраціи въ среднемъ слоѣ, такъ и организацию клеточной ткани и, наконецъ, фиброзную дегенерацию стѣнокъ сосудовъ.

Болѣе сильныя воспалительныя явленія замѣтны въ сосудахъ, находящихся ближе къ экватору. Здѣсь и ткань chorioideae въ соосѣдствѣ съ венами кажется болѣе отечной и инфильтрированной круглыми клетками.

Пластинки l. suprachorioideae раздвинуты, промежутки между ними заняты сплошь безструктурной массой. Это было сильно выражено также и въ области corporis ciliaris, тогда какъ въ задней части глаза, позади экватора, l. suprachorioideae представляется утолщенной и какъ бы сильнѣе пигментированной. Въ заднемъ отдѣлѣ глаза, вблизи входа n. optici, усматривались несобольшія утолщенія, связанныя съ стекловидной оболочкой chorioideae. Они были круглой формы, окружены пигментомъ и состояли изъ безструктурной массы.

Въ склерѣ, особенно въ передней ея части, сосуды сильно расширены, въ нѣкоторыхъ же имѣются воспалительныя явленія, особенно въ венахъ, при чемъ ткань склеры, окружающая сосуды, также воспалена и сильно инфильтрирована блуждающими клетками. Поверхность склеры въ этихъ мѣстахъ кажется бугристой. Въ задней части глаза эти измѣненія выражены значительно слабѣе, въ средней же части и въ области venae vorticosae указанныя явленія выражены много рѣже.

Въ общемъ склера представляется толще и какъ бы сочнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Пигментный эпителий сѣтчатки на очень многихъ препаратахъ ясно отдѣляется отъ п. *elast. chorioideae* слоемъ эксудата, что особенно хорошо видно вблизи *papilla n. opt.* Во многихъ пигментныхъ клѣткахъ пигмента содержалось очень мало и то по большей части по периферіи ядра въ видѣ узкаго кольца, въ остальныхъ же пигментъ былъ распределенъ неравномерно. Сами клѣтки казались нѣсколько увеличенными, контуры ихъ и при отчетливой двойной окраскѣ были не ясны. Въ клѣткахъ пигментныя зерна встрѣчались отдѣльно и въ кучахъ въ достаточномъ количествѣ.

Весь пигментный эпителий представлялся довольно толстымъ и состоялъ какъ бы изъ двухъ слоевъ: внутренняго—изъ пигментныхъ клѣтокъ и зеренъ, разбѣянныхъ между ними, и наружнаго—изъ безструктурной массы, окрашенной эозиномъ въ слабо розоватый цвѣтъ. Въ передней части у *ora serrata* въ пигментномъ эпителии можно было видѣть цѣлый рядъ утолщеній, состоящихъ какъ бы изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ эксудатомъ и по периферіи окруженныхъ рядомъ пигментныхъ зеренъ и клѣтокъ. Полости эти отдѣлялись другъ отъ друга довольно толстымъ слоемъ пигмента; нѣкоторыя же изъ нихъ имѣли неправильно вытянутую форму, повидимому, вслѣдствіе соединенія нѣсколькихъ полостей въ одну,

Цилиндрической эпителий *partis ciliaris retinae* не представлялъ особенностей, кромѣ того, что онъ былъ отдѣленъ отъ пигментнаго слоя вмѣстѣ съ сѣтчаткой на достаточномъ протяженіи и былъ сложенъ въ папиллообразныя складки. Отдѣльныя клѣтки были не столько вытянуты въ длину, сколько увеличены въ ширину и казались поэтому какъ бы растянутыми, отечными. Волокна Цинновой связки не представляли видимыхъ измѣненій, но только они не имѣли того блеска, какъ въ нормальномъ состояніи, и казались толще.

Сѣтчатка, какъ упомянуто, отслоена на всемъ пути. Промежутки между нею и сосудистой оболочкой заняты безструктурной массой розоваго цвѣта (отъ *eosin'a*); въ ней встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ пигментныя кучи и красныя кровяныя тѣльца. Послѣднія по преимуществу расположены ближе у поверхности эксудата, обращенной къ *chorioidea*, и въ небольшомъ количествѣ на наружной поверхности сѣтчатки.

Сѣтчатка въ различныхъ частяхъ представляется не одинаковой толщины. Нервноэпителиальный слой не видно; здерные слои дифференцируются не рѣзко, ганглиозныя клѣтки также исчезли, только мѣстами въ крайне скудномъ количествѣ усматриваются образованія весьма похожія на нихъ по своей величинѣ и формѣ.

Въ этомъ слоѣ часто встрѣчаются очень небольшія полости съ слабо окрашеннымъ безструктурнымъ содержимымъ, а также небольшія образования въ видѣ матовыхъ кружечковъ различной величины съ рѣзкими границами. *M. limitans interna* кажется неравномерно утолщенной съ нерѣзко выраженной волокнистостью. Слоѣ нервныхъ волоконъ нѣсколько утолщенъ. Въ переднемъ отдѣлѣ сѣтчатки видны кистовидныя полости различной величины. Въ экваторіальной части сѣтчатки мы также встрѣтили одну полость, но она отличалась отъ предыдущихъ сравнительно большими размѣрами, и въ ней, кромѣ безцвѣтной массы и небольшихъ глубокъ, выступали пучки и отдѣльныя тонкія волокна.

Капилляры сѣтчатки сильно расширены, полны крови и мѣстами замѣтны какъ бы варикозныя расширенія. Вены также расширены и содержатъ много крови. Артеріи особенныхъ измѣненій не представляютъ.

На нѣсколькихъ препаратахъ (см. рис. 9-й) въ слоѣ нервныхъ волоконъ сѣтчатки (вблизи сосуда) удалось подмѣтить въ различныхъ мѣстахъ кучи пигмента различной величины и формы.

Стекловидное тѣло сильно уменьшено въ размѣрахъ и находится только въ передней части глаза позади линзы.

Въ зрительномъ нервѣ *lamina cribrosa* углублена, *arteria centralis* пуста, вена же съ ея вѣтвями и капилляры сильно расширены и содержатъ много крови. На одномъ изъ этихъ препаратовъ хорошо видно сообщеніе сосудовъ *chorioidae* съ сосудами зрительнаго нерва и его оболочки. Самый нервъ представляетъ явленія хроническаго воспаленія съ развитіемъ фиброзной ткани.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Матерьялы къ изученію тарбаганьей болѣзни.

Прив.-доцента А. И. Подбѣльскаго.

За послѣдніе годы и въ русскихъ, и въ иностранныхъ медицинскихъ журналахъ, и въ общей прессѣ было обращено вниманіе на тарбагановъ. Причиной, вызвавшей интересъ къ этимъ животнымъ, было появленіе въ 1895 г., на страницахъ „Вѣстника Общественной гигіены“, небольшихъ статей докторовъ Рѣшетникова и Бѣлявскаго. Названные авторы сообщили о нѣсколькихъ случаяхъ зараженія людей отъ больныхъ тарбагановъ въ Акиминскомъ округѣ Забайкальской области. Болѣзнь носила характеръ бубонной чумы.

Познакомимся сначала съ тарбаганомъ, его географическимъ распространеніемъ, образомъ жизни, значеніемъ въ экоміи породческихъ племень, а также въ промышленности и торговлѣ.

Алтайскіе калмыки, буряты и монголы называютъ тарбаганомъ сурка. Видъ этотъ встрѣчается во множествѣ на Алтаѣ, въ округахъ Баргузинскомъ (по рр. Олѣжѣ и Витиму), Верхнеудинскомъ, Селегинскомъ, Троицкосавскомъ и Акиминскомъ Забайкалья и во многихъ мѣстностяхъ Монголіи. Скорѣе всего онъ представляетъ собой разновидность обыкновеннаго южно-русскаго сурка (*arctomys bobae*), названную академикомъ Брандтомъ *ar. bobae vivacia sibirica*. Точнаго описанія и характеристики этого вида не имѣется.

Тарбаганы водятся въ возвышенныхъ сухихъ безлѣсныхъ степяхъ и по склонамъ горъ, гдѣ вырываютъ себѣ норы въ 5—6 саж. длиною. Ходы норъ, на глубинѣ 2—2½, аршинъ отъ поверхности земли по вертикалу, имѣютъ яйцевидной формы расширеніе, служащее гнѣздомъ или логовищемъ для животнаго. У расширеннаго въ видѣ воронки выхода изъ норы видѣются обыкновенно болѣе или менѣе примѣтныя возвышенія выметавной земли, носяція въ Забайкальѣ названіе бутана. Тарбаганы питаются свѣжей травой, довольствуясь заключающейся въ ней влагой; воды не пьютъ. Съ по-

ловны сентябрю они закапываются въ норы на зимнюю спячку, длѣющую полгода. Температура тарбагана, по изслѣдованію Ра дде, зимой равна только 2, 75° R, а температура тарбагана на Черкасову 7, 5°—Р. Въ апрѣлѣ мѣсяцѣ тарбаганы спариваются. Въ маѣ (иногда въ июнѣ) самка приноситъ 1—2, рѣдко болѣе дѣтенышей. Тарбаганы пробуждаются отъ зимней спячки худѣе, чѣмъ были осенью. По выходѣ изъ норъ похудѣніе увеличивается сперва отъ недостатка корма, а потомъ съ появленіемъ молодой травы отъ слабительнаго дѣйствія послѣдней. Съ конца іюня до сентября тарбаганы жирѣютъ; количество жира, у большинства особей достигаетъ за этотъ періодъ 4—5 фунтовъ.

Врагами тарбагановъ въ природѣ являются волки, хорьки, лисы, монгольскія собаки и тарбазины или степные орлы. Тарбазинъ, притаившись иногда гдѣ нибудь за холмикомъ, поджидаетъ цѣлыми часами появленія изъ норы тарбагана; какъ только грызунъ отдалился отъ норы, тарбазинъ хватаетъ его съ тылу за шею и, медленно взлетѣвъ кверху на 15—20 сажень, выпускаетъ добычу; она убивается при паденіи на землю и тогда хищникъ можетъ безнаказанно терзать её. Главнымъ врагомъ тарбагановъ надо признать человека. Онъ истребляетъ этихъ грызуновъ, что-бы воспользоваться ихъ мясомъ, жиромъ и шкурой.

Тунгузы, буряты и монголы любятъ лакомиться тарбаганьимъ мясомъ, которое по вкусу напоминаетъ поросенка, а по запаху гуся. Говорятъ, что очень неприятно пахнетъ жиръ. Мясъ лично приходилось опредѣлять только запахъ жира свѣжсастрѣленного тарбагана, походившій на запахъ топленнаго молока. Названные инородцы употребляютъ въ пищу пареннаго тарбагана. Паренье производится слѣдующимъ образомъ: животное послѣ снятія шкуры потрошатъ, набиваютъ ему полости раскаленными камнями, потомъ кладутъ тушку въ вырытую ямку, обсыпаютъ горячей золой и загребаютъ землей. Поверхъ земли разводятъ костеръ. Черезъ какихъ нибудь полчаса тарбаганъ готовъ т. е. запаренъ.

Тарбаганій жиръ не мерзнетъ, отличается значительной проницаемостью, представляетъ прекрасное средство для смазки машинъ, кожъ, сбруи и ремней, употребляется также для освѣщенія и изрѣдка для варки мыла. Въ Забайкальѣ пудъ жира стоитъ отъ 3 до 5 рублей, а въ пунктахъ, наиболѣе удаленныхъ отъ мѣстъ, извоблюющихъ тарбаганами, цѣна возрастаетъ даже до 8 рублей. „Въ народной медицинѣ тарбаганій жиръ примѣняется отъ коликъ, кашля, грудныхъ болѣзней вообще и ревматизма (Черкасовъ)“.

Шкуры тарбагановъ идутъ на дохи, легкія шубы, охотничьи куртки, шапки, рукавицы и замшу. Цѣна на шкурки въ Забайкальѣ и Монголіи колеблется отъ 3 до 10 коп. за штуку, на Ирбитской ярмаркѣ отъ 15 до 20, на Нижегородской ярмаркѣ отъ 13.

до 18, а на крупныя отъ 35 до 40 коп. Изъ сѣверной Монголіи шкурки вывозились въ Сибирь чрезъ Кяхту, а изъ Кобдо-Улясутайскаго края чрезъ Кань-агачь въ Ирбитъ; по свидѣтельству Потанина число шкурокъ, вывозимыхъ изъ Кобдо-Улясутайскаго края, достигало полмилліона въ годъ. Въ прошломъ году послѣ запрещенія ввоза въ Россію тарбаганьихъ шкурки изъ Монголіи шли чрезъ Пекинъ на Тянь-цзинь, а оттуда за границу. Въ прежніе годы шкурки эти покупались въ Ирбитѣ изъ Казанскихъ купцовъ Субаевымъ и Апанаевымъ (Потанинъ).

Монголы и буряты добываютъ тарбагановъ различными способами. Съ конца іюня до ухода на зимнюю спячку охотятся на нихъ съ кремневымъ ружьемъ, выливаютъ изъ норъ водою или заставляютъ звѣрка покидать свое логовище, разводя у выхода изъ норы костеръ и вдувая въ послѣднюю дымъ посредствомъ мѣха. Поздней осенью и зимою они раскапываютъ норы, добывая такимъ образомъ изъ каждой норы по 8—10 и болѣе тарбагановъ.

Для туземцевъ Забайкалья, по словамъ Черкасова, тарбаганы являются предсказателями погоды: „если они принимаются грызть много травы, значитъ погода установилась, будетъ вѣдро; когда начинаютъ сильно и дружно посвистывать или таввать,—будетъ скоро непастье, дождь; если осенью плотно закрываютъ свои норы,—будетъ суровая зима“.

Среди бурятъ и тунгузовъ сложились различныя легенды объ этомъ звѣркѣ. Приведу вкратцѣ одну изъ легендъ табангутскаго рода бурятъ, записанную Смолѣвымъ въ Усть-Кяхтѣ. Въ глубокой древности жилъ человекъ, по имени Хара-Эрхэ-Мыргэнь, слышій за отличнаго стрѣлка и „батыря“, т. е. богатыря. У него была только одна стрѣла, которой онъ могъ поражать намѣченную жертву даже за нѣсколько земель. Совершивъ свое дѣло, стрѣла возвращалась обратно къ батырю. Онъ истреблялъ злыхъ духовъ и колдуновъ, ирчинаявнихъ людямъ болѣзни и смерти.

Когда богъ Бакши сотворилъ два малыхъ и одно большое солнце, то увидаль, что отъ нихъ на землѣ можетъ все посохнуть. Призвавши Мыргэна, Бакши спросилъ его: и правда-ли, что ты своей стрѣлой можешь уничтожить все, что я сотворилъ? Охотникъ гордо отвѣчалъ: „все даже и эти три солнца. Если я не истреблю ихъ, продолжалъ онъ хвастаться, то отрублю у себя по большому пальцу на рукахъ, а ты, Бакши, обрати меня въ небывалаго еще звѣря, который бы полгода жилъ подъ землею и столько же на землѣ, не пилъ воды и росы и даже не выходилъ изъ норы послѣ дождя и не питался сухой (осенней) травой“.

Когда Мыргэнь готовился пустить изъ лука стрѣлу, богъ скрылъ отъ его взора большое солнце; такимъ образомъ стрѣлокъ уничтожилъ только два малыхъ солнца. Когда же начало снова

свѣтить большое солнце, то Мыргэяъ, вѣрный данному обѣщанію, отрубилъ себѣ большіе пальцы и, превращаясь силою Бакши въ тарбагана, воскликнулъ: пусть теперь люди мучаются, отыскивая меня, какъ лакомство, а если кто убьетъ меня стрѣлою, то я снова превращусь въ человѣка и буду вредить людямъ, причиняя болѣзни и смерть.

Съ той поры у бурятъ и монголовъ запрещено охотиться на тарбагана съ лукомъ, а также ѣсть остатки человѣческаго мяса у тарбагана, находящіяся въ мышечной области. Въ этомъ мѣстѣ подь краснѣ большой грудной мышцы находится рудиментарный остатокъ грудной желѣзы желтовато-бураго цвѣта, мягкой консистенціи, принимаемый инородцами за удѣлѣнное человѣческое мясо въ тѣлѣ тарбагана.

Обратимся теперь къ патологіи интересующаго насъ вида грызуна. Въ ветеринарной литературѣ по этому вопросу ничего не находится. Повидимому, первыя извѣстія о болѣзни тарбагановъ встрѣчаются въ беллитристикѣ, именно въ „Запискахъ охотника восточной Сибири“ А. Черкасова, матерьялъ для которыхъ обработанъ авторомъ между 1856 и 1863 годами. „Бываютъ года, говоритъ Черкасовъ, что и туземцы перестаютъ ѣсть тарбагановъ, потому что среди нихъ появляется повальная болѣзнь; они гибнутъ, какъ мухи, и многіе неосторожные туземцы, досыта покушавъ жареннаго тарбагана, перѣдко и сами платятся жизнью“. Въ медицинской литературѣ имѣются скудные свѣдѣнія о чумѣ тарбагановъ, почерпнутыя изъ устъ бурятъ и ашшинскихъ старожилловъ Забайкалья и опубликованныя докторами Бѣлявскимъ и Рѣшетниковымъ.

„Чумные тарбаганы, пишетъ Бѣлявскій, и не лаютъ, становятся вялыми, побѣжка ихъ шаткая, подь плечомъ у нихъ замѣчается иногда красноватая напряженная опухаль. Посмертный признакъ, по которому буряты узнаютъ, былъ-ли убитый тарбаганъ больной, состоитъ въ томъ, что при разрѣзѣ на подошвѣ лапокъ замѣчается запекшаяся кровь“.

Докторъ Рѣшетниковъ къ этому добавляетъ; „изстари замѣчено, что во время продолжительнаго бездождія, въ сухое лѣто и осень, когда трава въ степи желтѣетъ, выгораетъ, а земля становится сухой, кругомъ нельзя достать капли воды, между тарбаганами возникаетъ болѣзнь, повидимому, самопроизвольно, эпизоотически, такъ какъ ограничивается районами засухи. Болѣзнь тарбагановъ не имѣетъ никакого отношенія къ нервѣкамъ здѣсь (т. е. въ Ашшинскомъ округѣ) эпизоотіямъ чумы, сибирской язвы, ящура и проч. болѣзнямъ степного скота“.

Бездождіе и безкормица среди сурковъ европейской Россіи, повидимому, не обуславливаютъ эпизоотіи. Вотъ, что по этому по-

воду находимъ у Силантьева (Силантьевъ, Траншель и др. Пады Сиб. 1894 г.) „Лѣто 1891 г. (въ Саратовской губерніи), съ своей засухой и неурожаемъ степныхъ травъ, пагубно отразилось также и на суркахъ; проживъ впроголодь до осени и не успѣвъ нагулять должнаго количества жира, они залегли (больные же по Рѣшетникову не зарываются въ норы); зимняя спячка въ этотъ разъ для многихъ кончилась вѣчнымъ сномъ, такъ какъ запасовъ жира было недостаточно, чтобы протянуть до весны. Оставшіеся въ живыхъ, выкопавшіеся изъ норы весною, были до того истощены, что еле двигались. Много ихъ погибло весною 1892 года отъ разныхъ хищныхъ птицъ и собакъ“.

Никто изъ врачей медиковъ и ветеринаровъ не наблюдаетъ больныхъ тарбагановъ и не производилъ бактериологическаго изслѣдованія надъ ними. Акинскій военный врачъ Кокосовъ лично собиравъ мнѣ, что однажды поздней осенью при возвращеніи изъ Сантуевского поселка въ г. Акшу видѣлъ чумныхъ тарбагановъ. Они передвигались ползкомъ, глаза ихъ были мутны; сознаніе очевидно, потеряно, такъ какъ тарбаганы, переплывая черезъ дорогу, попадали иногда подъ колеса телѣгъ. Наблюденіе этимъ и ограничилось.

Бѣлявскій сообщаетъ свѣдѣнія о 38 случаяхъ зараженія людей съ смертельнымъ исходомъ отъ чумныхъ тарбагановъ. Свѣдѣнія эти основаны частью на данныхъ разспроса мѣстныхъ жителей, частью на наблюденіяхъ фельдшера: самъ же Бѣлявскій не видалъ ни одного больного. Въ 1888 г., пишетъ онъ, въ юртѣ улуса Ульза въ 40 в. отъ поселка Куласутая найдено 6 труповъ бурятъ; причиною смерти была инфекция отъ чумныхъ степныхъ сурковъ. Врачъ Апманъ и фельдшеръ Юдинъ, вскрывавшіе трупы этихъ бурятъ, заразились отъ нихъ и вскорѣ оба умерли. Въ 1889 году въ Соктуевскомъ поселкѣ въ семействѣ одного казака, гдѣ снимали шкурки съ тарбагановъ и добывали жиръ, изъ 16 человекъ заболѣло и умерло 4; отсюда болѣзнь была занесена въ другую семью, въ которой изъ 7 человекъ умерло 5, да еще приходившій бурятъ. Въ 1891 г. въ томъ же Соктуѣ умеръ 16-лѣтній мальчикъ, заболѣвшій послѣ сдиранія шкурки и срѣзыванія жира съ дохлаго тарбагана. Въ 1891 году въ г. Акшѣ въ семьѣ одного казака заболѣло и умерло 6 чел. и еще двое изъ другой семьи; казакъ ѣздилъ въ Монголію, гдѣ тамъ тарбагановъ и заболѣлъ по возвращеніи домой. Осенью 1894 г. въ Соктуевскомъ поселкѣ также въ казачьей семьѣ изъ 9 чел. умерло 7; первымъ заболѣлъ глава семьи, привезшій съ собой тарбагановъ, задаленныхъ собакой. „Главные симптомы болѣзани, по Бѣлявскому, были, слѣдующіе: значительное и быстрое повышеніе t° , головная боль, сонливость, онуханіе подмышковыхъ и паховыхъ железъ, рвота и поносъ, чаще запоръ.

По личнымъ же наблюдениямъ А. П. Рѣшетникова (а также и д-ра Уткина) „болѣзнь начиналась прогрессирующимъ повыше-
 ниемъ температуры, головокруженіемъ, сильной головной болью, краснотой лица, лихорадочнымъ тоскливымъ взглядомъ, безпокой-
 ствомъ и тоскою. Параллельно повышенной т-ры пульсъ становился
 лихорадочнымъ, постепенно учащался и слабѣлъ. Нѣкоторые боль-
 ные жаловались на стѣсненіе и болотье въ груди, съ рѣдкимъ
 сухимъ кашлемъ, съ скуднымъ отдѣленіемъ мокроты, иногда кро-
 вянистой. Выпадали тошнота, иногда рвота и подъ конецъ болѣзни,
 на 2-ой или 3-й день, болшею частью нѣсколько жидкихъ
 испраженій. Все время замѣчалась разбитость, сильный упадокъ
 силъ. Часто наблюдалась красная опухоль подмышечныхъ железъ“.
 Также точно описывалъ симптомы болѣзни мнѣ устно д-ръ Коко-
 совъ, наблюдавшій нѣсколько такого рода болѣзней, добавляя,
 что и на него и на врача Уткина картина болѣзни производила
 впечатлѣніе бубонной чумы.

Поздней осенью 1899 г. Троицкосавскій Окружный врачъ
 Ю. Д. Талко-Гринцевичъ по распоряженію Читинскаго военнаго
 губернатора былъ командированъ въ г. Ургу сѣв. Монголіи для
 выясненія проявившейся тамъ эпидеміи. Самой эпидеміи г. Грин-
 цевичъ уже не засталъ, по распроснымъ свѣдѣніямъ обнаружилъ,
 что въ сентябрѣ и августѣ свирѣпствовала одна и таже болѣзнь
 „весьма заразительная и безусловно смертельная въ двухъ мѣст-
 ностяхъ Монголіи къ с. з. отъ г. Урги въ трехъ хошунахъ: Ми-
 хань-Гуна, Мишигъ-Гуна и Түшетү-хановскаго аймана, и къ с. в.
 отъ Урги вблизи границы Манжуріи (Баргүтовъ) въ улусѣ Бар-
 рунъ-Субурганъ, хошуна Самъ-Бейсы аймана Цецевъ-хановскаго,
 по р. Керелуну, недалеко отъ г. Мишчупа (Керелунъ-Орта); въ
 первой мѣстности умерло болѣе 200 человекъ, а во второй до 80
 человекъ. „Признаки болѣзни „по общей молвѣ“ выражались въ
 очень высокой температурѣ, головной боли, бредѣ, кровохаркаціи,
 а иногда въ легочномъ и носовомъ кровотеченіи, и больные умирали
 послѣ 2-3 дней, а иногда въ нѣсколько часовъ“. Въ первой
 мѣстности заболѣли 9 китайскихъ купцовъ, 6 изъ нихъ тамъ и
 умерли, а изъ троихъ, уѣхавшихъ въ Ургу, двое умерло скорѣ
 послѣ пріѣзда и одинъ выздоровѣлъ. Последними смертными слу-
 чаями было встревожено русское населеніе г. Урги (150 чел.),
 которое и исключило командированіе врача отъ Читинскаго воен-
 наго губернатора. На основаніи исторіи развитія болѣзни и ея
 признаковъ д-ръ Гринцевичъ составилъ мнѣніе, что въ поимено-
 ванныхъ пунктахъ Монголіи была азіатская легочная чума, при
 томъ мѣстнаго происхожденія, вѣроятно, имѣвшая причинную
 связь съ употребленіемъ мяса болыныхъ тарбагановъ.

Д-ру Грыпцевичу относительно эпидеміи тарбаганьей болѣзни въ Монголіи за предшествовавшіе года удалось собрать слѣдующія свѣдѣнія: въ 1888 г. на р. Цро умерло до 15 монголовъ; въ послѣднихъ числахъ іюля, въ 250 в. къ югу отъ Урги по торговому Балганскому тракту Хойринъ-дзамъ, въ мѣстности Шиминъ-хундунъ, вымерли 4 юрты до 30 чел.; въ 1897 г. въ октябрѣ на границѣ хошуновъ Хардашъ-Чженомъ Бейса и Алхай-Гуна Тушегухановскаго княжества, въ мѣстности Изаръ Иргилыкъ на юго-вост. отъ Урги, въ 250—300 верстахъ, въ 9 уртонахъ (почтов. станціяхъ) по тракту Дархамъ-дзамъ въ Долонъ-норъ вымерло 6 юртъ; въ этомъ же году поздней осенью болѣзнь была, вѣроятно, занесена въ Ургу, гдѣ было нѣсколько смертныхъ случаевъ, протекавшихъ подобно азіатской легочной чумѣ.—Обиѣе тарбагановъ въ Забайкальѣ и Монголіи, промыселъ на нихъ нашихъ ивродцевъ ради шкурокъ и сала, употребленіе въ пищу тарбаганьяго мяса монголами, бурятами, тунгузами, киргизами и калмыками, торговля Монголіи съ Россіей тарбаганьими шкурками, наконецъ, массовыя заболѣванія людей отъ тарбагановъ въ Монголіи и заносъ болѣзни въ Забайкалье, все это, взятое вмѣстѣ, заставило обратить вниманіе на тарбагановъ врачей и нашего Правительства.

Съ начала апрѣля по октябръ мѣсяцъ прошлаго года Милпстерство В. Д., по проекту Медицинскаго Департамента, командировала съ Высочайшаго соизволенія экспедицію въ Монголію для изученія тарбаганьей болѣзни.

Въ составъ экспедиціи вошелъ представителемъ директоръ Казанскаго ветеринарнаго Института проф. И. Н. Ланге, членомъ— авторъ настоящаго доклада А. И. Подбѣльскій и лаборантомъ— провизоръ О. К. Герихъ. Названныя лица выѣхали изъ Казани 12 апрѣля. Въ г. Троицкосавскѣ Забайкальской области составъ экспедиціи былъ дополненъ прикомандированіемъ переводчика монгольскаго, китайскаго и манчжурскаго языковъ Р. В. Бимбаева и шесть казаковъ мѣстной сотни: Чеусова, Окладникова, Аюшеева, Цыдынова, Убугунова и Санжева. Здѣсь же по телеграфу было получено экспедиціей указаніе отъ г. Приамурскаго генералъ-губернатора отправиться въ г. Ургу. За время 6-недѣльнаго пребыванія въ Монголіи нами были произведены наблюденія и эксперименты надъ тарбаганами въ Ургѣ, ея окрестностяхъ и Сангинѣ (въ 25 в. отъ города). Возникшія политическія осложненія въ Китайской имперіи создали препятствія для разъѣздовъ, а въ концѣ іюня даже принудили насъ вернуться въ Забайкалье. Потомъ было предложено произвести изслѣдованіе въ степяхъ Акшинскаго округа и, если будетъ возможно, въ смежной съ послѣднимъ части сѣв. Монголіи на р. Кэрэлуну. По прибытіи въ г. Акшу выяснилось, что какъ въ округѣ этого города, такъ и по р. Кэрэлуну

условія для научныхъ работъ точно также неблагопріятны. Пришлось ограничиться пріобрѣтеніемъ дополнительныхъ свѣдѣній о тарбаганьей чумѣ на людяхъ отъ наблюдавшихъ съ врачей Рѣшетникова и Кокосова. Изъ Акви черезъ Читу мы возвратились въ Верхнеудинскъ. Отсюда 9 августа, отдѣлившись отъ остального состава экспедиціи, въ сопровожденіи казака, я поѣхалъ въ г. Троицкосавскъ съ цѣлью произвести въ пограничной Монголіи раскопки тарбаганьихъ норъ и вскрыть нѣсколько тарбагановъ, въ расчетѣ случайно натолкнуться при этомъ на начальныя стадіи интересующей насъ болѣзни. По окончаніи намѣченныхъ изслѣдованій я въ послѣднихъ числахъ сентября возвратился въ Казань.

Прежде чѣмъ сообщить о наблюденіяхъ и опытахъ надъ тарбаганами, сдѣланныхъ за время экспедиціи, необходимо привести хотя краткія свѣдѣнія о физической географіи Монголіи, ея народонаселеніи и условіяхъ жизни послѣдняго.

Монголія занимаетъ площадь въ 50234 геогр. мили и имѣетъ до 3 милліоновъ жителей, распространяется на 16° по меридіану и на 45° по параллельному кругу; граничитъ съ Россіей на протяженіи 3000 верстъ. Въ ней находится всего четыре города: Урга, Кобдо, Улясутай и Кэрэдуль—Орто; самый большой изъ нихъ Урга съ 26 тыс. жителей. Послѣ городовъ наиболѣе многочисленными пунктами являются монастыри и ставки князей. На остальномъ пространствѣ Монголіи разбросаны на далекомъ разстояніи другъ отъ друга улусы въ 6—10, иногда болѣе юрты, перекочевывающихъ съ мѣста на мѣсто. Около $\frac{1}{3}$ мужского населенія принадлежитъ въ духовному сословію ламъ, живущихъ при монастыряхъ. Большинство мирянъ занимается скотоводствомъ, развода овецъ, козъ, лошадей, верблюдовъ и особую породу крупнаго рогатаго скота — яковъ и хайныковъ; только немногіе жители промышляютъ извозомъ. Монголія представляетъ высокую горную страну съ средней абсолютной высотой въ $4\frac{1}{2}$ тыс. футовъ., ограниченную со всѣхъ сторонъ горными хребтами и цѣплями. Климатъ на б. ч. Монгольской территоріи отличается знойнымъ лѣтомъ и суровой зимой. Воздухъ характеризуется сухостью, количество атмосферныхъ осадковъ не велико. Необходимо еще отмѣтить частое господство вѣтровъ. Почва песчано-глинистая; покрытая хорошими для настища травами, а въ средней Гоби галечная. Лѣсовъ сравнительно мало. Населеніе Монголіи состоитъ изъ племенъ монгольскихъ и тюркскихъ, таягутскихъ поколѣній и китайцевъ.

„Пограничныя мѣстности, черезъ которыя главнымъ образомъ направляется русская торговля, слѣдующія: Кяхта-Урга, со стороны Иркутской губерніи Тунка-Минусинскъ, Бійскъ черезъ Кашъ-агачъ; центрами русскихъ кушмовъ являются Кобдо, Улясутай, Урга и ставка дурбѣтскаго князя Уланъ-комъ (Мотусовскій)“.

Монголы живутъ въ конномыхъ юртахъ, а богатые въ городахъ и монастыряхъ въ деревянныхъ домикахъ или байшикахъ. Воду для питья берутъ изъ рѣкъ, озеръ и ручьевъ; на загрязненіе воды органическими остатками не обращается никакого вниманія. Въ Ургѣ приходилось видѣть, какъ монголки брали воду для домашняго употребленія изъ низкихъ мѣсть рѣчки Сельби, загрязненныхъ постоянно блуждающимъ здѣсь домашнимъ скотомъ и собаками. Сосуды для храненія воды по формѣ и устройству не могутъ содержаться въ соответственной чистотѣ.

Пища монгольскаго простолюдиня состоитъ изъ кирпичнаго чая, приправленнаго масломъ, молокомъ или мукой, и изъ баранины. Меню иногда разнообразится варенымъ въ молокѣ просомъ и выпеченными изъ муки лепешками, а въ извѣстную пору года кумысомъ и тарбаганьимъ мясомъ. Пища готовится грязными руками и въ невообразимо-грязной посудѣ. Желѣзный очагъ помещается по срединѣ юрты; въ немъ горитъ аргаль — степное топливо, дымъ выходитъ чрезъ круглое отверстіе куполообразной крыши.

Монголы лѣтомъ рѣдкокупаются, въ остальныя времена года обыкновенно вовсе не моются. Бѣлье и платье также не моютъ и перемѣняютъ только, когда износится.

По т а в и н ѣ, имѣвшій возможность въ продолженіи нѣсколькихъ экспедицій ближе ознакомиться съ условіями жизни въ Монголіи, замѣчаетъ слѣдующее: „отсутствіе мѣрь на случай общественныхъ бѣдствій, повѣтрій, надежей, неурожая хлѣба и кормовъ, и медицина (тибетская), больше, чѣмъ на половину, состоящая въ шарлатанствѣ и предразсудкахъ, наконецъ, скудность средствъ, которыя степная природа даетъ человѣческой жизни безъ помощи науки, заставляеть желать, чтобы точныя науки были перенесены на монгольскую почву“.

Изъ болѣзней среди людей въ Монголіи наиболѣе распространены натуральная оспа и сифилисъ, а среди степного скота чума и спибирская язва.

Съ различныхъ точекъ зрѣнія заслуживаетъ вниманія буддйскій обрядъ погребенія простолюдиновъ. Умершаго обмываетъ лама, называемый буюючи, одѣваетъ въ обычный костюмъ и поворачиваетъ на правый бокъ. Затѣмъ по прочтеніи положеннаго числа молитвъ, по указанію ламы-астролога, покойника въ извѣстный день и часъ (послѣ смерти) выносятъ въ опредѣленную сторону горизонта отъ юрты за нѣсколько десятковъ или сотъ сажель и кладутъ на посланную на землю кошму. По угламъ кошмы сбиваютъ по 4 аршинной длины кола, между ними натягиваютъ веревки, а къ послѣднимъ привязываютъ лоскутки бумаги и матерій, исписанныя молитвами. Совершивъ полагающееся молитвословіе, ламы и родственники уходятъ съ поля, а трупъ покойника становится добычей собакъ,

волковъ, коршуновъ, орловъ и вороновъ. По вѣрованію буддистовъ душа умершаго переселяется въ животное, начавшее первымъ терзать его трупъ. Если покойника долго не ѣдятъ хищники, это служитъ признакомъ того, что онъ былъ грѣшникъ. Трупъ събдается въ 3—4 дня, а кости его разносятся хищниками на большое разстояніе другъ отъ друга по степи, а домашними собаками заносятся въ улусы и города. Въ Ургѣ мнѣ часто приходилось видѣть валявшіяся по улицамъ человѣческія кости. 10-го іюня минувшаго года въ $\frac{1}{2}$ верстѣ отъ Русскаго Ургинскаго консульства мнѣ случилось наблюдать крайнѣ тяжелую картину растерзыванія трупа монголки собаками, воронами и коршунами.

Монголы народъ весьма релігіозный. Чтими ими святыни—кумиры (храмы) и бурханы (идолы)—сосредоточены въ монастыряхъ, Релігіознымъ центромъ Монголіи считается Урга, гдѣ число ламъ при монастыряхъ достигаетъ до 14 тысячъ, гдѣ имѣетъ постоянное жительство высшій представитель буддѣйской іерархіи гэгэнъ или хутухта т. е. воплощенный святой или будда. Высшій Ургинскій гэгэнъ представляетъ собою 8-е воплощеніе или перерожденіе будды въ халхѣ, (т. е. св. Монголіи). На головной праздникъ круговращенія бога Майдори въ Ургу стекается иногда до 100 тысячъ богомольцевъ. Коломничество сюда совершаютъ ипородцы буддисты и изъ предѣловъ нашего отечества, напр. Забайкальскіе буряты и астраханскіе калмыки.

Перехожу къ изложенію наблюденій, имѣвшихъ непосредственное отношеніе къ главной задачѣ нашей экспедиціи. До изслѣдованія больныхъ тарбагановъ представлялось важнымъ ознакомиться съ здоровыми. Съ этой цѣлью мною было сдѣлано нѣсколько вскрытій. Ограничусь здѣсь приведеніемъ протокола вскрытія отъ 31 мая.

Тарбаганъ, самецъ, вѣсомъ 11 фун., длиною отъ носа до конца хвоста 51 сант., длина хвоста съ концевыми волосами 18,8 сант. Возрастъ, по опредѣленію монгола охотника, болѣе 3 лѣтъ. Черепъ пронзанъ пулевымъ ходомъ. Подкожная клетчатая ткань содержитъ ничтожное количество жира. Подмышковые лимфатическіе узлы слѣва около горошины величиною, справа немного менѣе лѣснаго орѣха, при разрѣзѣ блѣдно-сѣраго цвѣта. Паховые лимфатическіе узлы того же цвѣта величиною съ перечное зерно. Брюшина неизмѣнена, жидкости въ полости не содержитъ. Сальникъ и брыжейка бѣды жиромъ. Желудокъ набитъ измелченнымъ зеленымъ кормомъ; слизистая оболочка его блѣдно-розоваго цвѣта. Кишки, преимущественно толстыя, раздуты газомъ. Селезенка длиною 9,2 сант., шир. 2,5 сант., толщ. 1,2 с., кожисто плотна; въ разрѣзѣ темно-вишневаго цвѣта, съ рѣзко очерченными мальпигіевыми тѣльцами, при давленіи даетъ нѣсколько капель крови. Печень длиною 15 сант., шириною въ правой долѣ 10,2 сант., толщ. 2,4 сант.,

въ разрѣзѣ красновато-шоколаднаго цвѣта, съ ясно различимыми дольками, при давленіи даетъ порядочное количество крови. Желчный пузырь почти пустъ. Правая почка длиною 3,8 с., шир. 2,5 сент., толщ. 1,6 сент., корковый слой отличается отъ мозгового, содержащаго умѣренное количество крови. Мочевой пузырь въ сливеу величиною. Въ полостяхъ плевры и сердечной сорочки жидкости не заключается. Легкія блѣдно-розоваго цвѣта, равномерно мягки. Сердце сокращено.

Произведенное въслѣдствіи микроскопическое изслѣдованіе обращенныхъ срѣзовъ изъ паренхиматозныхъ органовъ и лимфатическихъ узловъ показало отсутствіе въ нихъ какъ микробовъ, такъ и патологическихъ измѣненій; тѣже отрицательные результаты были получены мною при вскрытіяхъ тарбагановъ во второй половинѣ августа. Отличительную особенность послѣднихъ составляло отложеніе жира. Въ подкожной клетчаткѣ слой жиру паросталъ отъ шеи къ нижней части живота, достигая здѣсь толщины въ 2 сент. и даже болѣе. Значительное отложеніе жиру было и въ брюшной полости, а именно подъ брюшиной таза, въ сальникѣ, брыжейкѣ и, особенно, въ *sarcula adiposa* почекъ.

На экскурсіи экспедиціи въ Сангинь (въ 25 вер. отъ Урги) я просилъ монгола охотника снять шкуру съ тарбагана въ моемъ присутствіи. Процедура сниманія длилась какихъ нибудь полчаса и совершалась тѣмъ ножомъ, который употребляется для разрѣзыванія пиши при ѣдѣ. Монголъ перепачкалъ себѣ воровью руки, а также рукава и полы халата и сапоги, такъ какъ во время работы клалъ тушку къ себѣ на колѣни. При подобнаго рода неосторожномъ обращеніи легко заразиться отъ больного тарбагана, какъ при самомъ сдираніи шкурки, такъ и въ послѣдствіи отъ рукъ, помя или платья, хотя-бы тарбаганье мясо, предназначенное въ пищу, было обезврежено варкой, пареньемъ или жареньемъ на вертелѣ.

За все время пребыванія экспедиціи въ Монголіи и Забайкальѣ эпизоотія среди тарбагановъ не обнаруживалось и въ силу этого не представлялось возможнымъ рѣшить основную задачу помощью непосредственнаго патолого-анатомическаго и бактериологическаго изслѣдованія. Vollen—pollens оставалось ограничиться вѣроятными предположеніями о природѣ тарбаганьей болѣзни, имѣя въ основѣ литературныя и распросныя свѣдѣнія, не отличающіяся надлежащей полнотой. Проф. Ланге сдѣлалъ предположеніе, что тарбаганья болѣзнь есть особая форма (септическая) антракса, по моему же мнѣнію вѣроятнѣе было поставить иныя предположенія, а именно: или это настоящая чума, или острая заразная болѣзнь *sui generis*, имѣющая только вѣншее сходство съ бубонной или легочной чумой. Первые два предположенія въ известной мѣрѣ могли быть взаимно провѣрены экспериментами.

Проф. Ланге при моемъ участіи были привиты подъ кожу бульонной разводкой бациллъ сибирской язвы четыре тарбагана. Спустя нѣсколько часовъ послѣ инъекціи у животныхъ наступило учащеніе дыханія, потомъ полная потеря аппетита и слабость, наконецъ прострація. Смерть слѣдовала чрезъ 26,—55,—70 и 73 часа послѣ прививки. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи въ подкожной клетчаткѣ какъ въ мѣстѣ впрыскиванія, такъ и въ его окружности студенистаго отека не наблюдалось. У нѣкоторыхъ тарбагановъ замѣчены точечныя кровоизліянія въ неувеличенныхъ слегка покраснѣвшихъ, подмышковыхъ лимфатическихъ узлахъ, а также на плеврѣ. Во всѣхъ случаяхъ кровь была густая, темно-красная, селезенка увеличена, мягка и полнокровна. На окрашенныхъ мазкахъ крови изъ селезенки и подкожной клетчатки подошвенной стороны лапокъ при изслѣдованіи съ масляно-погружной системой микроскопа найдено множество бациллъ сибирской язвы.

Не смотря на значительное количество бульонной разводки бациллъ, введенное при нашихъ опытахъ подъ кожу тарбаганамъ, у послѣднихъ не происходило замѣтнаго припуханія паховыхъ или аксиллярныхъ лимфатическихъ узловъ. Между тѣмъ какъ д-ръ Бѣлявскій (со словъ бурятъ) указываетъ на такіе патолого-анатомическіе признаки тарбаганьей болѣзни, какъ „красноватая напряженная опухоль подъ плечомъ и запекшаяся кровь при разрывѣ на подошвѣ лапокъ“. Несходство полученныхъ нами экспериментально измѣненій съ только что цитированными лишаетъ меня основанія признавать тождество тарбаганьей болѣзни съ алтраксомъ.

Монголъ, находившійся во время вскрытій мною тарбагановъ и видѣвшій въ прежніе годы большихъ тарбагановъ, сообщаетъ мнѣ, что въ подмышковой впадинѣ у послѣднихъ встрѣчается красновато-коричневаго цвѣта опухоль около голубягаго яйца величиною. Весьма понятно, что опухоль подъ плечомъ у большого животнаго должна имѣть порядочные размѣры, чтобы обратить на себя вниманіе полудикаго кочевника. Тоже, конечно, относится и къ кровоизліяніямъ въ лапкахъ.

Уже ранѣе указывалось на частое пораженіе степного скота въ Монголіи сибирской язвой. Жители знаютъ такой признакъ названной болѣзни у павшаго животнаго, какъ большая селезенка, а у человѣка—образованіе карбункула на шеѣ.

Клиническая картина тарбаганьей болѣзни на людяхъ, описанная д-рами Бѣлявскимъ и Рѣшетниковымъ, также не позволяетъ отождествлять её съ картиной сибирской язвы. Ни у одного изъ 40 наблюдавшихся больныхъ не отмѣчено появленія наружнаго карбункула, тогда какъ у людей, получившихъ инфекцію при снятіи шкурокъ съ чумныхъ тарбагановъ, а также у врача Ашмана и фельдшера Юдина, заразившихся при вскрытіи труповъ бурятъ,

скорѣе всего могли развиваться первичные паружные огневики. Странно было бы также думать, что лица, неимѣвшія никакого касанія къ тарбаганамъ, и заболѣвшія лишь при уходѣ за своими больными родственниками, поражались только септической легочной или желудочно-кишечной формою антракса. Кстати припомнить, что и при послѣдней формѣ иногда также образуются вторично карбункулы въ кожѣ.

Клиническая картина вообще и паличность первичныхъ болѣзненныхъ бубоновъ въ особенноти даютъ мнѣ основаніе признавать большое сходство тарбаганьей болѣзни съ бубонной чумой.

Опираясь на распроснія свѣдѣнія о признакахъ и способѣ распространенія эпидеміи, свирѣствовавшей въ двухъ мѣстностяхъ сѣверной Монголіи осенью 1899 года, д-ръ Талъко-Гринцевичъ усмотрѣлъ въ пей тождество съ азіатской легочной чумой. Съ моей стороны правдѣе будетъ присоединиться къ подобной точки зрѣнія, чѣмъ допускать, что это была эпидемія легочнаго антракса или крупозной пневмоніи, такъ какъ болѣзнь почти во всѣхъ случаяхъ кончалась смертью и въ одной мѣстности отъ нея погибло до 80 человекъ, а въ другой больше 200.

Проѣрка путемъ эксперимента второго предположенія, что тарбаганья болѣзнь есть настоящая чума, не могла быть выполнена, хотя при отправленіи въ экспедицію мною специально съ этою цѣлью была взята съ собой разводка бактерій чумы. Впослѣдствіи явились различныя причины, помѣшавшія мнѣ осуществить задуманные опыты. Представитель экспедиціи проф. Ланге, не изъявилъ мнѣ своего согласія на прививки чумными разводками, даже при поставленномъ условіи производить ихъ вдали отъ жилыхъ мѣстъ и строго соблюдать всякія предосторожности противъ зараженія почвы и всего окружающаго экспериментатора. Прибывши въ Ургу въ скоромъ времени довелось услыхать, что среди извѣстной части русскаго населенія циркулировала кѣмъ то пушенная молва, будто члены экспедиціи начнутъ свои работы именно съ прививки чумныхъ разводовъ мышамъ. Подъ влияніемъ подобной молвы мы были приняты на частную квартиру только на три дня въ томъ, очевидно, расчетѣ, что далѣе насъ помѣстятъ при консульствѣ, а тамъ будь, что будетъ. Въ началѣ іюня мѣсяца съ юга стали приходиться одно за другимъ извѣстія о мятежныхъ дѣйствіяхъ противъ европейцевъ партій большого кулака въ Тяньцзинѣ, Пекинѣ и Калганѣ и производить волненія среди жителей Урги. Выполнять при перечисленныхъ неблагопріятныхъ условіяхъ намѣченные экспериментальныя изслѣдованія съ чумой, конечно, представлялось крайне-рискованнымъ.

Если остановиться на предположеніи, что тарбаганы поражаются не чумоподобной заразной болѣзью *sui generis*, но настоящей чумой, то какъ понимать (опубликованное д-ромъ Гринцевичемъ) сравнительно нерѣдкое появленіе ея въ разныхъ пунктахъ Монголіи? Считать-ли эти пункты за отдѣльные самостоятельные очаги заразы, или же только пунктами запаса чумы изъ одного какого либо гнѣзда ея?

Лѣтній зной, частые вѣтра, обиліе солнечныхъ дней, сухость воздуха, свойства почвы (песчано-глинистая или дресва) и ея ничтожное загрязненіе составляютъ весьма неблагоприятныя условія для продолжительнаго существованія бактерій чумы въ почвѣ почти всей монгольской территоріи, гдѣ обильно водятся тарбаганы. При такихъ давнихъ вѣроятіяхъ, на мой взглядъ, допустить не паличность нѣсколькихъ самостоятельныхъ очаговъ заразы, а занесеніе ея въ разные мѣстности изъ одного.

Подобный очагъ чумы извѣстенъ на востокѣ Монголіи за хребтомъ Хивганомъ близъ границы Монгаріи въ районѣ Вейчана или Соулогоу между притоками р. Лаохэ. Тамъ уже болѣе десяти лѣтъ почти ежегодно свирѣпствуетъ между людьми чума, появляясь въ іюнѣ, іюлѣ, августѣ и сентябрѣ и исчезающая въ холода. Первые наблюденія въ Вейчанѣ были сдѣланы французскимъ д-ромъ Matignon'омъ, а въ (сентябрѣ и октябрѣ) 1898 г. д-ромъ Д. К. Заболотнымъ произведены клиническія и бактериологическія изслѣдованія и констатированы бубонная, легочная и пустулезная формы чумы.

Разносъ чумы изъ Вейчана къ сѣверу и западу кочующими монголами является весьма возможнымъ. Подтверженіе своей мысли нахожу въ сообщаемомъ г. Гринцевичемъ случаѣ вымиранія обитателей 6 юрты по тракту въ Долонъ-портъ—городъ, отстоящій, недалеко отъ Соулогоу. Заразившійся монголь по возвращеніи въ свой улусъ умираетъ. Трупъ его, вынесенный въ поле, пожирается хищниками, при чемъ неизбѣжно на большое разстояніе вокругъ орошаются почва и травы жидкостями и кровью трупа. Если здѣсь водятся тарбаганы, то они могутъ инфицироваться отъ кормовыхъ травъ или отъ частей трупа. Передавая болѣзнь другъ другу, грызуны будутъ долго культивировать въ себѣ бактерій и, составляя предметъ промысла номадовъ, будутъ заражать и людей. Такъ устанавливается *circulus vitiosus* бактерій, пассажъ ихъ изъ тарбагана въ человѣка и обратно, при чемъ усиливается ихъ ядовитость.

Какъ уже упоминалось ранѣе изъ Верхнеудинска, отдѣлившись отъ остальнаго состава экспедиціи, я направился въ г. Троицкосавскъ, откуда въ половинѣ августа выѣхалъ въ Монголію, чтобы произвести раскопки тарбаганьихъ норъ. Представлялось интереснымъ ознакомиться съ устройствомъ жилищъ грызуновъ и выяснить, дѣлаютъ ли они лѣтніе запасы травы, хотя бы ради постилки въ логовищахъ.

Всего мною было раскопано семь норъ ¹⁾, самая меньшая изъ нихъ была длиною въ 4 арш., а наибольшая въ 26 арш. (сложная съ 3 входами и 4 гнѣздами). Короткія норы не имѣли ни отпороковъ, ни гнѣздъ и потому принимались мною за неоконченныя. Длинные же норы были снабжены отпороками, гнѣздомъ и большей частью двумя выходами. Гнѣзда для дѣтлаго жилья не выстланы травой, отличаются отъ гнѣздъ для зрѣлой сначки меньшими размерами.

При раскопкѣ одной норы (въ Монголіи) была найдена въ гнѣздѣ пожелтѣвшая большеберцовая человѣческая кость, эпифизы которой казались отломанными. Гнѣздо находилось въ разстояніи 2 ¹/₂ арш. отъ поверхности земли по вертикальной линіи и въ 3 саженьяхъ отъ выхода изъ норы. Почва здѣсь состояла въ верхнемъ слое изъ сунеска, а въ глубокомъ изъ глины, и очень трудно при раскопкѣ поддавалась дѣйствию кайла и лома. Несомнѣнно, что кость въ гнѣздо норы могла быть занесена только тарбаганомъ. можетъ быть, съ цѣлью дать работу своимъ рѣзцамъ. На стѣнѣ саженьяхъ въ семи отъ выхода изъ норы валялись лобная и затылочная кости человѣческаго черепа. Другихъ костей скелета не удалось разискать; очевидно, онѣ были далеко растащены въ разныя стороны хищниками.

Фактъ находженія кости въ норѣ говоритъ за то, что тарбаганъ можетъ получить инфекцію, приходя въ соприкосновеніе съ частями трупа человѣка, умершаго отъ заразной болѣзни.

Заключивая настоящій докладъ, считаю долгомъ высказать, что данныя, полученныя мною въ бытность членомъ экспедиціи, я рассматриваю какъ подготовительный матеріалъ къ дальнѣйшему изученію тарбаганьей болѣзни. Только патолого-анатомическое и бактериологическое изслѣдованіе больного тарбагана въ состояніи рѣшить вопросъ: есть ли это настоящая чума, или острая заразная болѣзнь *sui generis*?

¹⁾ 3 въ Монголіи и 4 возлѣ границы съ послѣдней въ Троицкосавскомъ округѣ.

Литература.

- Бѣлявскій, Вѣстникъ общественной гигиены. 1895 г.
Рѣшетниковъ, *ibidem*.
Талько-Гринцевичъ, *Przegląd Lekarski*. № 15, 1900 г.
Забайкальскія Областныя Вѣдомости. № 7. 1900 г.
Черкасовъ, Записки охотника вост. Сибири (1856—1863). Изд. 1884 г.
Бихнеръ, Науч. результаты путешествія Пржевальскаго по центр. Азії.
Т. I. В. I. 1888.
Потанинъ, Очерки С. З. Монголіи. В. I. 1881.
Radde, Reisen in Süden von Ost-Sibirien (1855—1859) Bd. I. 1862.
Заболотный, Архивъ біол. наукъ. Т. VIII. № 1. 1899 г.
Матусовскій, Геогр. Обзорніе Китайской Имперіи. 1888 г.
-

Случай ложно-бульбарнаго паралича травматическаго происхожденія ¹⁾.

(Докладъ, читанный на III научномъ собраніи врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней при Имп. Каз. Унив.).

В. К. Полънова.

Ученіе о корковыхъ центрахъ гортани насчитываетъ въ настоящее время довольно много наблюденій какъ экспериментальныхъ надъ животными, такъ и клиническихъ—надъ людьми. Отрывочныя указанія на эти центры мы находимъ уже у *Terrier*, *Duret* и *Munk'a*, по прочную основу ученію о корковыхъ центрахъ гортани положили лишь *Krause* въ 1884 году. Онъ доказалъ рядомъ экспериментовъ, что у собакъ при раздраженіи *gugus praefrontalis* получается кромѣ упомянутыхъ уже сокращеній плечевыхъ мускуловъ и мягкаго неба, также и сокращеніе гортанныхъ мышцъ и замыканіе голосовой щели. *Semon* и *Horsley* дополнили эти изслѣдованія опытами надъ кроликами, у которыхъ также оказался центръ гортанныхъ мышцъ у края обонятельной борозды, и надъ обезьянами, у которыхъ этотъ центръ они нашли въ нижней части передней центральной извилины. Последнее подтверждено также и позднѣйшими изслѣдованіями проф. *Вехтерева*. *Semon* и *Horsley* указали кромѣ того, что раздраженіе центра на одной сторонѣ вызываетъ сокращеніе голосовыхъ связокъ на обѣихъ сторонахъ—физиологическій фактъ, имѣющій значеніе для объясненія многихъ явленій изъ патологіи гортани у человѣка, и хотя *Masini* увѣряетъ, что слабое раздраженіе центра гортани на одной сторонѣ вызываетъ сокращеніе голосовыхъ связокъ только на противоположной, но наб-

¹⁾ Я считаю долгомъ высказать здѣсь свою благодарность доктору Г. Д. Петрову, принимавшему дѣятельное участіе въ составленіи исторіи болѣзни, а равно и въ наблюденіи за теченіемъ ея.

люденіе это другими авторами, какъ *Horsley*, *Onadi* и др. не подтверждается. Какъ я уже упоминалъ, и *Goltz* при своихъ опытахъ могъ замѣтить, что, лишенные обонхъ полушарій, собаки могли лаять. Такіе-же отрицательные результаты получалъ при своихъ экспериментахъ *Klempner*. Удаляя у животныхъ части мозговой коры, заключающія гортанный центръ, а равно вызывая болѣзненные очаги въ данной области путемъ прививки сюда тифозныхъ и туберкулезныхъ бациллъ, онъ не видѣлъ никакихъ послѣдствій опыта въ видѣ нарушенія движеній голосовыхъ связокъ и фонаціи. На основаніи изслѣдованій другихъ авторовъ и своихъ собственныхъ—физиологическихъ и патологическихъ, онъ считаетъ, что корковый параличъ гортани у человѣка и животныхъ долженъ быть отвергнутъ.—Однако, помимо того, что относительно этихъ опытовъ можно повторить не разъ уже высказанное предположеніе о существованіи двойнаго рода центровъ—кортикальныхъ и бульбарныхъ, изъ коихъ послѣдніе могутъ замѣнять первыхъ при извѣстныхъ условіяхъ, мы имѣемъ цѣлый рядъ авторовъ: *Soltman*, *Durct*, *Номовъ* и др., которые доказываютъ экспериментально же, что удаленіе корковыхъ центровъ гортани совершенно уничтожаетъ у животныхъ способность произвольной фонаціи или по крайней мѣрѣ сильно измѣняетъ голосъ. А что раздраженіе опредѣленнаго мѣста мозговой коры, указаннаго въ работѣ *Krause*, вызываетъ соответственный эффектъ въ голосовыхъ связкахъ, и что, слѣдовательно, существованіе коркового центра не подлежитъ сомнѣнію, это—фактъ, безусловно установленный и подтверждаемый самими противниками корковыхъ параличей гортани, напр. *Onadi*.

Относительно нахождения этихъ центровъ у человѣка имѣются клиническія наблюденія *Garel* и *Munzer* а *Rosbach* а *Eisenlohr* а, *Bouchand* а *Delavan* а, *Seguin* а, *Barlow* а и др., подтверждающія ихъ существованіе. 2 случая *Dejerine* а и 1—*Garel* а окончившіеся аутопсіей, дали намъ даже и довольно точную локализацию этихъ центровъ: они, какъ и у обезьяны, помѣщаются въ нижней части передней центральной борозды, въ той части, которую французы называютъ *opercule frontale*. Что касается отношенія этихъ центровъ къ гортани, то здѣсь существуетъ разногласіе: *Brissaud*, напр, согласенъ скорѣе съ *Musiny*, чѣмъ съ *Goltstein* омъ, *Semon* и *Horsley* емъ, что у человѣка, по крайней мѣрѣ, каждый центръ завѣдуетъ лишь одной—противоположной ему—половиной гортани: другіе—*Gowers*, *Strümpell*—держатся обратнаго взгляда. Къ точно провереннымъ клиническимъ наблюденіямъ, подтверждающимъ существованіе у человѣка кортикальнаго центра иннервации гортани, относится и случай *Wallenberg* а. Онъ наблюдалъ больного, сифилитика, у котораго за нѣсколько недѣль до смерти появилась дизартрія, параличъ и. *facialis* и лѣвой половины гортани: при ды-

ханія и фонаціи дѣвая голосовая связка почти совершенно не двигалась. Вскрытіе указало размягченіе мозговой ткани въ *centrum Semiovale* правой лобной доли. Фокусъ захватывалъ значительную часть этой доли, центральные-же узлы и *capsula interna* были совершенно не затронуты.

Говоря о гортани, я долженъ каснуться здѣсь однако совершенно почти незатронутого вопроса. Всѣ приведенныя наблюденія относятся къ параличамъ той или другой голосовой связки, происшедшимъ вследствие пораженія корковыхъ центровъ гортанной мускулатуры, но самый актъ произнесенія тѣхъ или иныхъ совершенно определенныхъ звуковъ едва-ли можетъ быть вполнѣ объясненъ только сокращеніемъ извѣстныхъ мышцъ. Участіе высшаго артикуляціоннаго центра, объединяющаго сокращенія этихъ мышцъ въ неизмѣнномъ, строго определенномъ для каждаго звука, порядкѣ, представляется больше, чѣмъ необходимымъ. И приведу по этому поводу слова *Gowers*: «Объясняя механизмъ открыванія и закрыванія гортанной щели, онъ говоритъ: „если дѣйствіе мышцъ можетъ быть настолько сложнымъ при простомъ открываніи и закрываніи голосовой щели, то насколько оно должно быть сложнѣе при столь тонкихъ и многообразныхъ процессахъ, которыми производится безкопечное множество голосовыхъ звуковъ“. Но, повторяю, вопросъ объ этомъ, если можно такъ выразиться, артикуляціонномъ центрѣ фонаціи, является въ настоящее время совершенно темнымъ.

Исчезновеніе рвотнаго и гортаннаго рефлексовъ въ случаѣ кровоизліаній въ *capsulam internam* съ послѣдующими гемиплегіями — не представляетъ ничего необычайнаго. По характеру своему они принадлежатъ къ числу рефлексовъ кожныхъ и отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, какъ говоритъ *Jendrassick*, что получаютъ съ очель чувствительнаго мѣста и притомъ такого, гдѣ вѣшнее воздѣйствіе представляется совершенно необычайнымъ. А ламъ извѣстно, что при церебральныхъ гемиплегіяхъ кожные рефлексы, въ противоположность сухожильнымъ, бываютъ, напр. по *Strumpell* почти всегда пониженными или даже совсѣмъ уничтоженными. Но если даже не соглашаться съ только что указаннымъ авторомъ относительно закономѣрности этого условія, то встаетъ нужнo признать, что пониженіе кожныхъ рефлексовъ на парализованной сторонѣ не представляется особенно рѣдкимъ. Подтверженіе сказаннаго о пониженіяхъ рвотнаго и гортаннаго рефлексовъ при гемиплегіяхъ мы находимъ въ неоднократно уже упоминаемой работѣ *Kattwinkel*: изъ 100 собранныхъ имъ случаевъ гемиплегій, рвотный рефлексъ былъ разстроенъ въ 47 случаяхъ (въ 27—совершенно уничтоженъ, въ 20 значительно уменьшенъ); гортанный, рефлексъ былъ разстроенъ въ 32 случаяхъ (въ 12—совершенно уничтоженъ, въ 20—значительно ослабленъ). Очень рѣзко бросалась

при этомъ въ глаза разниця между правосторонними и лѣвосторонними гемиплегіями: въ первыхъ нарушенія рвотнаго рефлекса были въ 11%, во вторыхъ—въ 80%; гортанной рефлексъ былъ нарушенъ въ первыхъ въ 6%, во вторыхъ въ 58%.

Вопросъ о возможности наступленія расстройства въ этихъ рефлексахъ при пораженіи коркового ихъ центра, а равно доказательства и самаго его существованія, представляютъ задачу несравненно болѣе трудную. Я уже выше указалъ, что теоретически существованіе корковыхъ центровъ для такого сложнаго рефлекторнаго акта представляется не только возможнымъ, но даже необходимымъ, но примыхъ указаній на мѣстонахожденіе ихъ не только у людей, но и у животныхъ, я не могъ найти въ доступной мнѣ литературѣ. Къ косвеннымъ доказательствамъ въ пользу ихъ существованія принадлежатъ наблюденія *Pierre Marie, Picot* и *Gobbs'a, Halipré* и др. надъ ложнобульбарными параличами. Они могли убѣдиться здѣсь, что и при отсутствіи какихъ либо мышечныхъ параличей, у больныхъ можно было наблюдать пониженіе или даже исчезновеніе этихъ рефлексовъ. Названные авторы подчеркиваютъ такъ-же, какъ и *Kallwinkel*, то обстоятельство, что въ случаяхъ расстройства упомянутыхъ рефлексовъ, фокусъ находился преимущественно въ правомъ полушаріи и располагался болѣею частью въ области *lenticularis*. Во всякомъ случаѣ вопросъ о корковыхъ центрахъ рвотнаго и гортаннаго рефлексовъ въ настоящее время остается совершенно открытымъ. Повидимому, на основаніи вышеприведенныхъ наблюденій, надо думать, что центры эти, подобно центру артикуляціи рѣчи, находятся преимущественно въ правомъ полушаріи и что ихъ ассоціаціонныя волокна проходятъ въ области чечевичнаго ядра.

О параличахъ мягкаго неба кортикальнаго происхожденія можно сказать только нѣсколько словъ. Вопросъ этотъ, какъ и ученіе объ ипнерваціи *palati molli* разработаны мало. Какъ видно изъ неоднократно уже цитированнаго мною эксперимента *Krause*, этому наблюдателю удавалось при раздраженіи *gurgus praefrontalis* у собакъ, въ числѣ другихъ явленій, наблюдать и сокращеніе мышцъ мягкаго неба, а немногочисленными клиническими наблюденіями этого рода представляются случаи, уже также цитированные по другому поводу, *Bamberger'a Oppenheim'a*, которые наблюдали у своихъ двухъ больныхъ съ псевдобульбарнымъ параличемъ и расстройства движеній мягкаго неба. При аутоксіи въ томъ и другомъ случаѣ болѣзненные очаги были исключительно въ корѣ большаго мозга. Конечно и тутъ принципиальный вопросъ о необходимости существованія коркового центра едвали вызываетъ большія сомнѣнія.

Итакъ, произведя обзоръ повѣйшихъ воззрѣній на возможность кортикальной локализаціи бульбарныхъ явленій, мы видимъ, что не встрѣтили въ нихъ противорѣчія нашему первоначальному предположенію о корковомъ происхожденіи наблюдавшихся у нашего больного бульбарныхъ симптомовъ. Рѣшивъ этотъ вопросъ въ утвердительномъ смыслѣ, для дальнѣйшихъ выводовъ изъ нашего случая представляется чрезвычайно важнымъ выяснить, имѣли-ли мы дѣло съ одностороннимъ поврежденіемъ мозговой коры и поврежденіе это, можетъ быть, располагалась симметрично въ обоихъ полушаріяхъ. Не смотря на заманчивость послѣдняго предположенія, которое примирило-бы нѣкоторыя противорѣчія моего случая съ принятыми большинствомъ взглядами, оно, по моему мнѣнію, должно быть безусловно отвергнуто. Если изолированное одностороннее пораженіе корковыхъ центровъ артикуляціи рѣчи, глотанія и др., находящихся въ непосредственной близости съ центрами мышцъ лица и конечностей, представляется большой рѣдкостью, а многими считается почти невѣроятностью, то тѣмъ болѣе это нужно сказать относительно двусторонняго пораженія. Кровоизліянія должны быть фотографически точно скопированы другъ съ друга, потому что малѣйшее измѣненіе ихъ формы могло вовлечь въ картину заболѣванія мышцы лица, языка, конечностей и т. д. А если признать, что правостороннему артикуляционному центру рѣчи въ лѣвомъ полушаріи соотвѣтствуетъ центръ афазии и сродныхъ съ нею состояній, то очевидно, что при совмѣстномъ пораженіи лѣвой половины мозга, наступили-бы совершенно иныя разстройства, чѣмъ въ нашемъ случаѣ. Надо признать такимъ образомъ, что у нашего больного поврежденіе было одностороннимъ.

Нарушеніе артикуляціи рѣчи въ моемъ случаѣ въ общемъ представлялось крайне сходнымъ съ тѣми явленіями, которыя наблюдались въ соотвѣтственныхъ случаяхъ *Kattwinkel*. Поврежденіе локализовалось въ правомъ полушаріи; какія либо параличныя явленія въ мышцахъ языка и губъ отсутствовали, движенія ихъ были совершенно свободны, они могли производить всю обычную, такъ сказать, свою работу: языкъ высовываться изъ рта, поворачиваться во все стороны, прижиматься къ твердому небу; губы складываться, для свиста, для гуденія свѣчи и т. д. они потеряли только способность производить совокупность тѣхъ движеній, которыя необходимы для воспроизведенія правильной членораздѣльной рѣчи.—Больной все понималъ, могъ читать, писать; онъ зналъ то слово, которое хотѣлъ сказать, онъ не могъ только выразить его опредѣленнымъ понятнымъ звукомъ—однимъ словомъ мы имѣли передъ собою случай простой анартрии, происхожденіе которой лишь обуславливалось не параличами мышцъ языка и губъ, а параличемъ самаго центра артикуляціи рѣчи, въ корѣ большого мозга.

Разстройство глотанія протекало у моего больного въ крайне тяжелой формѣ—ни одинъ кусочекъ твердой пищи, ни самый малейшій глотокъ воды не попадалъ у него въ пищеводъ и возвращался обратно частію черезъ носъ, частію черезъ ротъ; и безъ искусственнаго питанія больной былъ-бы обреченъ на голодную смерть. Нарушеніе акта глотанія въ такой тяжелой формѣ при псевдобульбарныхъ параличахъ, насколько я могъ собрать литературу этого вопроса, представляется по своей иптезивности единственнымъ въ своемъ родѣ. Въ больномъ матеріалѣ, которымъ располагалъ *Katwinkel*, ему много разъ, какъ я указалъ, случалось наблюдать разстройство глотанія у гемиплегиковъ, но ни разу оно не было абсолютно невозможнымъ.

Весьма затруднительнымъ является рѣшеніе вопроса о томъ, отчего зависѣло разстройство глотанія у моего больного: отъ паралича собственно глоточной мускулатуры или отъ пораженія самого коркового центра этого акта, существованіе котораго въ корѣ мозга несомнѣнно у животныхъ и весьма правдоподобнаго у человѣка (наблюденія *Bamberger's*а, *Oppenheim's*а). Миѣ этотъ вопросъ представляется въ слѣдующемъ видѣ: принимая въ нашемъ случаѣ за причину разстройство глотанія—параличъ глоточной мускулатуры, мы, помимо того, что при параличахъ никогда не наблюдаемъ такихъ абсолютныхъ нарушеній глотанія, какъ у моего больного, для объясненія этого явленія, должны признать двустороннее пораженіе мышечныхъ центровъ, что нами было уже выше отвергнуто, такъ какъ одностороннее поврежденіе ихъ могло самое большее обусловить только параличъ мышцъ на противоположной сторонѣ, что по словамъ *Gowers*а вызывало-бы лишь незначительное разстройство глотанія, несомнѣнно благодаря тому, что мышечные пучки располагаются въ глоткѣ циркулярно. Наоборотъ, допустивъ въ нашемъ случаѣ пораженіе не центра глоточныхъ мышцъ, а центра самого акта глотанія, координирующаго въ извѣстномъ опредѣленномъ порядкѣ сокращенія мышцъ при этомъ рефлексѣ, мы можемъ понять почему одностороннее, а быть можетъ и незначительное по своимъ размѣрамъ поврежденіе коры большого мозга, могло вызвать столь тяжкіе болѣзненные симптомы.

Все только что сказанное въ значительной степени относится и къ разстройствамъ, наблюдавшимся съ стороны гортани. Я напоминаю, что движенія обѣихъ голосовыхъ связокъ у моего больного были повидимому въ большей или меньшей степени возможны, по тѣмъ не менѣе больной не могъ сказать правильно ни одной гласной буквы, а издавалъ только какое-то мычаніе. И здѣсь, какъ въ актѣ глотанія, передъ нами стоитъ вопросъ—чѣмъ объяснить эти явленія: порезомъ-ли собственногортанныхъ мышцъ или пораженіемъ того проблематическаго центра, который координируетъ движеніе

этих мышц фонации? но здѣсь мы вступаемъ въ совершенно темную область—никакихъ наблюдений надъ центромъ фонации нѣтъ. Къ величайшему сожалѣнію въ силу плохой подвижности надгортанника, при ларингоскопическомъ изслѣдованіи, только очень рѣдко и на краткіе промежутки времени удавалось мнѣ видѣть у моего больного состояніе голосовой щели при попыткахъ фонации. Повидимому, какъ я указываю въ исторіи болезни, подвижность въ обѣихъ голосовыхъ связкахъ была сохранена: больной не могъ только управлять ихъ движеніями по своему желанію и потому вмѣсто ясныхъ и опредѣленныхъ звуковъ, при попыткѣ сказать какую либо гласную букву, у него получалось дикое, непонятное, но всетаки иногда довольно громкое мычаніе. Во всякомъ случаѣ, хотя впріорі существованіе такого артикуляціоннаго центра для фонации и представляется весьма вѣроятнымъ, но мое наблюденіе въ виду недостаточнаго, въ силу вышеуказанныхъ причинъ, изслѣдованія—не можетъ служить точныхъ и неопровержимыхъ доказательствомъ его существованія. Что касается возможности объяснять наблюдаемая мною явленія парезомъ гортанной мускулатуры, то и здѣсь вопросъ представляется далеко не яснымъ. Очевидно—если тутъ были парезы гортанныхъ мышцъ (о полномъ параличѣ не можетъ быть рѣчи, такъ какъ обѣ голосовыя связки всетаки двигались), то надо думать, что онъ былъ двустороннимъ потому что парезъ только одной связки не могъ-бы дать такой тяжелой картины, а разъ онъ былъ двустороннимъ, то слѣдовательно и былъ причиною двустороннимъ параженіемъ корковыхъ центровъ, возможность чего мы не разъ отвергали. Правда что и здѣсь, какъ я указываю, существуетъ два мнѣнія: съ одной стороны экспериментаторы надъ животными *Krause, Semon, Horsey, Onadi* и др. признаютъ за этимъ центромъ двойное дѣйствіе, т. е. что при раздраженіи центра на одной, происходитъ сокращеніе обѣихъ голосовыхъ связокъ; съ другой стороны *Masini, Brissaud* по отношенію къ человѣку считаютъ, что каждый центръ завѣдуетъ лишь одной, противоположной ему, половиной гортани. Последнее противорѣчіе можетъ быть объяснено впрочемъ также тѣмъ, что *Brissaud*, какъ видно изъ его словъ, подразумеваетъ въ своемъ взглядѣ центры гортанныхъ мышцъ, тогда какъ другіе изслѣдователи имѣли, вѣроятно, дѣло именно съ центромъ фонации. Во всякомъ случаѣ разрѣшеніе этого вопроса принадлежитъ будущему.

Изъ другихъ явленій у моего больного наблюдалось исчезновеніе рвотнаго и гортаннаго рефлексовъ. Не отрицая возможности кортикальнаго ихъ происхожденія—я указывалъ факты, подтверждающіе это мнѣніе—надо однако считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, что вообще степень чувствительности этихъ рефлексовъ подвержена значительнымъ колебаніямъ даже и у здоровыхъ людей и что, съ

другой стороны, пониженіе и даже полное исчезновеніе ихъ при нѣкоторыхъ формахъ первичныхъ страданій безъ анатомической подкладки напр. истеріи, представляютъ явленіе довольно частое. То обстоятельство, что у моего больного рефлексы возстановились въ концѣ болѣзни, позволеть намъ думать, что они были и раньше, и что мы дѣйствительно имѣли исчезновеніе ихъ во время болѣзни, но чѣмъ оно было обусловлено—поврежденіемъ коры или травматическимъ нейрозомъ, наличиемъ котораго нельзя совершенно отрицать у нашего больного—рѣшить очень трудно.

Ученіе объ ипнерваціи мягкаго неба, какъ я указалъ, вопросъ еще не вполне выясненный: одни изслѣдователи считаютъ, что онъ слабѣе п. *faciale*, другіе же п. *accessor. Willisii*, и разумѣется, въ еще большей степени это относится къ его корковымъ центрамъ. Я уже указалъ на работы *Kranse* и наблюденія *Vamberger* а и *Oppenheim*'а, которые допускаютъ возможность ихъ существованія, изъ чего можно заключить, что предположеніе о карткальномъ происхожденіи паралича мягкаго неба въ моемъ случаѣ, отнюдь не противоречитъ современнымъ воззрѣніямъ, но конечно это не было какъ предположеніе.

Намъ предстоитъ сказать теперь нѣсколько словъ о другихъ симптомахъ, наблюдавшихся у моего больного: состояніе зрачковъ, какъ, говоритъ *Gowers*, само по себѣ имѣетъ мало значенія: неравномѣрность ихъ указываетъ большею частью вообще лишь на какое-нибудь мозговое заболѣваніе. Повышеніе температуры представляетъ обычное явленіе въ первые дни послѣ значительныхъ травматическихъ насилій: наконецъ ослабленіе мышечной силы и мышечныя боли объясняются совокупностью всѣхъ вышеописанныхъ расстройствъ въ первой системѣ и побоями, нанесенными больному.

Въ заключеніе остается высказать предположеніе, что исчезновеніе всѣхъ бульбарныхъ явленій у больного можетъ быть объяснено или расасываніемъ крововліянія и возстановленіемъ *Status quo ante* или, въ случаѣ гибели правостороннихъ центровъ, замѣною ихъ симметричными частями лѣваго полушарія.

Выводы, которые я позволю сдѣлать на основаніи разбираемаго случая, слѣдующіе:

1) Псейдобульбарные параличи могутъ обуславливаться односторонними пораженіями коры большого мозга.

2) Помимо центровъ афазіи и сродныхъ съ нею состояній: аграфіи, алексіи и пр. существуетъ еще и центръ артикуляціи рѣчи. Весьма правдоподобно предположеніе *Katwinkel*'а, что онъ локализуется преимущественно въ правомъ полушаріи.

3) Кромѣ бульбарныхъ и корковыхъ центровъ мышцъ, сокращеніемъ которыхъ производится актъ глотанія, въ корѣ большаго мозга, и можетъ быть также преимущественно въ правомъ полушаріи, находится отдѣльный центръ для акта глотанія, какъ такового.

4) Представляется весьма вѣроятнымъ существованіе въ мозговой корѣ артикуляціоннаго центра для акта фонаціи.

5) Допустимо мнѣніе, что рвотный и гортанный рефлексы имѣютъ также свои отдѣльные центры, въ корѣ большаго мозга.

6) Очень можетъ быть, что въ корѣ существуетъ также центръ и для движеній мягкаго неба.

Литература.

Bamberger. Jahrbücher der Wienerkrankanstalten. (цит. по Костецкому).

Barlow. Brit. med. Journal. Juli 1878. (цит. по дисс. Иванова).

Brissaud Maladies de l'encéphale. Traité de médecine, publié sous la direct. MM. Charcot, Bouchard et Brissaud. Paris 1894 T. VI.

Bouchaux. Paralytic labio-glosso-laryngée d'origine cortical. Revue de médecine. 1895.

Dejerine Mémoires de la Société de biologie 1891 (цит. по Bouchaux).

Delavan. On the localisation of the cortical motor centre of the larynx. The med. Record New York. 1885 (цит. по Иванову).

Duret. Sur la circulation cérébrale comparé chez les animaux. Mémoires de la société de biologie 1897 (цит. по Иванову).

Edinger Verluft des Sprechvermögens et cet., bedingt durch ein. Klein. Heird in centr. Semiovole. D. med. Wochensch. № 14 1886.

Eisenlohr D. Zeitschs. Nervenkrank. 1891. (цитировано по Bouchaux).

Ferrier. Les fonctions du cerveau. (цит. по Иванову).

Freud. „Infant. Cerebriallahmny“ in Spec. pathol. u. Therap. herausgegeben v. Nothnagel. Bd. IX. Th. II. (цит. по Kattwinkel'ю).

Garel et Dor. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx. 1890. (цит. Bouchaux).

Goltz Der Hund ohne Grosshirn. Pflüger's archiv. Bd 51. 1892 г.

Gottstein. Die krankheiten des Kehlkopf (Цит. по Иванову)

Gowers. Руководство къ бол. нервн. сист. Переводъ Орбана со 2-го англійскаго изд. Сиб. 1896. Т. II.

Halipré. Thèse de Paris 1895 (Цит. по Kattwinkel'ю).

Henschen. Klin. u. anat. Beiträge Z. Pathol. des Gehirus. Upsala 1890 u 1894 г. (Цит. по Kattwinkel'ю).

Jendrassik Ueber die allgem. localisat. der Reflexe. D. archiv f. klin. med. Bd LII S. 569.

Kattwinkel. Ueber Störungen des Würgreflexes et cet. bei hemiplegien. D. arch. f. klin. med. 1897. Bd 59 S. 317.

Kirchoff. Cerebrale glosso-pharyngo-lobiale paralyse et cet. Arch. f. psych. Bd XI S 133. 81 г.

Klemperer. Experim. Untersuchungen über Phopationscentr. in Gehirn Arch. f. laryngol. und Rhynol. Bd. II (Цит. по Иванову).

Krause. Ueber die berichungen d. Grosshirnrinde zu kehlkopf und Rachen. Arch. anat. u. Physiolog. 1884.

Laborde. (Цит. по Kattwinkel'ю).

Lépine Revue de médecine 1892. (Цит. по Kattwinkel'ю).

Magnus Muller's arch f. anat. 1837. (Цит. по Kattwinkel'ю).

Marie et Brissaud. De la déviation faciale dans l'hémiplegie hysterique (Цит. по Kattwinkel'ю).

Masini Archivi Italiani di laryngol. 1888. (Цит. по Brissaud).

Munk. Ueber die Stirnlappen des Grosshirns (Цит. по Иванову).

Münzer. Ein beitrage Zur behre der Pseudobulbar. paralyse. Prag. med. Wachschr. 1890. (Цит. по Brissaud).

Onodi. Die Phonation in Gehirn. Berlin. Klin. Washenschr. 1899 № 48.

Oppenheim Ueber microgyrie u. infantilform der cerebral. Glosso laryngo-labial paralyse Neurol. Cbl. 1895 № 3. S 130.

Picot et Gobbs. Mitgetheilt auf d. Congress Zu Nancy 1896 (Цит. по Kattwinkel'ю).

Réthy Das Rindenfeld, die Sulcortic. Bahnen et cct. des Kauens u. Schluckens. Wien. med. presse № 23, 24, 25 1894 г.

Rochoux Recherches sur l'apoplexie (Цит. по Edinger'y S. 234).

Rossbach Beitrag. Zur localis. descortie. Stimmcentr. beim Menschen D. arch. f. klin. med. Bd 46. 1890 г.

Seguin. Fransaaction of the Neurological Associat. 1877 г. (Цит. по Иванову).

Semon et Horsley. Au experim. investigat. on the central motor inneration of the larynt. Proceedings of the Royal Society of London vol. 48 1890 г. (Кит. по Brissaud).

Soltmann. Experim. Studien über die function. des Grosshens de Neugeboren. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd IX 1876.

Strümpell Учебн. част. пат. и тер. внутр. болѣзней. Переводы Орбъквина съ 8-го нѣмецк. изд. Спб. 1895 г. III.

Wallenberg. Linkseitige Gesicht-zungen-Schlund-Kehlkopf (?) Lahmung et cct. Neurolog. Cbl. 1896 г. S. 199.

З. М. Бехтеревъ и Останковъ. Revu neurolog. 1893 № 24 p. 701 (Цит. по Brissaud).

В. М. Бехтеревъ. Обь отправленияхъ зрительныхъ бугровъ у животн. и человѣка. Экнер. изсл. Врачъ 1883 № 4 и 5.

В. М. Бехтеревъ. Обзорѣніе психіатр., невролог. и экспер. психол. 1897—стр. 462 (цит. по Иванову).

Л. О. Даркшевичъ. Клиническія лекціи. Литографированное изд. 1899 г.

Ивановъ. О центрахъ мозговой коры и подкорков. узловъ для движсній голосов. связок. и пр. Днес. 1899 Спб.

Костедкій. Къ патолог. псевдобульбар. параличей Вопросы вернопсих. мед. подъ ред. Сиворскаго Т. III 1898 г.

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія.

Е. Вайнштейнъ. *Стрептококкъ и антистрептококковая сыворотка; экспериментальное ея применение при послѣродовой стрептококковой септицеміи.* Дисс. СПб. 1900 г.

Авторъ обстоятельно излагаетъ свою работу въ четырехъ главахъ, предпосылая каждой соответственный литературный очеркъ. 1-я глава посвящена морфологій и биологій стрептококка, 2-я—исторіи возникновенія антистрептококковой сыворотки и различнымъ способамъ ея получения, 3-я—биологическимъ свойствамъ антистрептококковой сыворотки и 4-я—экспериментальному изслѣдованію антистрептококковой сыворотки при послѣродовой стрептококковой септицеміи.

На основаніи своихъ изслѣдовацій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: «Въ морфологическомъ отношеніи всѣ стрептококки идентичны. Ни подъ микроскопомъ, ни въ культурахъ стрептококки не имѣютъ какихъ либо постоянныхъ отличительныхъ признаковъ другъ отъ друга.

Въ биологическомъ отношеніи стрептококкъ представляетъ ту характерную особенность, что вирулентность его чрезвычайно непостоянна и измѣняется въ очень широкихъ предѣлахъ безъ всякихъ, подчасъ, видимыхъ причинъ. Несомнѣнно, что видъ животного, общее его состояніе и «входныя ворота» для инфекціи имѣютъ влияніе на исходъ зараженія стрептококкомъ; но, повидимому, существуютъ еще какія-то въ самихъ стрептококкахъ лежащія и непонятныя намъ при теперешнихъ методахъ изслѣдованія причины, которыя обуславливаютъ проявленіе стрептококкопій въ томъ или иномъ видѣ и въ той или иной силѣ.

Опыты (надъ кроликами и мор. свинками) по вопросу объ искусственномъ усиленіи вирулентности стрептококка устанавливаютъ слѣдующее:

а) палочки стрептококка, взятые от животных, погибших после заражения массовыми культурами, не дают постоянных результатов относительно усиления вирулентности.

б) заражение стрептококком после введения в кровь отрицательно-химотактических веществ или углю не повышает вирулентности;

в) введение культур на различных кровяных сыворотках не дает постоянных результатов;

г) введение культур на чистом бульоне и бульоне с сахаром не дает всегда положительных результатов;

д) заражение стрептококка в коллоидальных мясных, помещенных в брюшную полость живого животного не удерживает вирулентности на постоянной высоте и не всегда повышает вирулентности;

е) стрептококк, растущий в бульоне (без сахара) в атмосфере CO_2 и H_2 долгие удерживает свою вирулентность и последняя даже немного повышается;

ж) после ослабления стрептококка в смесь разрушенных кипячением старых стрептококковых культур с бульоном действуют на него оживляющим образом, повышая этим его вирулентность.

Исследования биологических свойств антистрептококковой сыворотки сводятся к следующему: а) стрептококк одинаково хорошо растет как на сыворотке иммунных против него животных, так и на нормальной (не иммунизированной) сыворотке;

б) вирусовывание котят под кожу антистрептококковой сыворотки в смеси со стрептококковой культурой вызывает смерть животного, чего не наблюдается при вирусовывании тех же веществ отдельно;

в) стрептококк, введенный в количестве $\frac{1}{2}$ —1 с.с. бульонной культуры в брюшную полость кролику, получившему за 24 часа до того 10 с.с. антистрептококковой сыворотки под кожу, постепенно поглощается скопляющимися в брюшной полости лейкоцитами (к началу 3-го часа от введения процесс заканчивается); в некоторых случаях животные, получившие предварительно сыворотку, погибают через 48—72 часа, что говорит 1) за возможность поздней инфекции отчасти оставшимися на свободе, отчасти поглощенными стрептококками, 2) за то, что кокки лейкоцитами поглощаются в живом виде и таковыми же еще некоторое время остаются внутри и 3) в практическом отношении—за необходимость повторных вирусовываний (сыворотки);

г) антистрептококковая сыворотка, введенная под кожу кролику, вызывает у него через 3—4 часа некоторый hyperleucocytosis;

д) по степени своей невосприимчивости к стрептококковой инфекции кролики могут быть расположены в следующем порядке: черные, белые и белые; это находит себе объяснение в том, пошдному факте, что у черных кроликов

(нормально) количество лейкоцитовъ наибольшее, у бѣлыхъ—наименьшее, сѣрые и пѣтіе занимаютъ въ этомъ отношеніи средину;

і) антистрептококковая сыворотка обладаетъ положительными химіотактическими свойствами. Дѣйствіе ея оказывается въ увеличеніи количества лейкоцитовъ и въ соціаліуляціи полинуклеаровъ къ поглощенію живыхъ стрептококковъ.

«Результаты экспериментовъ (съ кошками) надъ дѣйствіемъ антистрептококковой сыворотки при послѣродовой септицеміи могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ: а) въ противоположность зараженнымъ и нелѣченнымъ кошкамъ т-ра зараженныхъ (впрыскиваемъ культуры въ матку) послѣродовыхъ кошекъ, лѣченныхъ сывороткой, поднимающаяся иногда вскорѣ послѣ впрыскиванія сыворотки, уже чрезъ 12—24 часа падаетъ, отдѣленія прекращаются раньше, въ нихъ очень мало или совсѣмъ нѣтъ стрептококковъ, въ крови неvirulentные стрептококки или ихъ вовсе нѣтъ, нѣтъ чувствительности въ нижней части живота, нѣтъ потери въ вѣсѣ, животныя веселы и хорошо ѣдятъ;

б) температура падаетъ ниже, дольше держится низкой и общее состояніе лучше, если при первомъ повышеніи температуры впрыскивается сразу большое количество сыворотки, дѣйствіе этой первой большой дозы поддерживается затѣмъ въ слѣдующіе дни впрыскиваемъ нѣсколько меньшихъ количествъ; число этихъ повторныхъ впрыскиваній зависитъ отъ тяжести случая;

с) количество сыворотки, потребное для предохраненія и лѣченія, равно для человѣка въ первомъ случаѣ 30 с.с. заразъ и 60—90 с.с. заразъ для втораго случая;

д) если примѣненіе сыворотки начиается поздно или впрыскивается недостаточное количество, то, прежде чѣмъ сыворотка начнетъ оказывать свое дѣйствіе, стрептококки, успѣвъ приспособиться къ организму, приобретаютъ еще большую для него virulentность, и дѣйствіе сыворотки либо совсѣмъ парализуется, либо значительно ослабляется; это доказывается отсутствіемъ стрептококковъ въ крови кошекъ, лѣченныхъ сразу большими и частыми дозами и присутствіемъ кокковъ при противоположныхъ условіяхъ;

е) у всѣхъ зараженныхъ и нелѣченныхъ кошекъ, котята, которыхъ кормили ихъ больныя матери, черезъ нѣкоторое время погибли при явленіяхъ истощенія, но безъ стрептококковъ въ крови и органахъ; здоровый котенокъ лѣченной матери, отданный на кормленіе больной и нелѣченной кошки, подвергается той же участи; вѣроятно главная роль въ этомъ фактѣ принадлежитъ токсинамъ, прощкающимъ въ молоко матери».

Сопоставленіе результатовъ опытовъ и наблюденій автора надъ влияніемъ антистрептококковой сыворотки при послѣродовой септицеміи съ фактами клиническаго ея примѣненія показываетъ, что удачное примѣненіе ея при послѣродовой септицеміи требуетъ наличности трехъ условій: чистой стрептококковой инфекціи, ранняго начала впрыскиванія и примѣненія большихъ дозъ.

А. Подбельскій.

Я. Пальчиковскій. *Нѣсколько наблюдений надъ морфологіей и процессомъ размноженія бактерій.* Дисс. СПб. 1900 г.

Диссертация состоитъ изъ 3 главъ. Въ 1-й (стр. 1—19) авторъ дѣлаетъ краткое обзоріе появившихся въ литературѣ бактериологическихъ работъ до начала его изслѣдованій, 2-я глава (стр. 49—127) посвящена описанію методовъ, примѣнявшихся авторомъ, и наблюдений, произведенныхъ надъ *b. megatherium*, *b. subtilis*, *b. typhi abdominalis*, *b. diphtheriae* и *staphylococcus aureus*. У явно спорowychъ бактерій заѣвы производились съ культуры 2—3 мѣс. давности, у не спорowychъ 1 мѣс., а у стафилококка 4½ мѣс. давности. Для установленія чистоты взятой для работы культуры не прибѣгалось къ разливанію на пластинки или въ чашечки Петри. Изслѣдованію подвергались бактеріи въ живомъ состояніи и въ окрашенномъ (мертвомъ). Въ первомъ случаѣ бралась капля изъ застѣяннаго бульона и, кромѣ того, застѣянная крестообразно штрихомъ, капля застѣяннаго на днѣ выемки предметнаго стекла агара (собственный приборъ автора) и подвергались періодически наблюденію съ маленькой системой Leibz'a и окуляромъ 4-мъ. Во второмъ случаѣ приспосабливались мазки черезъ разные сроки изъ агарныхъ культуръ, развивавшихся въ термостатѣ. Мазки, подсушенные при комнатной т-рѣ, безъ фиксажи на пламени горѣлки красились 5—7 мин. карболомъ—фуксинномъ Zil'я и, промытые въ водѣ, разсматривались, потомъ подвергались обезцвѣчиванію 3%—5% растворомъ уксусной к-ты и снова разсматривались. Окраска мазковъ примѣнялась съ пѣлюю подмѣтити: 1) существованіе и развитіе зернышекъ у бактерій, 2) отношеніе зернышекъ къ процессамъ дѣленія у неспорowychъ и спорowychъ бактерій, 3) отношеніе зернышекъ къ спорамъ у спорowychъ бактерій. Въ 3-ей главѣ (127—149) авторъ дѣлаетъ попытку разобраться въ литературныхъ данныхъ относительно структуры внѣшней формы процесса размноженія и спорообразованія бактерій на основаніи своихъ наблюдений. Изложеніе главы сжато въ ущербъ ясности, фактическія данныя приведены недостаточно полно. Капсула по автору происходитъ изъ продуктовъ обмена бактеріи, можетъ окружать часть бактеріи, всю ее или нѣсколько бактерій. Путемъ плазмоллиза нельзя получить яснаго представленія объ оболочкѣ у всякой бактеріи и во всякомъ періодѣ ея развитія. Существованіе оболочки возможно доказать также при помощи одной лишь леффлеровской протравы (таннинъ съ желѣзнымъ купоросомъ), а кромѣ того посредствомъ предьявленія къ споровой культурѣ въ началѣ развитія ея экзима (именно *ruosucapsus'a*), въ послѣднемъ случаѣ все содержимое бактеріи растворялось, оставалась лишь оболочка въ видѣ футляра.

Авторъ, къ сожалѣнію, оставляетъ въ сторонѣ вопросъ объ оболочкѣ споръ, ея большой стойкости противъ физическихъ и химическихъ агентовъ, ея сопротивляемости проникновенію анилиновыхъ красокъ и вытекающей отсюда необходимости протравъ или прокалыванія. Главнѣйшія общія заключенія изъ диссертации слѣдующія:

а) при сравнительномъ изученіи живой клѣтки съ мертвой, по періодамъ развитія у всякой бактеріи, можно констатировать наружный не окрашивающійся слой въ видѣ оболочки, центральную часть въ видѣ одного или многихъ зеренъ, не только окрашивающихся, но и хорошо удерживающихъ окраску послѣ обезвѣчиванія кислотою; эти зерна въ параллель съ клѣтками животнаго и растительнаго происхожденія можно называть ядромъ, но этимъ еще не обозначается ихъ полное тождество. Промежуточную часть между ядромъ и оболочкой бактериальной клѣтки можно считать за протоплазму. б) При образованіи споръ у споровыхъ бактерій одно изъ зеренъ клѣтки образуетъ центръ, вокругъ котораго начинаютъ располагаться остальные элементы клѣтки, прочія же зерна, какъ и остатокъ тѣла клѣтки, послѣ образованія споры, могутъ раствориться и окончательно исчезнуть, или зерно можетъ освободиться изъ клѣтки, но оно тогда не способно къ самостоятельному существованію. в) Размноженіе у всѣхъ бактерій, подвергавшихся наблюденію, происходило не позднеѣ 4-хъ часовъ послѣ засява. г) Дѣленіе бактерій на эндоспоровыя и артроспоровыя должно быть оставлено, такъ какъ послѣднія представляютъ собой простое дѣленіе бактерій на мелкіе индивидуумы, которое можетъ возникать и въ эндоспоровыхъ бактеріяхъ. е) Разсматриваніе сумки бактерій, какъ протоплазмы послѣднихъ, или какъ результатъ набуханія наружной оболочки бактерій, не находятъ себѣ подтвержденія ни въ окраскѣ, ни въ постоянствѣ явленія.

А. Подольскій.

Внутреннія болѣзни.

Е. Б. Блюменау.—*О заболѣваніи верхнихъ дыхательныхъ путей при ревматизмѣ.* Врачъ. 1901, № 6.

Авторъ разбираетъ діагностику и леченіе ревматической жабы, ревматическаго пораженія гортани и передне-черпаловиднаго сочлененія.

Участіе верхнихъ дыхательныхъ путей въ заболѣваніи ревматизмомъ отмѣчено Trouseau, Clark'омъ и Ogle, Legrande'омъ, Riponier'омъ, Lesègue'омъ, Fernet'омъ, Ruos'омъ и др. Что глотка можетъ служить входнымъ путемъ при проникновеніи въ организмъ болѣзнетворныхъ чужездныхъ, доказывается тѣсною связью заболѣваній глотки съ нѣкоторыми общими заболѣваніями (дифтерія, корь, скарлатина). Окончательное рѣшеніе вопроса о связи заболѣваній дыхательныхъ путей съ ревматизмомъ невозможно, такъ какъ специфическій

возбудитель ревматизма еще не известен до сих поръ. Но съ клинической стороны это отношеніе установлено, хотя по наружному виду ревматическое заболѣваніе горла ничѣмъ не отличается отъ обыкновенной или мѣшечной жабы. До нѣкоторой степени характернымъ признакомъ для ревматической жабы авторъ считаетъ боль при глотаніи, остающуюся послѣ исчезанія воспалительныхъ явлений и зависящую отъ распространенія ревматическаго заболѣванія на глоточныя мышцы. Частота заболѣванія ревматизмомъ послѣ жабы составляетъ 5% всѣхъ случаевъ (Lebert, Groedel). Самъ авторъ изслѣдовалъ 20 больныхъ съ острымъ суставнымъ ревматизмомъ въ первый же день ихъ поступленія въ Обуховскую женскую больницу и могъ подмѣтить связь жабы съ ревматизмомъ всего у 3 больныхъ. Авторъ описываетъ 3 другихъ случая, въ которыхъ связь ревматизма съ поражениемъ горла была очевидна. Наиболее интересенъ 2-ой случай, гдѣ послѣ ревматическаго заболѣванія горла развилось поражение внутрисердця безъ ясныхъ признаковъ ревматизма суставовъ.

Ревматическое заболѣваніе гортани наблюдалось R. Hirsch'emъ, Freudenthal'emъ и др. Самъ авторъ описываетъ 3 случая. Отличительнымъ признакомъ подобныхъ заболѣваній является не только связь съ ревматизмомъ, но также болѣе или менѣе быстрое улучшеніе всѣхъ przypadковъ вслѣдъ за назначеніемъ противоревматическихъ средствъ и почти полная безуспѣшность чисто мѣстнаго леченія.

Ревматическое заболѣваніе передне-черпаловиднаго сочлененія (sinovitis s. arthritis crico-arytaenoidea rheumatica) было описано Симановскимъ, Grünwald'emъ, Compaired'омъ, Georges Meug'омъ и др. Самъ авторъ описываетъ 2 случая: одинъ случай ревматическаго происхожденія, другой—гриппознаго. Характернымъ признакомъ являются наиболѣе рѣзкія измѣненія въ области черпаловиднаго хряща и сильная болѣзненность снаружи въ мѣстѣ передне-черпаловиднаго сочлененія. Излечивается подъ вліяніемъ соответственныхъ средствъ. Въ случаѣ неправильнаго леченія болѣзнь можетъ окончиться тугоподвижностью или полною неподвижностью сустава.

Л. Усковъ.

Д. И. Вѣрюжскій.—*Начальные степени пороковъ сердца у военно-служащихъ.* Врачъ. 1901 г. № 8.

Авторъ описываетъ признаки, которыми приходится руководиться при установкѣ діагноза порока сердца у новобранцевъ и у старослужащихъ нижнихъ чиновъ. Всего авторъ наблюдалъ 57 больныхъ, изъ коихъ у 45 (36 новобранцевъ, 9 старослуж.) были распознаны пороки сердца. По степени выраженности przypadковъ болѣзни авторъ различаетъ 3 разряда. Къ первому разряду причисляетъ 20 типичныхъ сердечныхъ больныхъ, ко 2-му разряду—17 больныхъ, у которыхъ пороки сердца не давали полной клинической картины; къ 3-му раз-

ряду—8 больныхъ съ присутвіемъ шума на верхушкѣ сердца. Съ недостаточностью двустворки было 44 и 1 случай стѣсненія дорты.— Изъ трехъ основныхъ признаковъ пороковъ сердца—посторонній шумъ, увеличеніе размѣровъ органа и характерное измѣненіе силы сердечныхъ тоновъ—у всѣхъ съ безусловнымъ постоянствомъ наблюдался лишь первый. Степень выраженности его подвергалась большимъ колебаніямъ и создавала первая трудности для распознаванія. Для обнаруженія шума пришлось прибѣгать къ усилению дѣятельности сердца примѣненіемъ дѣятельныхъ движеній или къ замедленію дѣятельности сердца (положеніемъ на спинѣ, лекарственными веществами). Органическое происхожденіе шума доказывалось исключеніемъ малокровія и предшествующихъ истощающихъ болѣзней. Гипертрофія прав. желудочка и усиленіе 2-го тона на легочной артеріи при недостаточности двустворки были выражены не рѣзко. На первое указывали до нѣкоторой степени *pulsatio epigastica*, распространенность толчка верхушки и приближеніе его къ лѣвой сосковой линіи. Изъ другихъ признаковъ наблюдались: учащеніе пульса, особенно послѣ движеній, и измѣненіе ритма сердечныхъ сокращеній.—Кровяное давленіе въ среднемъ было повышено (130—170 mm Hg). Но учащеніе пульса, измѣненіе ритма и повышеніе кров. давл.—признаки не постоянныя и бываютъ у многихъ нейрастениковъ безъ пораженія сердечныхъ заслонокъ и отверстій.

Авторъ полагаетъ, что бытовья условія военной службы—ученіе въ пѣшемъ строю, походы, маневры, караулы и т. д. оказываютъ неблагоприятное вліяніе на теченіе сердечныхъ болѣзней, ускоряя ихъ развитіе. А такъ какъ теперь доказано самостоятельное незамѣтное для больныхъ развитіе пороковъ сердца безъ предшествующихъ острыхъ болѣзней, то этимъ объясняются, по всей вѣроятности, случаи обнаруженія пороковъ сердца у нижнихъ чиновъ на 3—4 году службы.

Л. Усковъ.

И. Г. Габриловичъ.—*Къ вопросу о значеніи т. наз. паралитической груды (thorax paralyticus).* Врачъ. 1901 г. № 4.

Вслѣдствіе отсутствія точныхъ измѣреній грудной клѣтки у чахоточныхъ, авторъ занялся опредѣленіемъ характерныхъ особенностей послѣдней на основаніи цифровыхъ данныхъ. Измѣренія, произведенныя на здоровыхъ людяхъ (31 чел.), привели къ слѣдующимъ результатамъ: если окружность грудной клѣтки принять за 100, средняя цифра, опредѣляющая ростъ тѣла по отношенію его къ окружности грудной клѣтки равняется 180 или 1,8:1,0, при чемъ крайнія наименьшія и наибольшія колебанія выражаются числомъ 20 (160 и 200). Самое благоприятное строеніе грудной клѣтки выражается отношеніемъ 1,6:1,0, а наименѣе благоприятное 2,0:1,0. Такъ обр. окружность грудной клѣтки у здоровыхъ гораздо больше $\frac{1}{2}$ роста. Отношеніе окруж-

ности живота къ окружности грудной клѣтки 0.89:1.00, Длина туловища въ среднемъ 62, а отношеніе ея къ окружности грудной клѣтки 0.62:1.00. Отношеніе передне-задняго размѣра къ боковому 0.7:1.0. Измѣренія на 75 чахоточныхъ дали слѣдующія среднія цифры: отношеніе окружности грудной клѣтки: къ росту 1:2.0, къ окружности живота 1:0.86, къ длинѣ туловища 1:0.67; отношеніе бокового размѣра къ передне-заднему выражается 1:0.73 и 1:0.76. Сравнивая данныя, полученные на здоровыхъ и чахоточныхъ людяхъ, Габриловичъ заключаетъ, что грудная клѣтка у чахоточныхъ длинна и сужена въ боковомъ размѣрѣ, при чемъ окружность въ среднемъ равняется $\frac{1}{2}$ роста. Паралитическая же грудь, какъ ее описываютъ авторы,—явленіе рѣдкое у чахоточныхъ I-й и II ступеней болѣзни, но такая клѣтка получается впоследствии, при полномъ истощеніи организма, у больныхъ III-й ступени. Описанную грудную клѣтку у чахоточныхъ авторъ признаетъ результатомъ наследственныхъ вліяній.

Л. Усковъ.

В. А. Домбровскій.—*Распознавательное и предохранительное значеніе Коч'овскаго туберкулина.* Врачъ. 1901 г. № 1.

Авторъ, основываясь на сообщеніяхъ Коч'а и В. Fränkel'я, примѣнилъ въ 16 подозрит: случаяхъ (6 остр. катар. дых. путей, 3 сух. восп. легочн. плевцъ, 3 болотн. зараж., 2 малокровіе, 1 затяжн. восп. брюшины) впрыскиваніе Коч'овскаго туберкулина по слѣдующему способу: 0.1 к.с. туберкулина смѣшиваютъ съ 10 к.с. обезжиренной воды и этой смѣси впрыскиваютъ въ подкожную клѣтчатку больному на первый разъ одно дѣленіе Pravaz'овскаго шприца, т. е. 0.1 к.с. смѣси или 0.001 туберкулина. Въ случаѣ неполученія реакціи черезъ 3 дня повторяютъ впрыскиваніе, но на этотъ разъ берутъ уже 5 дѣлений Pravaz'овскаго шприца вышеуказанной смѣси, т. е., 0.005 грм. туберкулина. Если и во второй разъ, реакціи не получилось, то въ 3-ій и послѣдній разъ впрыскиваютъ уже полный Pravaz'овскій шприцъ,— 0.01 грм. туберкулина. Этимъ и заканчивается вся проба. Наличие у больного бугорчатки считается установленною при поднятіи температуры выше обычной для больного нормы не менѣе какъ на $\frac{1}{2}^{\circ}$ Ц.

Результаты слѣдующіе: 4 (1 остр. кат. дых. путей, 2 сухое восп. легочн. плевцъ и 1 болот. зараж.) совершенно не реагировали на трехкратное впрыскиваніе туберкулина; у 3-хъ реакція наступила вслѣдъ за первымъ впрыскиваніемъ туберкулина, у 6 послѣ второго впрыскиванія, у 3 лишь послѣ третьяго впрыскиванія. 11 больныхъ прибыли въ вѣсѣ; ни бѣлка въ мочѣ, ни діазореакціи не наблюдалось. Поднятіе температуры въ 3-хъ случаяхъ доходило до 0.8⁰—0.7⁰, въ 9 же случаяхъ было болѣе 1⁰.

На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ заключенію, что, при всестороннемъ клиническомъ изслѣдованіи больного и при подозрѣніи на бугорчатку, примѣненіе туберкулина съ распознавательною цѣлью, при полной его безвредности для больныхъ, слѣ-

дугей считать весьма ценнымъ средствомъ для распознаванія раннихъ ступеней буторчатки.

Л. Усковъ.

Н. В. Слетовъ и П. И. Постниковъ.—*Электролизъ при рубцевомъ суженіи пищевода.* Врачъ. 1901 г. № 1.

Авторы приводятъ два случая успешнаго леченія рубцеваго суженія пищевода постояннымъ токомъ отъ 5 М. А. до 15 М. А. Въ обоихъ случаяхъ суженіе послѣдовало послѣ литья напаярнаго спирта. Во второмъ случаѣ страданіе длилось съ $^{25}/_{IX}$ 1897 по $^{23}/_{IX}$ 1900 и больная явилась къ авторамъ въ самомъ плачевномъ состояніи послѣ неоднократнаго леченія бужированіемъ и послѣ леченія линейнымъ электролизомъ у Fort'a въ Парижѣ. При ростѣ 2 арш. и $3\frac{1}{2}$ вершка больная вѣсила 3 пуда 10 фунтовъ. Авторамъ потребовалось примѣнить электролизъ 5 разъ. Леченіе длилось съ $^{23}/_{IX}$ по $^{22}/_{X}$ 1900. Больная оправилась совершенно и прибыла въ вѣсъ на $6\frac{1}{2}$ фунтовъ. Техника слѣдующая: на спину или животъ кладутъ широкую пластинку, соединенную съ + батареей, — же батареи соединяютъ съ мѣднымъ прутомъ, уединеннымъ по длинѣ, а на концѣ снабженнымъ винтомъ; на послѣдній навертываютъ оливы—мѣдныя, никелированныя или нейзильберныя—разныхъ величинъ: отъ $\frac{1}{2}$ до 2 см. въ поперечникѣ. Когда олива установлена на рубцѣ, токъ замыкаютъ и, наблюдая непрерывно за гальванометромъ, часами, пульсомъ и выраженіемъ лица больной, ждутъ пока олива не проскользнетъ за рубецъ: тогда токъ размыкаютъ и осторожно извлекаютъ приборъ. Болѣзненность—ничтожная. Сущность дѣйствія электролиза авторы сводятъ на омыленіе рубца, отчасти на раствореніе его. Образованіе прижиганія авторы отрицаютъ на основаніи того факта, что олива при этомъ не нагревается. Поверхностный ожогъ отъ образованія щелочей и механическаго разрыва не допустимъ потому, что послѣ нихъ остается сильная наклонность къ сращенію.

Л. Усковъ.

Н. С. Соловьевъ.—*Balantidium coli, какъ возбудитель затяжныхъ поносовъ.* Врачъ. 1901 г. №№ 12 и 14.

Авторъ изучилъ клинически и съ патолого-анатомической стороны случай затяжнаго поноса съ балантидией толстыхъ кишекъ въ испражненіяхъ больного. Указавъ подробно на соответствующую литературу, онъ описываетъ свой случай. Больной, 54 л., поступилъ въ клинику проф. М. Г. Курдова съ жалобами на кровавый поносъ съ натугами и болью, отсутствіе позыва на ѣду, сильную слабость, жажду и зяблость. Боленъ 10 дней. Испражненія участились до 20 въ

сутки; была рвота. Больной сильно ослабъ. При объективномъ изслѣдованіи—животъ втянутъ и болезненъ по проглатанію толстыхъ кишекъ. Слабитъ черезъ 20—30 мин.; испражнений, густо-окрашенныхъ кровью и щелочной реакціи, за каждый разъ около 2-хъ стол. ложекъ. Въ испражненіяхъ при микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены въ обиліи балантидіи толстыхъ кишекъ. Величина чужеяднаго до 65 м; длина роговой воронки не свыше $\frac{1}{4}$ длины тѣла; рѣснички, покрывающія поверхность, не располагаются правильными рядами; внутри 2 пустоты и продолговатое, въ 8:17 м. ядро. Лечение больного осталось безъ успѣха. На 3-ій день послѣдовала летальный исходъ. Посмертное распознаваніе: язвенный колитъ, вызванный балантидіями толстыхъ кишекъ; слипчивое воспаленіе сѣвороточнаго покрова печени и селезенки; расширеніе легкихъ; отекъ мягкой мозговой оболочки; оплотненіе аорты и мозговыхъ сосудовъ. Макроскопическая картина сходна съ описаніями другихъ авторовъ. Выводы изъ микроскопическихъ изслѣдованій заключаются въ слѣдующемъ: балантидіи толстыхъ кишекъ, по присущей имъ способности къ сильнымъ самостоятельнымъ движеніямъ, проникаютъ между железами здоровой слизистой. Проникнувъ далѣе въ подслизистую ткань, они усиленно размножаются въ ней и производятъ здѣсь наиболѣе рѣзкія измѣненія. Отсюда уже они проникаютъ между мышечными пучками и въ подсѣвороточную ткань. Омертвѣніе начинается съ подслизистой ткани; распространяясь отсюда во всѣ стороны, оно доходитъ книзу до мышечнаго слоя, а кверху до слизистаго. Лишенные правильнаго питанія железы на соответственныхъ мѣстахъ омертвѣваютъ и отпадаютъ, если онѣ еще раньше не были разрушены чужеядными. Въ заключеніе авторъ указываетъ, что упорство страданія и склонность къ возвратамъ объясняется присутствіемъ чужеядныхъ въ глубинѣ тканей.

Л. Усковъ.

Л. А. Финнелъштейнъ.—*О впрыскиваніи коричноокислаго натра (natri cinnaulici) у буржорковыхъ больныхъ.* Врачъ. 1901 г. № 2, 4 и 5.

Литературныя данныя по этому вопросу разнорѣчивы. Въ то время какъ Landerer, Opitz, Schottin, Горчаренко, Юрьевъ, Ловицкій, R. Hessen и Василенко отзываются благопріятно объ этомъ методѣ леченія, другіе авторы—Гиждеу, Bourget, Марковитинъ, А. Mann, Кораблевъ держатся противоположнаго мнѣнія. Разобравши работы указанныхъ авторовъ, Ф. переходитъ къ своимъ 20 наблюденіямъ. Больные были въ возрастѣ отъ 19 до 42 л., большинство же отъ 20 до 30 лѣтъ. У одного больного было пораженіе одной верхушки до 2-го ребра безъ катарра, у остальныхъ—болѣе рѣзкія измѣненія съ катарромъ, но безъ признаковъ явнаго разрушенія легочной ткани. Больныя находились въ здравницѣ «Хазила». Впрыскиванія воднаго раствора коричноокислаго натра (0,15 и 0,3:10.0) производились въ междопаточную область, поочередно справа и слѣва, въ 2—3 часа

попозднѣе, черезъ 2 дня въ третій. Число впрыскиваній было отъ 10 до 45. Анализируя полученныя данныя, авторъ объясняетъ наблюдавшіяся благоприятныя измѣненія въ вѣсѣ, самоочувствіи, потѣ, кашлѣ, мокротѣ и отчасти въ количествѣ палочекъ пребываніемъ въ здравнищѣ. Что же касается объективныхъ данныхъ въ легкихъ, которыя наитруднѣе поддаются гигиено-діететическому содержанию въ здравнищѣ, то авторъ не нашелъ въ нихъ желательныхъ перемѣнъ. Въ самомъ дѣлѣ, при постукиваніи тонъ не прояснялся, измѣненія дыханія оставались прежними, катарръ держался, пещеры не очищались; мало того, впрыскиванія не мѣшали являться барабанному тону, амфорическому дыханію и хрипамъ на новыхъ мѣстахъ. Авторъ не признаетъ за этимъ методомъ терапевтическаго значенія.

Д. Усковъ.

ХИРУРГІЯ.

Г. А. Горбуновъ. *Хлороформное усыпленіе безъ подготовки кишечника.* Врачъ. 1900 г. № 18.

Разбирая 1223 случая хлороформированія, изъ которыхъ 95 безъ подготовки кишечника, авторъ приводитъ рядъ цифровыхъ данныхъ—расходъ хлороформа въ 1 м., время наступленія усыпленія, продолжительность возбужденія, % осложнений,—болѣе благоприятныхъ для хлороформированія безъ подготовки кишечника.

Принимая во вниманіе, что подготовка больного имѣетъ массу неприятныхъ сторонъ и ослабляетъ его, авторъ считаетъ умѣстнымъ поставить вопросъ—насколько практически необходима эта подготовка?

І. Левинъ.

Я. Б. Зельдовичъ. *Объ обезбоживаніи впрыскиваніемъ обезболивающихъ жидкостей въ спинномозговой каналъ.* Врачъ. 1900 г. № 2.

Изложивъ вкратцѣ статью проф. Vier'a, «Попытка кокаинизировать спинной мозгъ», авторъ приводитъ исторіи болѣзней своихъ 4 случаевъ (пироговская операція, ампутація голени, вылушеніе раковой опухоли колѣна и резекція колѣннаго сустава). Количество введеннаго кокаина колебалось между 0,006 и 0,01, анестезія наступала черезъ 5—9 минутъ, держалась 35—56 мин. Кромѣ побочныхъ явленій, описанныхъ Vier'омъ (головная боль, головокруженіе и рвота),

авторъ во всѣхъ своихъ случаяхъ наблюдать черезъ 3—5 часовъ послѣ операции ознобъ и рѣзкій скачекъ температуры до 39—40; послѣдняя выравнивалась черезъ 24—48 ч. Такое же повышение t° онъ наблюдалъ и у животныхъ, при своихъ опытахъ надъ ними. На основаніи нѣслага ряда опытовъ, произведенныхъ имъ на ряду съ контрольными, гдѣ вмѣсто кокаина въ спинномозговой каналъ вводился физиологическій растворъ хлористаго натра, авторъ высказывается, хотя и не категорично, что 1) увеличивая количество кокаина, можно расширять область обезболиванія и 2) почти всѣ побочныя явленія, особенно ознобъ и повышение t° должны быть приписаны кокаину.

Въ виду небольшого количества наблюдений способъ этотъ въ настоящее время можетъ примѣняться лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда хлороформированіе противопоказано или рискованно.

Г. Левинъ.

И. И. Маслениковъ. *Къ вопросу о хирургическомъ леченіи общихъ отековъ.* Ежегодникъ 1900 г. № 21.

Указавъ на крайне тяжелое положеніе врача, когда больной съ хроническими отеками, несмотря на примѣненіе «всвозможныхъ терапевтическихъ средствъ не поправляется, «застрѣваетъ» въ больницѣ, напрасно занимая койку, столь необходимую для излечимыхъ кандидатовъ, авторъ приводитъ исторіи болѣзней своихъ 5 случаевъ, пользовавшихся имъ по способу Спасокукоцкаго—подсочковос леченіе, который далъ ему возможность не отказать такимъ больнымъ въ кощномъ леченіи.

Съ технической стороны видоизмѣненія автора заключаются въ замѣнѣ специальныхъ трубочекъ обыкновеннымъ стекляннымъ окончатымъ дренажомъ, въ примѣненіи сидячаго или полусидячаго положенія и въ назначеніи во время подсочки внутрь сердечныхъ средствъ. Перечисливъ всѣ способы хирургическаго леченія отековъ и указавъ ихъ недостатки, авторъ, на основаніи личнаго опыта, отдастъ предпочтеніе способу Спасокукоцкаго; при немъ черезъ маленький кожный разрѣзъ вставляется толстый стеклянный (слѣд. асептический) дренажъ, съ обѣихъ сторонъ кладутъ два кожныхъ шва, чѣмъ достигается истеченіе жидкости только черезъ дренажъ и предупреждается появленіе экземы.

Подсочка, по мнѣнію автора, освобождая сосудистую систему отъ давленія отечной жидкостью, ставитъ сердце въ благоприятныя условія для его работы и улучшаетъ самочувствіе больныхъ; въ виду этого авторъ горячо рекомендуетъ широкое примѣненіе въ земской практикѣ способа Спасокукоцкаго, въ комбинаціи съ терапевтическими пріемами.

Г. Левинъ.

В. Е. Нешель. *Матерьялы къ вопросу объ оперированіи при мѣстной обезболѣваніи по Schleich'у.* Врачъ 1900 г. № 49.

Указавъ на рѣзкое паденіе числа хлороформированій въ заграничныхъ клиникахъ съ введеніемъ способа Schleich'a и считая этотъ способъ истиннымъ благодѣиіемъ для земскихъ врачей, работающихъ безъ помощниковъ, авторъ, основываясь на своихъ 4 случаяхъ каменной болѣзни, при которой онъ впервые произвелъ sectio alta, при мѣстной анестезіи по Schleich'у съ затратой отъ 7, 5—10 к.с. жидкости № 1, выноситъ убѣжденіе, что sectio alta можетъ быть произведена безболѣзненно при мѣстной анестезіи, въ особенности, гдѣ стѣнки пузыря не сильно измѣнены и гдѣ удается оперировать при наполненномъ пузырьѣ.

Ампутація предплечья, произведенная авторомъ при анестезіи по Schleich'у съ затратой 25 к. с. жидкости № 1, даетъ автору возможность сказать, что мѣстная анестезія во 1) вполне примѣнима въ случаяхъ, гдѣ техника несложна, гдѣ планъ операціи предначертанъ и не можетъ возникнуть непредвидѣнныхъ осложненій, и во 2) нисколько не увеличиваетъ срока заживленія раны.

Въ заключеніе, авторъ высказываетъ пожеланіе болѣе широкаго примѣненія способа Schleich'a, чтобы можно было установить показанія и противопоказанія къ его примѣненію.

И. Левинъ.

И. А. Русловъ. *О леченіи фурункулеза препаратами сѣры.* Медц. Обозр. 1900 г. Сент.

Указавъ на инфекціонное происхожденіе фурункулеза—*staphylococcus pyogenes aureus et albus* и перечисливъ общіе и мѣстные predisposing моменты, авторъ переходитъ къ общему леченію этого страданія. Въ случаяхъ, гдѣ причина фурункулеза не ясна врачу, помимо укрѣпляющаго леченія, приходится прибѣгать къ эмпирическимъ средствамъ, какъ-то мышьякъ по Lesser'у и пивныя дрожжи по Brocq'у; къ таковымъ средствамъ на основаніи 12 лѣтнихъ наблюденій авторъ относитъ и Sulfur depuratum, предложенный Ringer'омъ. Лучшіе результаты получались у людей крѣпкаго тѣлосложенія съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ.

О способѣ дѣйствія сѣры авторъ допускаетъ, что въ тонкихъ кишкахъ она является въ видѣ сѣрнистой щелочи, которая, попадая въ кровь, протекаетъ съ послѣдней къ потовымъ железамъ, кислымъ секретомъ которыхъ разлагается, давая сѣроводородъ, послѣдній, улетучиваясь съ поверхности покрововъ, дѣйствуетъ на инфекціонное начало фурункуловъ; взглядъ этотъ находитъ себѣ подтвержденіе въ

ислѣдованіяхъ Schönpfeyla, по которымъ сѣроводородъ препятствуетъ дрожжамъ разлагать перекись водорода. Кроме того, по мнѣнію автора, нѣкоторый терапевтическій эффектъ при фурункулезѣ оказываетъ и послабляющее дѣйствіе сѣры при ея внутреннемъ употребленіи.

Г. Левинъ.

Электротерапія.

Н. В. Слетовъ и Н. К. Ивановъ—*О трехфазномъ токъ и его примѣненіи въ гинекологіи.* Медицинское Обзорѣніе. 1901 г. Мартъ.

На страницахъ того-же журнала уже неоднократно появлялись работы д-ра Слетова, посвященныя вопросу о терапевтическомъ дѣйствіи т. н. трехфазнаго тока. Преимущества этого тока для медицинскихъ цѣлей заключаются въ томъ, что онъ не производитъ такого разрушительнаго мѣстнаго дѣйствія, какъ постоянный токъ, и что можно пользоваться большими его количествами, не вызывая той болѣзненности, какая ощущается при сильномъ прерывистомъ токѣ. Дѣйствіе трехфазнаго тока по отношенію къ различнымъ тканямъ состоитъ въ слѣдующемъ: 1) кожа на мѣстѣ приложенія электродовъ дѣлается очень красной, но и при очень сильномъ токѣ (120 МА въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа) не обнаруживаетъ никакихъ слѣдовъ ссадинъ и ожоговъ. 2) Мышцы энергично сокращаются, при чемъ по нимъ пробѣгаютъ какъ-бы волны послѣдовательныхъ фибриллярныхъ подергиваній. Такого рода пассивная гимнастика мышцъ довольно скоро ведетъ къ поднятію ихъ тонуса. Съ особеннымъ успѣхомъ Слетовъ примѣнялъ трехфазный токъ при тѣхъ параличахъ съ атрофіями, гдѣ уже давно мышцы не отвѣчали на электрическія раздраженія, какъ, напр., при дѣтскихъ параличахъ, при лицевомъ параличѣ, при ptosis и т. д. 3) на общую нервную систему описываемый токъ дѣйствуетъ слабѣе постоянного, но сильнѣе прерывистаго. Мѣстное дѣйствіе на нервныя окончанія сводится къ утомленію нерва, къ ослабленію его чувствительности, но значительно быстрѣе и полнѣе, чѣмъ при индуктивномъ токѣ. На этомъ основаніи данный токъ показывается тамъ, гдѣ чувствительность болѣзненно повышена. 4) Постоянное и выдающееся явленіе при трехфазной электризаціи—это расширеніе сосудовъ, въ видѣ сильной активной гипереміи, проникающей вглубь тканей: ткани кажутся на ощупь горячими, сочными. Явленіе это объясняется электрохимическимъ воздѣйствіемъ указаннаго тока.

Техника пользования трехфазным током крайне проста: ток берется штепселемъ отъ розетки или отъ лампового патрона; одна вѣтвь тока идетъ прямо къ больному, а въ другую вводится ламповый реостатъ.

При леченіи женскихъ болѣзней трехфазный токъ авторы примѣняютъ съ 1899 г. и наблюдали за это время 188 больныхъ. Не дѣлая окончательныхъ выводовъ, авторы сообщаютъ слѣдующіе результаты, полученные ими при примѣненіи трехфазнаго тока: 1) при эндометритахъ и метритахъ (не бленноройнаго характера) замѣчается: уменьшеніе бѣлей, прекращеніе кровотеченія, наступленіе правильной менструаціи, исчезновеніе болей, уменьшеніе въ объемѣ и уплотненіе матки. 2) При периметритахъ, диспореиніи, овариальгіяхъ наблюдается болесутоляющее дѣйствіе. 3) При параметритахъ трехфазный токъ вліяетъ разсасывающимъ образомъ. 4) При сальпингитахъ и оофоритахъ исчезаютъ воспалительныя явленія. 5) При фибромахъ, кромѣ ослабленія болѣзненныхъ симптомовъ, какъ будто ограничивается ростъ опухоли. 6) При выпаденіяхъ матки и опущеніяхъ стѣнокъ влагалища наблюдается поднятіе тонуса мышцъ и укрѣпленіе мышечно-связочнаго аппарата матки. 7) Въ случаяхъ недержанія мочи, зависящихъ отъ ослабленія мышцъ шейки пузыря, трехфазный токъ дѣйствуетъ укрѣпляющимъ образомъ. 8) Трехфазный токъ легко переносится больными, не производитъ ожоговъ кожи и слизистой оболочки и, кромѣ того, благоприятно вліяетъ на общее состояніе, нервную систему и пищеварительный каналъ.

Г. Клячкинъ.

Прив. доп. С. М. Шацкій. — *Основы терапевтическаго дѣйствія постоянного тока.* Обзор. Псих. 1901 г. Январь и Февраль.

Авторъ указываетъ на стремленіе современныхъ электротерапевтовъ къ рационализму, но полагаетъ, что въ выводахъ авторовъ о физиологическомъ дѣйствіи гальваническаго тока, какъ разсасывающаго, раздражающаго, трофическаго и проч., нельзя найти отвѣтъ на вопросъ о сущности дѣйствія тока. По мнѣнію автора, въ основѣ всякаго физиологическаго дѣйствія электрической энергіи несомнѣнно лежить одно какое-нибудь, или совокупность нѣсколькихъ физическихъ свойствъ ея; слѣд., должна быть доказана связь между такимъ физическимъ свойствомъ и соотвѣтственнымъ физиологическимъ эффектомъ, какъ между слѣдствіемъ и причиной. Исходя изъ такихъ соображеній, авторъ предпринялъ рядъ физическихъ опытовъ. Прежде всего онъ останавливается на слѣдующемъ основномъ вопросѣ: служить-ли межполюсное пространство электролиза только проводникомъ тока, или оно заинтересовано еще к. и. другимъ образомъ въ прохожденіи тока. Вопросъ этотъ представляется важнымъ въ виду того, что многіе электротерапевты полагаютъ, что дѣйствіе тока

на межполюсное пространство равно нулю, между тѣмъ какъ клиническія наблюденія показываютъ, что отъ прохожденія тока невралгическія боли глубоководящихъ нервовъ проходятъ, отеки всасываются, соли въ глубинѣ суставовъ растворяются и проч. Рядомъ весьма несложныхъ и легко модифицируемыхъ опытовъ авторъ приходитъ къ убѣжденію, что гальваническій токъ производитъ явленія электролиза не только на полюсахъ, но также и въ межполюсномъ пространствѣ, и что на всемъ пути прохожденія тока происходитъ расщепленіе молекулъ на іоны, стрѣнованіе и переносъ этихъ іонъ на полюсы, т. е. явленія катафореза. Авторъ говоритъ, что въ химическихъ измѣненіяхъ, производимыхъ токомъ въ межполюсномъ пространствѣ, и лежитъ основаніе терапевтическаго дѣйствія этого тока. Дѣйствіе это заключается въ устраненіи мѣстныхъ объективныхъ измѣненій (отековъ, опухачій, скопленій солей и проч.) и въ прекращеніи болей.

Въ первомъ случаѣ, дѣйствіе тока авторъ объясняетъ такимъ образомъ, что образующіеся іоны приходятъ въ движеніе и направляются каждый къ своему полюсу, при чемъ часть ихъ выводится токомъ наружу и попадаютъ на электроды, другая болѣе значительная часть захватывается лимфой, венозной и артериальной кровью, вступаетъ т. е. въ общій потокъ обращенія соковъ и естественными путями выводится вонъ изъ организма. Что касается болеутоляющаго дѣйствія тока, то авторъ, основываясь на новѣйшихъ данныхъ физиологій, что ощущеніе боли является указателемъ усиленнаго недостатка кислорода и выразителемъ усиленной потребности въ немъ, считаетъ, что устраненіе болевыхъ ощущеній обуславливается вызваннымъ такимъ усиленнымъ притокомъ кислорода къ мѣстнымъ чувствительнымъ нервнымъ элементамъ и удаленіемъ фазезомъ механическихъ причинъ ихъ раздраженія. Активнымъ полюсомъ для болеутоляющаго дѣйствія тока долженъ быть анодъ; для возбуждающаго—катодъ. Степень терапевтическаго эффекта прямо пропорціональна силѣ и продолжительности тока.

Г. Клячкинъ.

Психіатрія.

(Подъ редакціей В. И. Левчатина).

Акад. В. М. Бехтеревъ. Объ особомъ, развивающемся съ дѣтства, нервомъ пораженіи, выражающемся двигательными расстройствами и слабоуміемъ.

Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи и эксп. психологіи 1901 г. № 3.

Авторъ указываетъ на особые типы наследственныхъ нервныхъ болѣзней, которые не укладываются въ рамки извѣстныхъ уже болѣз-

ненныхъ формъ. Такъ въ 1900 году О. Giese описалъ особую форму наследственнаго нервного пораженія, выражающагося дрожаніемъ, разстройствомъ рѣчи и слабоуміемъ. Въ томъ-же году самъ авторъ наблюдалъ подобную же своеобразную форму нервного заболѣванія, нѣсколько отличающуюся нѣкоторыми особенностями отъ случаевъ Giese. Онъ описываетъ случай нервного заболѣванія, относящагося къ особѣ 19 лѣтъ отъ роду съ тяжкой наследственностью и неблагоприятными моментами въ раннемъ дѣтствѣ, и выражающагося слабоуміемъ, рѣзкимъ дрожаніемъ конечностей и своеобразнымъ разстройствомъ походки съ характеромъ мозжечковой атаксіи. Этотъ случай по внѣшности, въ виду явленій мозжечковой атаксіи, и расстройства рѣчи при отсутствіи измѣненій чувствительности и при медленно развивающемся съ ранняго возраста страданіи, можетъ напомнить въ извѣстной мѣрѣ наследственную атаксію Friedreich'a, но отличается отъ нея отсутствіемъ явленій мышечной атаксіи, хорзатическихъ явленій и нистагма, сохранностью колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, дрожаніемъ членовъ, нѣкоторой ригидностью и явленіями слабоумія. Отъ случаевъ-же Giese'a данный случай отличается отсутствіемъ повышенія рефлексовъ и повышенной мышечной возбудимости, яснымъ недоразвитіемъ периферическихъ отдѣловъ конечностей, рѣзкими явленіями застоевъ въ конечностяхъ.

Въ данномъ случаѣ, какъ полагаетъ авторъ, дѣло идетъ о пораженіи мозговой коры и мозжечка, при чемъ подвергаются вторичному перерожденію, какъ пирамидные, такъ и мозжечковые нисходящіе лучки.

Г. Сороковиковъ.

П. И. Ковалевскій. Патологія преступленія.

Русскій Медицинскій Вѣстникъ 1901 г.

Въ своей статьѣ авторъ, на основаніи мнѣній выдающихся ученыхъ, говоритъ, что органическіе преступники не есть люди нормальные—центральная система устроена у нихъ иначе; но они и не душевно больные люди, не сумашедшіе. Они люди *sui generis*.

«Отвергая теорію атавизма и патологическихъ измѣненій въ мозгу, говоритъ авторъ, намъ остается присоединиться къ тому мнѣнію, которое въ прирожденной преступности видитъ проявленіе вырожденія». Далѣе авторъ разбираетъ, въ чемъ выражается и проявляется это вырожденіе.

Ослабленіе дѣятельности высшихъ мыслительныхъ центровъ, естественно, влечетъ за собою то, что господствующими и управляющими жизненными центрами будутъ нисшіе центры, а отсюда рельефное выраженіе въ характерѣ и нравственности человѣка инстинктовъ нисшей животной жизни. Наивысшее состояніе нервныхъ элементовъ центральной нервной системы, давая, по словамъ автора, наисовершенное развитіе умственныхъ способностей и наибольшее состояніе нравственныхъ началъ, есть проявленіе новѣйшаго времени и созданіе послѣднихъ наслоеній культуры. «Состояніе это, какъ наиболѣе молодое, по словамъ автора, является наименѣе стойкимъ и скорѣе разрушается отъ различныхъ неблагоприятныхъ вліяній, что и бываетъ въ случаяхъ извѣстныхъ подъ именемъ прирожденной преступности.» Упомянувъ, что жизнь культурная состоитъ въ борьбѣ двухъ началъ—центральной нервной системы и симпатической и, остановившись на отравленіяхъ симпатической системы и вліяніи ея на проявленіе душевной жизни въ дѣйствіяхъ и поступкахъ, авторъ въ заключеніе указываетъ примѣрами на то отношеніе, какое имѣютъ эти проявленія симпатической системы къ душевному строю человѣка.

А. Зайцевъ.

Проф. П. И. Ковалевскій. Преступницы и проститутки.

Медицинскій Вѣстникъ 15-го марта 1901 г.

По мнѣнію Lombroso и Бергго, у женщины, какъ у ребенка, нравственное чувство мѣнѣе развито, чѣмъ у мужчины. Женщины преступницы отличаются множественностью преступленій и жестокостью въ нихъ. Д-ръ Тарновская дѣлитъ воровокъ на 4 категоріи: профессиональныхъ воровокъ, воровокъ проститутокъ, психопатокъ и случайныхъ. Гиршъ находитъ, что число прирожденныхъ преступницъ ниже числа прирожденныхъ преступниковъ и это уменьшеніе объясняется тѣмъ, что женская преступность находитъ себѣ исходъ въ проституціи. Прирожденные преступницы и проститутки имѣютъ между собой много общаго: у той и другой дефекты нравственнаго чувства, безсердечность, равнодушіе къ общественному мнѣнію, и т. п. У нѣкоторыхъ лицъ, склонныхъ къ проституціи, наблюдается усиленная похотливость, но извращеніе полового чувства можно наблюдать лишь въ рѣдкихъ случаяхъ; чувство материнской любви имъ недоступно. Проституція и преступность представляютъ собой тѣсный союзъ и часто убійцы и воры прокучиваютъ награбленное въ домахъ терпимости. Пьянство, развратъ и оргіи общи проституткамъ и преступницамъ.

Проституткокъ можно раздѣлить по своему характеру на 2 отдѣла: 1-ый—тѣ проститутки, у которыхъ рѣзче выражена подавленность интеллекта. Этотъ отдѣлъ подраздѣляютъ на 2 подвиды: тупыхъ, отличающихся лимфатическимъ сложеніемъ проституткокъ, рѣшительно ко всему равнодушныхъ,—и беззаботныхъ

2-ой—проститутки, отличающіяся нейропатическою конституціею. Этотъ отдѣлъ дѣлится также на 2 подвиды—истеричныхъ, представляющихъ обычныя черты истерическаго характера и *moral insanity*—безстыдницъ, личностей отъ рожденія дефективныхъ въ области нравственнаго чувства.

А. Сколодубовъ.

Д-ръ С. Ляссъ. *Результаты одного неудачнаго освидѣтельствованія.*

Обозрѣніе Психіатріи неврологів и эксп. псих. 1901 г. № 2.

Авторъ говоритъ объ одномъ убійствѣ, который судомъ и экспертами былъ признанъ душевно-больнымъ. Не смотря на это, врачи, свидѣтельствовавшіе б-го въ Войск. Прис. нашли его годнымъ для солдатчины, результатомъ чего былъ пѣлый рядъ мученій больного, пока онъ не былъ заключенъ въ спеціальное заведеніе, по выходѣ изъ котораго снова былъ освидѣтельствованъ и признанъ негоднымъ для военной службы.

С. Васнецовъ.

М. М. Маевскій. *Къ казуистикѣ кожныхъ сытей при душевныхъ болѣзняхъ (*Urticaria et dermatographismus при lucis cerebri*).*

Неврологическій Вѣстникъ 1901 г. т. IX вып. I-й.

Авторъ сообщаетъ очень интересный и до нѣкоторой степени единственный случай высыпи крапивницы, которая колебалась въ своей

силѣ и выраженности въ зависимости отъ возникновенія или ослабленія эпилептоидныхъ припадковъ,—и ясно выраженнаго дермографизма на почвѣ бурно протекавшаго Lues'a. При чемъ эти явленія преобладали преимущественно на правой сторонѣ туловища, и подъ вліяніемъ Specifica исчезли. Опираясь на результаты изслѣдованій Бехтерева и Миславскаго, авторъ видитъ причину вышеупомянутыхъ явленій въ раздраженіи болѣзненнымъ процессомъ главнымъ образомъ п. lenticularis лѣвой стороны,

Л. А. Сертѣвъ.

Д-ръ В. П. Малѣвъ *Статистика въ психіатріи*

Неврологическій вѣстникъ т. IX вып. I. 1901 г.

Въ своей статьѣ д-ръ Малѣвъ отмѣчаетъ значеніе статистическаго метода и обращаетъ вниманіе на то, какъ онъ примѣняется въ психіатріи.

Приведя историческій очеркъ развитія статистики, авторъ говоритъ, что, не смотря на многія погрѣшности, статистика въ психіатріи имѣетъ громадное значеніе.

Не вдаваясь въ подробности требованій научной статистики, д-ръ Малѣвъ въ своей работѣ упоминаетъ только о самыхъ главнѣйшихъ—1) достовѣрность первичныхъ чиселъ и 2) большое количество наблюденій.

Далѣе авторъ знакомитъ съ нѣкоторыми статистическими изслѣдованіями, беря для этого работы Sprengel'я, и Hirsche'я, при чемъ приводитъ двѣ таблицы Sprengel'я и отдаетъ предпочтеніе устойчивости выводовъ послѣдняго.

Подводя общіе итоги, авторъ приходитъ къ заключенію, что историческое прошлое статистики говоритъ за жизненность и научность этого метода, что между прочимъ подтверждается его распространенностью въ настоящее время.

А. Зайцевъ.

Д-ръ В. М. Нарбутъ. *Къ вопросу о гистологической теоріи сна. Обзорніе Психіатріи, Неврологии и эксп. психологіи 1901 г. № 3.*

Сушность гистологической теоріи сна состоитъ въ слѣдующемъ: протоплазматическіе отростки нервныхъ элементовъ, благодаря сокра-

тельности протоплазмы подь вліяніемъ извѣстнаго химическаго состоянія, могутъ, то удлиняться, то укорачиваться; поэтому во время сна, какъ полагають защитники этой теоріи, происходитъ сокращеніе протоплазматическихъ отростковъ, вслѣдствіе чего наступаетъ разобщеніе нервныхъ элементовъ, и впечатлѣнія извнѣ не могутъ достигать центральной нервной системы. Разсмотрѣвъ всѣ взгляды и изслѣдованія, произведенныя до сихъ поръ различными авторами для объясненія гистологической теоріи сна, авторъ, сопоставляя всѣ эти наблюденія, находитъ эту теорію пока еще недостаточно обоснованной и требующей для своего подтвержденія строго провѣренныхъ фактовъ. Въ виду этого авторомъ были сдѣланы свои наблюденія, полученные на основаніи собственныхъ опытовъ, которые онъ и излагаетъ въ своей статьѣ. На основаніи этихъ опытовъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) На препаратахъ мозга, взятаго отъ животнаго въ бодрственномъ состояніи, видны протоплазматическіе отростки, снабженныя грушевидными придатками или шипами (appendices).

2) Подь вліяніемъ наркоза грушевидные придатки наблюдаются въ значительно меньшемъ количествѣ; на нѣкоторыхъ препаратахъ такіе отростки совсѣмъ пропадаютъ. Рѣзко выступаетъ четкообразность протоплазматическихъ отростковъ. Появляется нѣкоторая обезображенность клѣтокъ и дендритовъ; на послѣднихъ замѣтны вѣдутія съ полостями.

3) На препаратахъ мозга, взятаго отъ умершихъ животныхъ, — даже вскорѣ послѣ смерти, — количество четкообразныхъ утолщеній рѣзко увеличено; грушевидные придатки на дендритахъ почти не встрѣчаются. Наблюдается нѣкоторая обезображенность клѣтокъ и протоплазматическихъ отростковъ.

4) Подь вліяніемъ наркоза измѣненія въ мозговой корѣ идутъ отъ периферіи къ центру: сперва измѣняются протоплазматическіе отростки малыхъ пирамидъ, затѣмъ направляющіеся отъ нихъ отростки къ центру, наконецъ дендриты большихъ пирамидальныхъ клѣтокъ.

Г. Сороковиковъ.

И. И. Наумовъ. *Судебно-психіатрической случай (убійство, совершенное эпилептикомъ).* Неврологическій Вѣстникъ 1901 г. IX. вып. I-й.

Авторъ описываетъ одинъ интересный и важный въ судебно-психіатрическомъ отношеніи случай убійства изъ такихъ, гдѣ, даже послѣ строгаго разбора данныхъ дѣла, нельзя опредѣленно сказать ни да, ни нѣтъ. Дѣло идетъ объ убійцѣ, который, какъ показало наблюденіе въ Казанской Окружной м-ці, страдалъ эпилептическими

припадкамъ, признаковъ же настоящаго душевнаго разстройства не представлялъ. Трудность случая заключается въ томъ, что, на основаніи данныхъ слѣдственнаго дѣла, весьма затруднительно судить о томъ, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей находился испытуемый въ моментъ совершенія преступленія.

Оттвѣняя то, что въ судебно-медицинскихъ дѣлахъ очень часто встрѣчается неполнота изслѣдованія, а данныя собираются по обычному шаблону, д-ръ Наумовъ говоритъ, что въ такихъ случаяхъ для категорическаго заключенія нужна величайшая осторожность во избѣжаніе того, что ошибочное заключеніе поведетъ къ очень печальнымъ недоразумѣніямъ, поэтому «in dubio pro Deo».

Л. А. Сергѣевъ.

Д-ръ Д. І. Орбели. *Къ Патологической анатоміи эпилепсін.* Рус. Мед. Вѣстникъ 15 марта 1901 г.

Для уясненія патологической анатоміи падучей авторъ считаетъ очень важнымъ изслѣдовать, что дѣлается въ мозгу во время приступа. Такъ какъ послѣдствія падучаго приступа проходятъ болѣе или менѣе скоро, то желательнo изслѣдовать мозгъ послѣ цѣлаго ряда приступовъ, когда онъ не успѣлъ еще оправиться. Такое состояніе должно быть тогда, когда смерть наступаетъ во время status epilepticus. Въ это время мозгъ именно и долженъ представлять ту картину, хотя нѣсколько и въ сгущенномъ видѣ, какая бываетъ въ немъ во время падучаго приступа.

Автору пришлось наблюдать такой случай, и онъ подробно излагаетъ результаты патолого-анатомическаго вскрытія трупа съ описаніемъ микроскопической картины спинного и головного мозга: онъ указываетъ на гинеремію и отекъ ткани головного мозга, разраженіе нейроглии; пронизываніе сѣраго вещества головного и спинного мозга лейкоцитами; явленія хроматолиза и пр.

Н. Топорковъ.

Д-ръ Г. Рейтцъ. *О бѣсоодержимости въ Японіи.* Обзорніе психіатріи, неврологіи и эксп. псих. 1901 г. № 2.

Изъ данной статьи узнаемъ, что въ Афрікѣ, Японіи и Китаѣ бѣсоодержимость существуетъ эндемически. Бѣсоодержимость въ

Японии, не см. на свои особенности, вызванныя мѣстными суевѣрїями весьма походить на демономаніи въ Европѣ. Обращаетъ на себя вниманіе очень большое сходство отдѣльныхъ симптомовъ; такое же большое значеніе внушенія и самозушенія. Наличие у японскихъ больныхъ истеріи очевидна.

С. Васнецовъ

Соколовъ (*Анестезія въ помпшательствѣ*). *Обзорніе психіатріи, неврологіи и Экспер, псих.* 1901, № 2.

Д-ръ Soddart указываетъ на бывающую довольно часто у душевно-больныхъ такъ наз. «относительную haemianestesiю». Если больной можетъ чувствовать на обѣихъ (симметричныхъ мѣста) сторонахъ тѣла, но на одной лучше, чѣмъ на другой, то это и есть «относительная haemianestesia». Геміанестезическая сторона бываетъ почти всегда правая у лѣвшеи, и наоборотъ. Относительная haemianestesia особенно ассоціируется съ расстройствами въ сферѣ половыхъ органовъ—мастурбація, климактеріи, болѣзни матки и яичниковъ. Въ тяжелыхъ формахъ stupor'a больные не ощущаютъ болесвыхъ раздраженій, однако, при своемъ поправленіи пациенты передаютъ, что они при уколахъ испытывали острую боль, но не въ состояніи были сказать о ней. Особый интересъ представляетъ измѣнчивость вообще какъ распредѣленія, такъ и самаго появленія анестезіи въ зависимости отъ той или другой формы психической болѣзни. Maximum анестезіи, когда она занимаетъ почти все тѣло; minimum—когда она отмѣчается лишь на тыльной поверхности пальцевъ. Варьируя во времени и интензивности, анестезія встрѣчается наиболѣе часто въ прогрессирующей demen. secund., въ post—маніакальномъ ступорѣ, въ случаяхъ меланхоліи, а также въ ступорозныхъ случаяхъ алкоголизма и хорсического помпшательства. Въ качествѣ симптомовъ, ассоціирующихся съ измѣнчивостью анестезіи, наблюдаются: въ психическомъ отношеніи—большая потеря памяти, въ физическомъ—уменьшеніе поля зрѣнія. Принимая во вниманіе, съ одной стороны, что кортикальная проекція ощущений по наблюденіямъ Horsley'я, Schäffer'a, Flechsig'a и др., локализуется въ g. fornicat., а съ другой—наличие ощущенія сообозначаетъ существованіе сознанія, вправѣ заключить, что, при разбрасныхъ формахъ анестезіи, поврежденія расположены въ той части нервной системы, которая составляетъ физическій basis сознанія. Руководясь, однако, нѣкоторыми данными, напр., въ случаяхъ экстензивнаго распредѣленія анестезіи, когда даже область рта и зѣва не чувствуетъ уколовъ булавки, фарингеальный же рефлексъ сохраненъ, слѣдова-

тельно, ниже лежащій уровень не затронуть, а затронута выше-лежащая плоскость; также. напр., ощущенія со стороны внутренностей вообще суть доминирующія, какъ при психическихъ разстройствахъ (hypochond., melanchol), такъ и вообще при душевныхъ движеніяхъ, на что имѣются характерныя указанія даже въ книгѣ пророка Іереміи,—должно заключить, что въ физическомъ basis'ѣ сознанія все тѣло проэцируется въ ощущеніи; при интеллектуальныхъ разстройствахъ элементы, менѣе стойкіе, поражаются прежде всего и больше всего (въ особенности тѣ, которые проэцируютъ площади чувствительности рукъ и ногъ); потомъ, и не раньше, начинаютъ страдать сосѣдніе болѣе стойкіе элементы въ физическомъ basis'ѣ сознанія, въ особенности тѣ, которые проэцируютъ чувствительную площадь abdominis

С. Васнецовъ.

РЕЦЕНЗІЯ

Порча, кликуши и бѣсноватые, какъ явленіе русской народной жизни. Д-ра медицины Н. В. Краинскаго, директора Коломенской психіатрической больницы съ предисловіемъ академика В. А. Бехтерева, директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней Императорской военно-медицинской Академіи.

Новгородъ 1900 годъ Ц. 1 руб. 50 коп.

Какъ извѣстно, порча, кликушество и бѣсноватость представляютъ собою не рѣдкія явленія въ духовной жизнедѣятельности русскаго человѣка. Эти явленія описаны болѣе или менѣе подробно съ точки зрѣнія русскаго народнаго эпоса, историческихъ данныхъ, съ точки зрѣнія религиозныхъ вѣрованій, окружающихъ условій природы и пр.; и лишь отчасти имѣются кое-какія указанія по этому предмету со стороны врачей специалистовъ, особенно невропатологовъ и психіатровъ. Тѣмъ съ большимъ удовольствіемъ приходится отмѣтить появившійся въ этомъ отношеніи трудъ д-ра Н. В. Краинскаго. Авторъ наблюдалъ цѣлую эпидемію кликушества въ дер. Ашепковѣ Смоленской губ. и въ Тихвинскомъ уѣздѣ Нижегородской губ.; онъ приводитъ также и собственные больничныя наблюденія въ Новгородскомъ Психіатрическомъ заведеніи. Вопросъ о порчѣ, кликушествѣ и бѣсноватости очень подробно рассматривается д-ромъ Н. В. Краинскимъ какъ въ литературномъ отношеніи, такъ и въ отношеніи условій быта и мировоззрѣнія народныхъ массъ нашего отечества, не говоря уже о клинической сторонѣ дѣла, которой авторомъ отводится преимущественное мѣсто. Изъ приводимыхъ данныхъ историческаго обзора о развитіи суевѣрій, колдовства, порчи, одержимости, особенно въ Россіи, д-ръ Н. В. Краинскій въ основу описанной имъ эпидеміи кликушества кладетъ бытовыя условія русскаго народа, физиологической же основой кликушества считаетъ сомнамбулизмъ въ смыслѣ Шарко. Авторъ даетъ довольно рельефныя клиническія картины кликушества съ явленіями гипноза, ясновидѣнія и т. п., а также указываетъ рядъ симптомовъ, дифференціально отличающихъ кликушество

какъ таковое отъ истеріи. Можно конечно не соглашаться съ нѣкоторыми воззрѣніями автора: многие, напр., ученые кликушество считаютъ именно проявленіемъ истеріи и т. д., но во всякомъ случаѣ, стойко защищая свои выводы, авторъ съ должной основательностью аргументируетъ ихъ. Книга написана со свойственной автору живостью; безусловно интересна современностью затрагиваемыхъ событій, представляетъ довольно систематическую иллюстрацію мнѣній и убѣжденій относительно кликушества со стороны не только низшихъ, но и болѣе высшихъ классовъ нашего общества, отношеніе къ кликушеству свѣтской и духовной власти, вліяніе на кликушество монастырей и т. д. Такъ какъ одержимые кликушествомъ наклонны къ путешествіямъ къ святымъ мѣстамъ, то авторомъ лично были прослѣжены сборные пункты кликушыхъ въ Москвѣ, гдѣ въ Симоновомъ Монастырѣ для бѣсноватыхъ и теперь служитъ особая обѣдня, и Отець Маркъ отчитываетъ ихъ специально въ продолженіе 6 недѣль; монастыри, особенно Московскіе и окрестныхъ губ., играютъ, по мнѣнію автора, въ развитіи кликушества чуть-ли не первенствующую роль. Вообще, довольно существенный трудъ автора о кликушествѣ вполне заслуживаетъ вниманія врачей спеціалистовъ, излагается симптоматологія кликушества и приводятся воззрѣнія на послѣднее съ точки зрѣнія современнаго ученія невропатологій и психіатріи. На сколько книга д-ра Н. В. Краинскаго является поучительною и содержащей тѣ или другія спеціальныя указанія на мало еще обследованное заболѣваніе, каковымъ является кликушество, свидѣтельствуетъ уже данное къ ней предисловіе глубокоуважаемаго Академика В. М. Бехтерева.

В. Левчаткинъ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

А. Оригинальнныя.

*Владиміровъ. Психологическое изслѣдованіе въ уголовномъ правѣ. Москва. 1901 г. ц. 2 р.

**Високовичъ. Чума (Pestis orientalis). Кіевъ. 1901 г. ц. 15 к.

*Галенковскій. Повторительный курсъ хирургической патологии и терапіи. Москва. 1901 г. ц. 1 р.

**Граціановъ П. А. Очеркъ Врачебно-санитарной организаціи русскихъ городовъ. Минскъ. 1899 г.

*Золотаревъ. Гигіена супружеской жизни. Москва. 1901 г. ц. 80 к.

**Ильинскій А. И. Маріенбадскія минеральныя воды и натуральная маріенбадская соль. Москва. 1900 г.

*Калабинъ. Lamium album при маточныхъ кровотеченіяхъ. Москва. 1901 г. ц. 30 коп.

*Клячкинъ Г. А. Къ вопросу о лечебномъ дѣйствіи электрическаго свѣта. Казань. 1901 г. ц. 20 к.

**Дяховскій Л. Дурныя привычки, какъ современное общественное зло. Прилож. къ жур. «Спутникъ Здоровья».

**Мелкихъ А. А. Матеріалы къ патогенезу возвратнаго тифа. (Лейкоцитозъ, бактерицидность, агглютинація). Диссертація. Казань. 1901 г.

**Польновъ В. К. Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ органахъ при остромъ и хроническомъ отравленіи кокаиномъ. Диссертація. Казань. 1901 г.

Книги, отмѣченныя знакомъ **, имѣются въ бібліотекѣ Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ; книги, отмѣченныя знакомъ *, продаются въ книжныхъ магазинахъ Бр. Башмаковыхъ въ Казани.

*Преображенскій. О глухонѣмотѣ и глухотѣ. Москва. 1901 г. цѣна 50 коп.

*Сегаль. Курсъ аномалій рефракціи и аккомодациі съ подробнымъ изложеніемъ глаза. СПБ. ц. 1 р.

*Соловьевъ. Вниманіе, какъ органическая сила. [СПБ. 1901 г. ц. 1 руб. 50 коп.

**Скибневскій А. И. Жилище фабрично-заводскихъ рабочихъ Богородскаго уѣзда, Московской губ. Москва. 1901 г. ц. 40 к.

**Жидловскій К. Н. Краткій обзоръ главнѣйшихъ остро-заразныхъ заболѣваній въ 16-ти губерніяхъ земской Россіи за 1899 г. Москва. 1901 г. ц. 50 к.

В. П е р е в о д н ы я.

*Дорнблютъ. Учебникъ частной патологіи и терапіи. Москва. 1901 г. ц. 2 р. 50 к.

*Рохе мопс. Оперативная рино-фарингологія. СПБ. 1901 г. ц. 75 к.

*Lеріпе R. Діабетъ и его лѣченіе. Спб. 1901 г. ц. 50 коп.

*Сѣлли. Очерки по психологіи дѣтства. Москва. 1901 г. ц. 2 р. 50 к.

Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1901 г. № 5.

**Архивъ Біологическихъ Наукъ. 1901 г. Т. VIII. № 4.—Лондонъ Е. С. Къ изученію о гемолизинахъ.—Краушкинъ В. Годовой отчетъ отдѣленія антирабическихъ предохранительныхъ прививокъ за 1899 г.—Зиберъ Н. О реакціи Умикова на женское молоко.—Шульдъ Н. К. О продолжительности жизни микроба бубонной чумы въ разводкахъ.—Заболотный Д. Исслѣдованія по чумѣ. Статья вторая Опыты зараженія, иммунизациі и лѣченія животныхъ.

Т. VIII. № 5.—Держговскій С. К. Къ вопросу о наследственности искусственнаго иммунитета противъ дифтерита.—Тортаковскій М. Г. и Джунновскій Е. П. О микробахъ повальнаго воспаленія легкихъ рогаатаго скота.—Держговскій С. К. и Зиберъ-Шумова Н. О. Къ вопросу о дѣйствиі пищеварительныхъ ферментовъ на абринъ и осудбѣ сго въ желудочно-кишечномъ каналѣ.—Фонъ-Беглингъ Р. Р. О взаимномъ количественномъ отношеніи нѣкоторыхъ азотистыхъ веществъ мочи у животныхъ при полномъ голоданіи.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1901 г. № 4.—Арнольдовъ М. А. Матеріалы къ ученію о морфологическихъ и біологическихъ свойствахъ кишечной палочки (bacterium coli commune).—Мори Н. П. Современне методы экспериментальнаго діагноза бѣшенства.—Заикинъ А. Зависимость молочности отъ времени отела.—Самборскій С. И. Ветеринарно-санитарное состояніе г. С.-Петербурга въ 1901 г.

Больничная Газета Боткина. 1901 г. № 16.—Заусайловъ М. М. Обь измѣненіяхъ стерилизованнаго молока, зависящихъ отъ способовъ храненія его.—Георгиевскій К. П. По поводу случая polypositis haemorrhagica acuta.—Кулеша Г. С. Къ патологической анатоміи внутрисердечныхъ нервныхъ узловъ. Измѣненія сердечныхъ узловъ при брюшномъ тифѣ и при остромъ дифтеритическомъ энтероколитѣ (продолж.).

№ 17.—Ястребовъ Г. А. Случай острой полной задержки мочи, осложненный ложнымъ ходомъ вслѣдствіе неудачной катетеризаціи.—Заусайловъ М. А. (продолж.).—Кулеша Г. С. (окончаніе).

№ 18.—Соколовъ А. О вліяніи кислотъ на отдѣленіе желудочнаго сока.—Макарычевъ А. П. Случай нарыва печени.—Заусайловъ М. А. (оконч.).—Эльяшева П. Д. Письма изъ Парижа.

№ 19.—Литваревъ И. И. О состояніи бѣлковаго фермента въ панкреатическомъ сокѣ при различныхъ физиологическихъ условіяхъ. Кулеша Г. С. Къ казуистикѣ рѣдкихъ осложненій брюшнаго тифа.—Пятниковъ Е. А. Къ лѣченію свѣтомъ слизистыхъ оболочекъ.

№ 20. Вигура А. Ф. Къ вопросу о токсическихъ явленіяхъ при чумѣ у людей.—Ганике Е. А. О физиологическихъ условіяхъ разрушенія и сохраненія ферментовъ въ панкреатическомъ сокѣ.—Литваревъ И. И. (продолж.).

№ 21.—Араповъ А. Б. Случай окостенѣвающей воспаленія плевры —Воробьевъ Н. А. Обь аспириновѣ при остромъ суставномъ ревматизмѣ.—Финкельштейнъ Б. К. О разрывахъ и раненіяхъ млечнаго протока.—Вигура А. Ф. (окончаніе).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1901 г. Мартъ Сочиненій по мелициновѣ не содержитъ.

**Вопросы Философіи и Психологіи. 1901 г. Мартъ-Апрѣль.—Вагнеръ В. М. Ренанъ и Ницше. О звѣрѣ въ человѣкѣ.—Ивановъ И. И. Опытъ научно-философской религіозной и социальной доктрины.—Новгородцевъ П. И. Нравственная проблема въ философіи Канта.—Трубецкой Е. Философія права проф. Л. Г. Петрожицкаго.—Софроновъ Ф. Теорія познанія на основѣ Критическаго Эмпиризма. Шварцъ М. Н. Идея эволюціи въ современной философіи.—Щукаревъ А. Н. Очерки по философіи естествознанія.—Лосскій Н. О. Недомолвки въ теоріи эмоцій Джемса.—Холчевъ И. Н. Обь индивидуальныхъ колебаніяхъ вниманія.

**Врачъ 1901 г. № 15.—Заблудовскій И. В. Новый институтъ для массажа при Берлинскомъ Университетѣ.—Понельскій Л. Б. О механизмѣ дѣйствія пилокарпина на желѣзы.—Бруштейнъ С. А. Къ вопросу о дѣйствіи электрическаго тока высокаго напряженія на человеческое тѣло.—Вигура А. Ф. Лимфа Хавкина и другія вещества противъ чумы у людей, вызывающія невосприимчивость къ ней, вырабатываемую самимъ тѣломъ. (прод.). Цезаревскій П. В. Кумысолѣченію и нѣкоторя изъ кумысныхъ населеній Уфимской губ. (прод.).

№ 16.—Вигура А. Ф. (прод.).—Винокуровъ А. Н. Къ вопросу обь «одереве-

нѣлости позвоночника».—Бруштейнъ С. А. (прод.).—Обозненко П. Е. Къ вопросу о преобразованіи Суворовскаго Училища при Калининской городской Больницѣ въ Петербургѣ.

№ 17.—Красновъ А. Я. Измѣненія состава крови у животныхъ при самоотравленіяхъ изъ кишечника.—Орловъ Л. В. О спорадическомъ элифантіазѣ (оконч.).—Вигура А. Ф. (прод.).—Цезаревскій П. В. (оконч.).—Обозненко П. Е. (оконч.).

№ 19.—Брейтманъ М. Я. О сифилитическомъ эндокардитѣ.—Воробьевъ А. А. О гену resiguationis.—Кумбергъ Н. Ю. Случай истерической глухонѣмоты.—Вейнговъ П. Д. Случай рѣдкаго исхода гнойнаго периаппендицита.—Молдавскій Я. В. Случай аппендицита, осложненнаго острымъ паренхиматознымъ нефритомъ.—Трояновскій И. И. Директорство или коллегіальность.

№ 20.—Кисель А. А. О распознаваніи бугорчатнаго воспаленія брюшины у дѣтей на основаніи 54-хъ собственныхъ наблюденій.—Сандбергъ-Дебле Д. Д. Brandt'овскій способъ лѣченія женскихъ болѣзней и нѣкоторыя его особенности.—Пассоверъ Л. П. Рентгенофотографіи передъ судомъ.—Либовъ Б. А. Овліяніи подводныхъ работъ на человека.

Вѣстникъ Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины. 1901 г. Мартъ.—Варшавскій Е. С. О распознаваніи прижизненныхъ и посмертныхъ кровополтсковъ.—Беренштейнъ М. О. О распространеніи глазныхъ болѣзней среди рабочихъ города Лодзи.—Дѣятельность Московскаго губ. земства въ 1900 г.

**Вѣстникъ Офтальмологіи. 1901 г. Май-Юнь.—Марковъ Н. Опыты прерывистаго свѣтоваго раздраженія сѣтчатки.—Козловскій М. Къ вопросу о простой экстракціи катаракты.—Гризбургъ И. Къ патогенезу серозныхъ кистъ глазниц.—Блессигъ Э. Чередующееся появленіе глаукомы и пигментнаго ретинита въ дной и той-же семьѣ.

**Вѣстникъ Хирургіи.—1901 г. № 10.—Орловъ Л. В. Эхинококкотомія по способу Rosados-Бобрера.

**Дѣятель. 1901 г. № 1—5.

**Еженедѣльникъ. 1901 г. № 16.—Дѣловъ В. И. Четыре случая мозговыхъ заболѣваній.—Брейтманъ М. Я. О внезапной смерти при сифилисѣ сердца и ея значеніи съ точки зрѣнія судебной медицины.

№ 17.—Дѣловъ В. И. (окончаніе). Левенсонъ Б. М. Къ казуистикѣ отравленій вератриномъ.

№ 18.—Геллолъ П. П. Tonsillitis streptothricia.—Серединскій И. К. Два случая полного отсутствія женскаго полового аппарата.—Керсновскій М. И. Случай полного отсутствія матки и ея придатковъ.—Гершунъ М. М. Два случая полного отсутствія женскаго полового аппарата.

№ 19.—Геллолъ П. П. (оконч.).—Дибалдовъ С. И. Случай болѣзни Werlhof'a, кончившійся смертю.—Гликманъ Т. С. О лѣснѣ чирьсѣ и acne vulgaris ихтиомъ.

№ 20.—Китерманъ Б. П. Пульсирующий гнойный плевритъ.—Швирко В. И. Примѣненіе способа Latouche въ двухъ случаяхъ резекціи мочевики.

№ 21.—Китерманъ Б. П. (оконч.)—Лошиловъ П. А. Случай «менингизма».

**Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней: 1901 г. Апрель.—Калабинъ Н. С. Объ этиологии и лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній.—Бондаревъ П. Г. Нѣсколько словъ о родильной горячкѣ по поводу одного случая meningitis purulenta у беременной.—Щеткинъ Э. С. Нѣкоторыя соображенія относительно лѣченія родильной горячки.—Томсонъ Г. И. Сохраняющее лѣчаніе воспалительныхъ опухолей придатковъ матки.

**Журналъ Дерматологіи и Сифилидологіи. 1901. Январь—Брейтманъ М. Я. Этиология и патогенезъ сифилит. заболѣв. сердца.—Strouss A. Sphincter urethrae и его отпавленія при спрингованіи.—Кудишъ В. М. Случай «*Pemphigus foliaceus Cuzenavi*».

Февраль.—Брейтманъ М. Я. (прод.)—Luna P. S. Ichthurgan u ichthofomz при страданіяхъ кожи.

Мартъ.—Зарубинъ В. И. Французская дерматологическая школа.—Брейтманъ М. А. (прод.)

Апрѣль.—Зарубинъ Б. И. (оконч.)—Брейтманъ М. Я. (оконч.)

**Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1901 г. № 1, 2

**Журналъ Русскаго О-ва охраненіи народнаго здравія. 1901 г. Мартъ-Апрѣль.—Хлопкинъ Г. В. Патентованныя овсяныя крупы, ихъ химическій составъ и пищевое значеніе.—Залѣскій С. I. Къ вопросу о правильной постановкѣ, организаціи и объ единеніи метеорологическихъ наблюденій на отечественныхъ лечебныхъ мѣстностяхъ.—Фалькъ М. А. Умѣренность или воздержаніе.

**Журналъ Русскаго Физико-Химическаго О-ва. при Имп. С.-Петербур. Унив. Т. XXXIII. В. 3-й.

**Записки Западно-Сибирскаго отдѣла Имп. Русскаго Географическаго О-ва. Кн. XXVIII. Москва. 1901 г.

**Зубоврачебный Вѣстникъ. 1901 г. № 5.

**Извѣстія Имп. Томскаго Университета. 1901 г. Кн. 18-ая. По медицинѣ:—Грамматикати И. Н. Къ вопросу о повторномъ кесарскомъ сѣченіи.—Чугуновъ С. М. Ossiculum seu processus Kerekringii.—Чугуновъ С. М. Матеріалы для антропологіи Сибири.—Спасскій Н. С. О физиологическомъ дѣйствіи токовъ высокаго напряженія и большой частоты прерывовъ.—Дмитріевскій К. Ф. О распадѣ веществъ при повторныхъ впрыскиваніяхъ бактерій и ихъ ядовъ.

**Извѣстія Московскаго Сельскохозяйсвеннаго Института. 1901 г. Кн. 1.

**Клиническій Журналъ. 1901 г. Апрель.—Шервинскій В. Д. О діагностикѣ и лѣченіи воспаления червеобразнаго отростка.—Бобровъ А. А. О лѣченіи аппендицита.—Титовъ Н. Д. Къ вопросу о лѣченіи appendicit'a.

Май—Гетье А. Ф. О народныхъ санаторіяхъ для чахоточныхъ.—Ганнушкинъ и Сухановъ. Къ вопросу о клиническомъ значеніи мышечнаго валика у душевнобольныхъ.

**Лѣтопись Русской Хирургіи. 1901 г. Кн. 3.—Веберъ Ф. К. О ложно-слизистыхъ перитонитахъ.—Брейтманъ Г. И. О внутрибрюшныхъ операціяхъ.—Веберъ Ф. К. Объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ новѣйшими снарядами на основаніи наблюденій, произведенныхъ въ послѣдней Англо-Трансваальской войнѣ (оконч.).—Вредель Р. Р. Радикальное оперативное лѣченіе аппендицита въ періодѣ затишья.—Делицинъ С. Н. Къ казуистикѣ аномаліи arteriae medianae antibrachii

**Медицинская Бесѣда. 1901 г. № 8.—Кедровъ П. И. Гигіеническое и экономическое значеніе нѣмец. закона о страхованіи рабочихъ.—Флиммъ Д. Плачевныя послѣдствія неловкихъ попытокъ извлеченія постороннихъ тѣлъ изъ уха.—Ефременковъ В. Медицинская пресса въ Болгаріи.—Бердичевскій Т. А. Краткій отчетъ о командировкѣ для обновленія знаній.

№ 9.—Кедровъ П. И. и Флиммъ Д. (прод.).—Шверинъ Т. Роль голоданія при развитіи эпидемій.

№ 10. Продолженіе статей П. И. Кедрова и В. Ефременкова.

**Медицинскій Журналь д-ра Окса. 1901 г. Май—Шульце Б. Учебникъ повивальнаго искусства.—Крюке А. Частныя хирургія.

**Неврологическій Вѣстникъ. 1901 г. Т. IX. В. 2-й.—Штернъ Н. Развитіе и современное состояніе ученія о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ. (оконч.).—Масвскій М. М. Случай epilepsiae partialis continuae.—Хепсинъ И. Случай сирингомѣліи.—Рудневъ В. И. О геміатетозѣ —Асписовы И. и Н. О локализациі корковыхъ центровъ n. facialis.—Асписовы И. и Н. О центральныхъ проводникахъ верхней вѣтви n. facialis.—Мухинъ Н. Къ строенію центрального сѣраго вещества головного мозга.—Поповъ Н. М. Мышечныя атрофіи при страданіи суставовъ и костей.—Бехтеревъ В. М. О выдѣленіи различныхъ системъ спинного мозга по методу развитія.

**Протоколы засѣданій и труды О-ва Симферопольскихъ Врачей за 1899 г. т. XI. Симферополь. 1901 г.

**Протоколы засѣданій О-ва Кременчугскихъ Врачей за 1896,—97,—98 и 99 гг. Кременчугъ. 1901 г.

**Протоколы и труды О-ва Врачей Тверской губ. за 1899 г. Тверь. 1900 г.

**Протоколы Императорскаго Виленскаго Медицинскаго О-ва за 1900 г. №№ 7—12.

**Протоколы Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго О-ва за 1901 г. №№ 17—19.

**Протоколы Туркестанскаго Медицинскаго О-ва. 1900 г. Окт.-Дек. Ташкентъ 1901 г.

**Русскій Архивъ Патологіи, Клинической Медицины и Бактеріологіи. 1901 г. Т. XI. Вып. 3.—Кишенскій Д. П. Первичный плоско-клеточный ракъ лоханокъ и метаплазіи эпителія слизистыхъ оболочекъ таза, лоханокъ и мочеточниковъ.—Бимфельдъ П. Желѣзо въ печени адороваго человѣка.—Кирноровъ С. К. Случай псевдолейкемического заболѣванія кожи.—Савченко И. Г. Морфологическія замѣтки къ патогенезу новообразованій.—Клопотовскій Н. И. Обь измѣненіяхъ ганглій и мышцы сердца, печени и почекъ при отравленіи наперстянкой.—Ниссенъ В. В. Матеріалы къ клиникѣ опухолей четверохолмія въ связи съ нѣкоторыми указаніями къ дифференціальному распознаванію ихъ отъ опухолей мозжечка.—Бомпштейнъ. Современное состояніе вопроса о дифтерійной и ложно-дифтерійной палочкѣ.

Т. I. Вып. 4.—Букоемскій Ф. В. Къ вопросу о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ.—Завьяловъ В. В. Анализъ крови гемофилика.—Демичъ В. Ф. Сифилисъ, венерическія и кожныя болѣзни и ихъ лѣченія у русскаго народа.—Ниссенъ В. В. (оконч.)—Пѣвницкій. Современное состояніе вопроса о предохранительныхъ прививкахъ противъ брюшнаго тифа.

**Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, 1901 г. Апрель.—Гиммель Н. М. Лечение lupus erythematosus частымъ прерывистымъ токомъ по способу д-ра Bissieric.—Зарубинъ В. И. Къ гистологіи sclerodermia circumscripta.—Долгополовъ Н. М. Къ вопросу о сифилисѣ внутреннихъ органовъ въ сельскомъ населеніи.—Буржаловъ Т. С. Нѣсколько случаевъ сифилиса, леченныхъ большими количествами ртути.—Баранниковъ И. А. Къ вопросу о бактеріологіи уретритовъ.—Яковлевъ С. Краткій обзоръ серотерапіи сифилиса.

**Современная Медицина и Гигіена. 1901 г. № 4.—Штрассманъ. Учебникъ судебной медицины.—Robert. Ученіе о прописываніи лекарствъ.—Glax. Бальнеографія. Albert. Диагностика хирургическихъ болѣзней. Frenkel. Семіологія и терапевтика болѣзней желудка.—Михайловъ Н. П. Старое и новое въ біологіи опухолей.

**Спутникъ Здоровья. 1901 г. № 17—21.

**Терапевтическій Вѣстникъ. 1901 г. № 8 и 9.—Бурлаковъ. Обь акушерскомъ метро-и-кольпейризѣ, какъ методѣ веденія родового акта, преждевременныхъ родовъ и выкидыша.

**Труды О-ва Минскихъ Врачей за 1898—99—900 г. Минскъ 1900—01.

**Труды Физико-Медицинскаго О-ва при Московскомъ Унив. Январь-Дек. 1900 г.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Универс. 1901 г. Апрель. По медицинѣ:—Жукъ Я. Н. Передачи зрительныхъ ощущеній—Мальковскій А. Ф. Къ микрофизиологіи поджелудочной желѣзы.

**Ученія Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. 1901 г. Томъ XVIII. Вып. 1, 2 и 3.

**Ученія Записки Имп. Юрьевскаго Университета. 1901 г. № 2. Сочин. по медиц. не содержитъ.

Формацевъ. 1901 г. № 1—20.

**Хирургія. 1901 г. № 52.—Suarez de Mendoza. Значеніе аномаліи лобныхъ пазухъ съ точки зрѣнія хирургическаго лѣченія синусита.—Воскресенскій Г. Къ хирургіи мочеточниковъ.—Дерюжинскій С. Ф. Рѣдкій. Случай первичной бугорчатки мочевого пузыря и ея хирургическое лѣченіе.—Ошманъ А. А. Случай удаленія изъ полового развѣта всего сѣмявыносящаго протока по поводу бугорковаго пораженія его.

М. Романовъ.

Окончило лѣченіе къ 29 мая	—	—	—	—	9 ч.
Находилось на излѣченіи	—	—	—	—	7 ч.
Не окончило лѣченія (не пожелало продолжать его)	—	—	—	—	4 —

Въ числѣ 20 человекъ было:

дѣтей отъ 2 до 5 лѣтъ 3 ч.

— — 6 — 10 — 6 —

— — 11 — 15 — 3 —

Взрослыхъ — — 8 —

Изъ 20 больныхъ пользовалось помѣщеніемъ и содержаніемъ при институтѣ 13 ч. По мѣсту жительства больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

I. Жителей Казанской губерніи

было: — — — — — 17 ч.

а именно:

1. Изъ г. Казани. — — — — — 5 ч.

2. — Тегюшскаго уѣзда. — — — — — 5 —

3. — Казанскаго. — — — — — 3 —

4. — Спасскаго. — — — — — 2 —

5. — Козмодемьянскаго. — — — — — 2 —

II. Жителей Вятской губерніи

было: — — — — — 3 —

а именно:

1. Изъ Уржумскаго уѣзда. — — — — — 2 —

2. — Нолинскаго — — — — — 1 —

Изъ 20 человекъ лечившихся было:

крестьянъ — — — — — 15 ч.

мѣщанъ — — — — — 3 —

привилегиров. сословій — — — — — 2 —

Всѣ 20 чел. укушены собаками.

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я.

„ВѢСТНИКЪ ХИРУРГІИ“

ИЗДАВАЕМЫЙ

подъ редакціей проф. Н. А. Соколова и д-ра мед. В. М. Минца будетъ выходить въ 1901 году (второй годъ изданія) 2 раза въ мѣсяць въ объемѣ не менѣе 30-ти печатныхъ листовъ по прежней программѣ:

- 1) Небольшія оригинальныя статьи по всѣмъ вопросамъ хирургіи.
- 2) Рефераты.
- 3) Засѣданія хирургическихъ обществъ.

Подписная цѣна 5 рублей въ годъ съ пересылкою. Подписка принимается въ редакціи (Москва, Рождественка, домъ Московскаго Международнаго Торговаго Банка) и въ книжныхъ магазинахъ А. Лангъ (Москва, Кузнецкій мостъ), Лидерта (Москва, Петровскія линіи) и Риккера (С.-Петербургъ, Невскій, 14).

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я .

Ж У Р Н А Л Ъ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ акушерско-гинекологическаго общества
ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ,

будеть выходить въ 1901 году въ прежнемъ объемѣ и по прежней программѣ.

Подписная цѣна для городскихъ подписчиковъ — безъ доставки 7 руб., съ доставкой—7 руб. 50 коп., для иногороднихъ съ пересылкой—8 руб. Подписка принимается только на годъ. Комисіонная скидка для гг. книгопродавцевъ —20 коп. съ экземпляра. Подписная деньги и статьи высылаются по слѣдующему адресу: С.-Петербургъ, въ редакцію Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней.

Редакторы: { Профессоръ Д. Оттъ.
Докт. мед. Л. Личкусь.

На 1901 г. (девятый годъ изданія) ОТКРЫТА ПОДПИСКА
НА ЖУРНАЛЪ

„Неврологическій

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева и проф. Н. М. Попова.

ВѢСТНИКЪ“

Органъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Въ 1901 году «Неврологическій Вѣстникъ» будетъ издаваться Обществомъ по прежней программѣ и выходить по прежнему періодически четырьмя книжками въ годъ въ увеличенномъ объемѣ (около 60 печатныхъ листовъ).

Подписная цѣна на годъ 6 руб.

Подписка принимается въ редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія), въ книжномъ магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи.

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я .

ЧЕТВЕРТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ЕЖЕМЪСЯЧНОЕ ИЗДАНИЕ
въ 1901 году

„Медицинскій
Журналъ“

Доктора Окса.

«Медицинскій Журналъ» выходитъ ежемѣсячно книгами журнальнаго формата, въ пять и болѣе печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ: I. Оригинальныя и переводныя статьи и руководства по всѣмъ отдѣламъ медицины и вспомогательнымъ ей наукамъ, съ соответственными рисунками научнаго содержания. II. Рефераты, обзоры, біографіи медицинскихъ дѣятелей (съ портретами), некрологи, бібліографія и критика медицинскихъ сочиненій и журналовъ. III. Разныя замѣтки медицинскаго содержания и IV. Объявленія.

«Медицинскій Журналъ» стремится, въ живомъ и краткомъ изложеніи, отвѣчать всѣмъ интересамъ медицинской практики.

«Медицинскій Журналъ» даетъ краткія руководства, имѣющія отдѣльную пагинацію, которыя въ концѣ года могутъ быть переплетены особо

Въ 1901 году въ «Медицинскомъ Журналѣ» будутъ напечатаны:

- 1) Д-ръ М. Ю. Лахтинъ. «Главнѣйшіе моменты въ исторіи развитія терапевтическихъ возрѣній съ древнѣйшихъ временъ до XIX вѣка». 2) Проф. Г. Г. Скориченко. «Медицина въ XIX столѣтіи». (Историческій очеркъ съ множествомъ портретовъ знаменитыхъ врачей этого столѣтія). 3) Д-ръ М. Ю. Лахтинъ. «Краткій біографическій словарь знаменитыхъ врачей всѣхъ временъ». 4) Д-ръ мед. Г. Б. Конухесъ. «Общая терапія». Составлено по новѣйшимъ источникамъ. 5) Д-ръ А. Крюхе. «Частная хирургія». Съ 50 рис. Переводъ съ десятаго нѣмецкаго изданія д-ра Б. Е. Гершуни. 6) Проф. Бернардъ Шульце. «Учебникъ повивальнаго искусства». Съ 100 рис. Перевелъ съ двѣнадцатаго нѣмецкаго изданія и дополнилъ д-ръ И. А. Йозефонъ, съ предисловіемъ проф. Н. Н. Феноменова, директора С.-Петербургскаго Надеждинскаго родовспомогательнаго заведенія. 7) Проф. Р. Крафтъ-Эбингъ. *Psychopathia sexualis* (Половая психопатія). Перевелъ съ десятаго нѣмецкаго изданія д-ръ М. Е. Лионъ. 8) Проф. Н. П. Гундобинъ, «Клиническое изслѣдованіе и лѣченіе больного ребенка». 9) Проф. Ф. Ф. Эрисманъ, «Фотометрическія изслѣдованія во время затменія солнца». 10) Проф. Т. П. Павловъ. «Къ вопросу

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я.

объ этиологии *Alorsieae arcatae*. (Докладъ, читанный на IV конгрессѣ дерматологовъ въ Парижѣ). Его-же «*Pityriasis rosea*». 12) Академикъ лейбъ-медикъ Л. В. Поповъ. «Изъ лекцій о болѣзняхъ сердца».

Кромѣ названныхъ лекцій, намъ обѣщаны извѣстными профессорами еще и другія лекціи, но мы воздерживаемся отъ ихъ указанія, такъ какъ, къ сожалѣнію, по опыту знаемъ, что не всѣ добрыя намѣренія осуществляются. Поэтому мы предпочли перечислить лишь лекціи, имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи.

Въ 1901 году мы дадимъ біографію съ портретомъ знаменитаго гигиениста проф. Ф. Ф. Эрисмана.

Подписка на «Медицинскій Журналъ» принимается только на годъ. Подписная цѣна за годъ съ пересылкой четыре руб.: для подписчиковъ на газету «Фельдшеръ» и «Медицинскій Журналъ» допускается разсрочка: при подпискѣ четыре руб. и перваго іюля— два руб.

«Медицинскій Журналъ» 1900 года (дѣвѣнадцать книгъ) высылается за три рубля съ пересылкой.

Съ требованіями адресоваться: С.-Петербургъ, Большая Морская, д. № 30, въ редакцію «Медицинскаго Журнала».

Редакторъ-вздатель д-ръ В. А. Оксѣ.

ЗАПИСКИ ИМПЕРАТОРСКАГО Харьковскаго Университета

(Адресъ Редакціи: Харьковъ, Университетъ).

ВЫХОДЯТЪ ЧЕТЫРЕ РАЗА ВЪ ГОДЪ

(1-го Января, 1-го Марта, 1-го Мая и 1-го Ноября).

ПРОГРАММА ИЗДАНІЯ:

1) Часть официальная: извлеченія изъ протоколовъ Совѣта, а также и другіе официальныя акты и документы.

2) Часть неофициальная: а) научный отдѣлъ (ученыя изслѣдованія, сообщенія и наблюденія, публичныя чтенія, отчеты объ ученыхъ командировкахъ и т. п.); б) критика и библіографія; в) Харьковская университетская лѣтопись (статьи

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я.

и матеріалы по исторіи Харьковскаго Университета, біографіи и некрологи профессоровъ и почетныхъ членовъ Университета, отчеты о диспутахъ и пр.); г) приложения, заключающія въ себѣ болѣе обширные труды, какъ-то: диссертации, курсы, каталоги, описи музеевъ, архивовъ и пр.

Подписная цѣна 4 руб. безъ пересылки, 5 руб. съ пересылкою въ годъ; для студентовъ Харьковскаго Университета 2 руб. въ годъ.

Редакторъ *Д. Овсяннико-Куликовскій.*

„ЖУРНАЛЬ Дерматологіи и Сифилидологіи“

издается ежемѣсячно

книжками въ 4—5 печатныхъ листовъ.

Цѣна за полное годовое изданіе съ доставкою и пересылкою 5 р.

С-Петербургъ. Офицерская, 12.

ПРОГРАММА ИЗДАНІЯ:

- 1) Оригинальныя и переводныя статьи.
- 2) Рефераты,
- 3) Отчеты о засѣданіяхъ учебныхъ обществъ и съѣздовъ.
- 4) Рецензіи и библіографія.
- 5) Научная хроника и смѣсь.
- 6) Списокъ книгъ и изданій, поступившихъ въ редакцію.
- 7) Объявленія.

Редакторъ-издатель Д-ръ мед. **И. Гольденбергъ.**

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я .

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1901 ГОДЪ НА ГАЗЕТУ

„ФЕЛЬДШЕРЪ“

П О С В Я Щ Е Н Н У Ю

медицинѣ, гигиенѣ и вопросамъ фельдшерскаго быта.

Одиннадцатый годъ изданія.

Газета «Фельдшеръ» выходитъ въ С.-Петербургѣ, два раза въ мѣсяцъ, въ объемѣ 1—2 листовъ, по слѣдующей программѣ:

I) Самостоятельныя и переводныя статьи медицинскаго содержанія въ общедоступномъ изложеніи: о сущности, предупрежденіи и леченіи болѣзней, объ уходѣ за больными и о помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

II) Общедоступныя статьи по общей и частной гигиенѣ, и о простѣйшихъ способахъ распознаванія фальсификаціи пищевыхъ продуктовъ.

III) Статьи и корреспонденціи объ образованіи, бытовыхъ условіяхъ и дѣятельности фельдшеровъ.

IV) Мелкія извѣстія, рефераты и рецензіи книгъ, въ предѣлахъ программы газеты.

V) Отвѣты редакціи и объявленія.

Подписная цѣна на годъ съ исрсылкой ТРИ рубля.

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя газеты «Фельдшеръ», С.-Петербургъ, Б. Морская, 30.

Редакторъ-издатель: врачъ Б. А. Оксѣ.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ **ФЕЛЬДШЕРОВЪ** ВСѢХЪ ВѢДОМСТВЪ

— на 1901 годъ. —

Г о д ъ д в ѣ н а д ц а т ы й .

Цѣна въ кожаномъ переплетѣ съ пер. 1 р. 40 коп.

Спб. Б. Морская, 30.

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я .

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Н А

„РУССКІЙ ЖУРНАЛЪ

КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

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 зѣсѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣщаться полностью протоколы русскаго сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго и Харьковскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическіе 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. Заграницу—10 р. за годъ.

Адресъ редакціи: Харьковъ, Сумская ул., 6. Проф. Ф. И. Зеленеу.

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ:

Цѣлая страница—15 руб.; половина—8 руб. За 10 разъ и болѣе уступка—10%.

Плата вносится впередъ.

Коммисіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. *И. Ф. Зеленеу.*

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1901 ГОДЪ

На еженедѣльный общедоступный иллюстрированный журналъ для
III г. изд. — журналъ для семьи — III г. изд.

„СПУТНИКЪ ЗДОРОВЬЯ“

Изданіе Т-ва «Народная Польза». Сиб. Коломенская, соб. домъ № 39.

Подъ ред. и при ближайш. участіи Гг. ПРОФЕССОРОВЪ
и врачей по ихъ спеціальностямъ.

Съ Ноября 1900 г. и въ 1901 г. Гг. подписчики получаютъ:
60 №№ журнала, содержащихъ массу полезныхъ статей и свѣдѣній по вопросамъ
медицины, гигиены съ указаніемъ

КАКЪ СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ.

18 бесплатныхъ приложений: Полезн. свѣд. по домоводству, фальсифик.
продуктовъ и т. д.

„КНИГА ЗДОРОВЬЯ“

1000 страницъ ЧЕТЫРЕ тома.

ПОЛНЫЙ ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ И ОБЩЕДОСТУПНЫЙ

ДОМАШНІЙ ЛЕЧЕБНИКЪ

подъ редакціей ПРОФЕССОРОВЪ: Быстрова, Н. И.—Доброклон-
скаго, В. П.—Залѣскаго, С. Г.—Пеля, А. В.—Петерсена, Е. В.—
Строганова, В. В.—и АКАДЕМИКА князя Тархнова И. Р.

«КНИГА ЗДОРОВЬЯ» содержитъ въ себѣ большихъ 4 тома, 1000 страницъ
большого формата, снабжена множествомъ рисунковъ, поясняющихъ текстъ, изда-
на на глазированной бумагѣ, напечатана весьма удобочитаемымъ шрифтомъ. Къ
книгѣ прилагается полный систематич. указатель, изложен. въ алфавитн. порядкѣ.
Въ отдѣльной продажѣ цѣна этому изданію 4 руб.

14 ЕЖЕМѢСЯЧНЫХЪ ПРИЛОЖЕНІЙ ПОДЪ ЗАГЛАВІЕМЪ

„ДОМАШНІЙ ВРАЧЪ“

1. Здоровья и развивающія дѣтскія игры и развлеч.—2. Практической указатель по домоводству, (консервы мяса, рыбы, овощей, фруктовъ и т. д.)—3. Какъ защитить себя отъ заразы.—4. Жизнь ребенка.—2. Дурныя привычки, какъ со-

О Б Ъ Я В Л Е Н І Я

временное общественное зло.—6. Практическое руководство для опредѣленія фальсификаціи съ рисунками.—7. Гигіена сидячаго образа жизни.—8. Тѣлесныя упражненія и ихъ вліяніе на здоровье.—9. Мать и дитя.—10. Гигіена пищевыхъ продуктовъ.—11. 500 практическихъ совѣтовъ по домохозяйству.—12. Семья и школа, —13. Вегетаріанство.—14. Причины появленія нервныхъ болѣзней.

Подписавшіся на 1901 годъ и внесшіе полную годовую плату получаютъ журналъ со всѣми приложеніями за Ноябрь и Декабрь 1900 года **БЕЗПЛАТНО** и кромѣ того, немедленно высылаются безъ всякой доплаты за пересылку

ЧЕТЫРЕ большихъ тома „КНИГИ ЗДОРОВЬЯ“.

Цѣна съ доставкой и пересылкой 1 годъ—5 р. Разсрочка допускается по 1 руб. Пробн. № и подробн. проспектъ высылаются бесплатно.

Подписка принимается въ Главной конторѣ журнала «Спутникъ Здоровья», С.-Петербургъ, Коломенская ул., соб. домъ № 39 и въ книжныхъ магазинахъ.

Полныя годовые экз. за 1899 и 1900 гг. съ доставкой и пересылкой по 4 р.
