



КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛъ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

издаваемый подъ редакціею

ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. Л. О. ДАРИШЕВИЧА.

Томъ I.

ИЮЛЬ-АВГУСТЬ.

1901 г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО УНИВЕРСИТЕТА,
1901.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 30 октября 1901 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Къ измѣненіямъ сѣтчатки и пигментнаго эпителія при вторичной главкомѣ.

А. Г. Агабабова.

(Окончаніе).

Такимъ образомъ и въ этомъ глазѣ имѣются явленія irido-cyclitis съ переходомъ уже въ атрофию; здѣсь имѣется картина и острого choroidit'a съ обильными экссудатами. Полная отслойка сѣтчатки; въ послѣдней явленія воспаленія съ характерными измѣненіями ея частей. Въ пигментномъ эпителіи отекъ самихъ клѣтокъ, разрѣженіе въ нихъ пигмента; образованіе въ этомъ слоѣ небольшихъ полостей. Въ склерѣ и corneaе измѣненія, зависающія отъ застоя внутри глаза и воспаленія chorioideae и кромѣ того въ роговицѣ на мѣстѣ операции—воспалительная явленія. Въ вортикоzныхъ венахъ (въ склерѣ) воспалительная измѣненія ея стѣнокъ съуженіемъ просвѣта.

Слѣдовательно и въ этомъ главкоматозномъ глазѣ наиболѣе сильныя измѣненія находимъ въ сосудистой оболочкѣ и въ сѣтчаткѣ.

Разжиженіе же и уменьшеніе стекловидного тѣла должно быть результатомъ choroiditis'a. Надо думать, что эти измѣненія въ стекловидномъ тѣлѣ и хронически воспалительные измѣненія въ chorioideae, въ нѣкоторой степени существовали уже давно. Быть можетъ они и служили причиной образованія катаракты въ одномъ только этомъ глазѣ. Такое заключеніе мы можемъ выводить, по крайней мѣрѣ изъ того, что еще два года тому назадъ, т. е. въ 1894 г., когда внутриглазное давление не было повышенено, катаракта была еще не созрѣвшей и въ радужной оболочкѣ не было явленія воспаленія,—нельзя было видѣть дна глаза и зрѣніе было сильно понижено (весъма слабое свѣтоощущеніе). Картина же острого irido - choroidit'a и главкомы наблюдалась лишь въ 1896 году.

Замѣчательно, что и здѣсь главкоматозный процессъ развился въ глазѣ съ отслойкой сѣтчатки. Что эта отслойка была при жизни и представляетъ явленіе патологическое, а не посмертное, зависящее отъ обработки вынутаго уже глаза, для этого достаточнымъ доказательствомъ могутъ служить присутствіе обильнаго экссудата между сѣтчаткой и сосудистой оболочкой, а также значительное уменьшеніе стекловиднаго тѣла.

При наличности же однихъ только этихъ двухъ моментовъ, т. е. уменьшенія стекловиднаго тѣла и острого irido - choroidita отслойка сѣтчатки могла произойти весьма легко.

Въ этомъ глазѣ воспаленіе сѣтчатки и дегенеративныя измѣненія въ ней протекали безъ образованія ктѣточной ткани. Не наблюдаемъ мы здѣсь также и столь обширныхъ и разнообразныхъ кровоизліяній, какъ въ 1-мъ случаѣ. Это, конечно, должно быть вполнѣ понятно, такъ какъ въ сосудахъ сѣтчатки мы не нашли никакихъ особыхъ измѣненій, кроме только того, что капилляры и вены представлялись сильно расширенными и содержали много крови.

Слѣдовательно изъ приведенныхъ данныхъ можемъ еще разъ убѣдиться, что изъ непримѣнныхъ сосудовъ не бываетъ кровоизліянія въ сѣтчатку даже при главкомѣ и что нельзя считать обязательнымъ при главкомѣ дегенерацию сосудовъ сѣтчатки (гіалиновое перерожденіе). Дегенеративныя измѣненія въ сѣтчаткѣ подъ влияниемъ вторичнаго воспаленія выражены довольно рѣзко и почти во всѣхъ слояхъ.

Небольшія полости въ передней части сѣтчатки, какъ и въ 1-мъ случаѣ представляютъ ничто иное, какъ цистоидную дегенерацию сѣтчатки, наблюдавшую обыкновенно въ пожиломъ возрастѣ; тогда какъ найденная нами значительно большихъ размѣровъ полость, судя по содержимому, состоящему изъ экссудата и плавающихъ въ ней обрывковъ щучковъ и волоконъ поддерживающей ткани сѣтчатки, могла образоваться скорѣе подъ влияніемъ воспалительныхъ явленій въ сѣтчаткѣ; подобная полости, какъ мы видѣли, наблюдались при главкомѣ, отслойкѣ сѣтчатки и др.

Далѣе, несмотря на то, что сѣтчатка отдѣлена отъ пигментнаго эпителія довольно толстымъ слоемъ экссудата, въ ней наблюдаются и пигментныя отложения. Они достаточно большия и различной формы, находятся замѣчательнымъ образомъ болѣею частью въ слоѣ первыхъ волоконъ. Въ экссудатѣ же и на наружной поверхности сѣтчатки прослѣживаются только разсѣянныя пигментныя зерна и небольшія кучи; а въ толщи сѣтчатки, за исключеніемъ упомянутаго мѣста, пигментныхъ зеренъ встрѣчается сравнительно мало.

Такимъ образомъ, подобно предыдущему случаю, присутствіе здѣсь столь большихъ скопленій пигmenta можно объяснить про-

никновеніемъ ихъ изъ пигментнаго эпителія, благодаря особенно усиленному току жидкости по направлению къ внутренней поверхности сътчатки. Иначе говоря, пигментатія сътчатки происходит также, какъ и при *retinitis pigmentosa* (Евецкій), но при еще болѣе благопріятныхъ условіяхъ.

Измѣненія, наблюдаваемыя нами въ *пигментномъ эпителіи*, находятся въ прямой зависимости отъ воспалительного состоянія choroidae. Выдѣлившійся изъ послѣдней въ большомъ количествѣ экссудатъ частью остался на внутренней поверхности choroidae, въ большей же массѣ, пройдя чрезъ пигментный эпителій, расположился довольно толстымъ слоемъ между нимъ и сътчаткой. Такимъ образомъ, пигментный эпителій, отдѣленный отъ соседнихъ, омывался со всѣхъ сторонъ жидкостью.

При этихъ условіяхъ, питаніе пигментныхъ клѣтокъ естественно не могло остататься нормальнымъ.

И дѣйствительно, вслѣдствіе пропитыванія жидкостью онъ кажутся больше обычновенной величины, отечными, пигментъ въ нихъ распределенъ неравномерно и многія изъ клѣтокъ содержать его (пигмента) очень мало. Тогда какъ отдѣльные зерна и кучи пигмента усматриваются въ экссудатѣ особенно вблизи пигментнаго эпителія. Несомнѣнно они токомъ жидкости упосятся сюда изъ пигментныхъ клѣтокъ. Благодаря этимъ измѣненіямъ весь слой пигментнаго эпителія представляется толще; мѣстами же въ немъ замѣтны какъ бы небольшая полости, наполненные той же жидкостью и также окруженыя клѣтками и зернами пигмента.

Въ передней части глаза, гдѣ сътчатка и ея pars ciliaris также отдѣлены на нѣкоторомъ протяженіѣ, пигментный эпителій образуетъ здѣсь складки, промежутки которыхъ заняты экссудатомъ. Этими и ограничиваются почти всѣ измѣненія въ пигментномъ эпителіѣ и зависятъ онъ несомнѣнно отъ усиленного пропитыванія или отека этого слоя.

Въ самой хороидѣ измѣненія заключаются главнымъ образомъ въ воспаленіи ея сосудовъ, которое довольно сильно выражено въ передней и еще сильнѣе въ экваторіальной части глаза. Здѣсь кромѣ съѣжихъ воспалительныхъ явлений съ гипереміей, расширениемъ сосудовъ и затѣмъ инфильтраціей ихъ стѣнокъ и окружающихъ частей блуждающими клѣтками, наблюдается и фиброзная дегенерациѣ, преимущественно въ болѣе крупныхъ сосудахъ.

Такое пораженіе сосудовъ должно указывать на то, что воспалительные явленія существовали въ сосудистой оболочкѣ въ раныше, но вслѣдствіи подъ влияніемъ, быть можетъ, ирита или же одновременно съ нимъ присоединилось свѣжее воспаленіе, распространившееся почти по всей хороидѣ.

Наконецъ, со стороны стекловидной оболочки *chorioideae* можно было замѣтить иѣкоторыя измѣненія, состоящія въ частичномъ разрастаніи или утолщеніи ея, особенно хорошо видное въ заднемъ отдѣлѣ глаза, вблизи входа зрительного нерва. Здѣсь стекловидная оболочка образуетъ небольшое выпячиваніе въ полость глаза — кругловатой формы, съ содержимымъ въ видѣ безструктурной, матово-блестящей массы и окруженнos по поверхности тонкимъ слоемъ пигмента. Въ такомъ видѣ образованіе это весьма напоминаетъ такъ называемыя друзы. Что оно образуется изъ стекловидной оболочки, а не изъ пигментнаго эпителія, можно убѣдиться изъ того, что въ этомъ мѣстѣ стекловидная оболочка прямо какъ бы сливается съ этимъ утолщеніемъ, затѣмъ въ его содержимомъ не усматривается ни пигментныхъ зеренъ, ни клѣтокъ, а пигментный эпителій отдѣляется отъ него слоемъ экссудата.

Въ склерѣ болѣе сильныя воспалительныя явленія сосредоточиваются въ передней и экваторіальной части глаза; т. е. также, какъ и въ сосудистой оболочки. Надо полагать, поэтому, что воспалительный процессъ возникъ здѣсь не самостоятельнo, но перешелъ съ сосудистой оболочки.

Принимая во вниманіе пайдеппия въ этомъ глазѣ измѣненія, можно предположить, что воспаленіе и отслойка сѣтчатки произошли отъ иридохороидита; но подъ вліяніемъ хронического пораженія сосудовъ хороиды и иѣкотораго измѣненія стекловиднаго тѣла (*synchisis corp. v.*) наклонность къ отслойкѣ сѣтчатки могла существовать и раньше. Появившійся при такихъ глубокихъ измѣненіяхъ сосудовъ хороиды главкоматозный процессъ не могъ остановиться, не смотря, конечно, на образованное помошью придектоми широкое сообщеніе между камерами глаза. Иѣкоторое же облегченіе, появившееся вслѣдъ за операцией, существовало до тѣхъ поръ, пока избытокъ жидкости внутри глаза могъ профильтровываться черезъ свѣжій рубецъ.

Въ обоихъ изслѣдованныхъ глазахъ обращаетъ на себя вниманіе полная отслойка сѣтчатки. Въ первомъ случаѣ отслойка произошла несомнѣнно подъ вліяніемъ стягиванія новообразованной клѣточной ткани, которая въ свою очередь образовалась вслѣдствіе глубокихъ измѣненій какъ въ самой сѣтчаткѣ, такъ главнымъ образомъ въ ея сосудахъ.

Во второмъ случаѣ сѣтчатка и ея сосуды измѣнены сравнительно въ слабой степени, не имѣется на ея внутренней поверхности никакихъ слѣдовъ клѣточной ткани, и изъ всей серии ме-

ридиональныхъ срѣзовъ черезъ весь глазъ нигдѣ не усматривается какого либо нарушенія цѣлостности сътчатки, но зато здѣсь все пространство между отслоенной сътчаткой и сосудистой оболочкой заполнено экссудатомъ, выступившимъ изъ сосудовъ choroiidea.

Такимъ образомъ какъ измѣненія сътчатки, такъ и причины отслоекъ не одинаковы въ обоихъ случаяхъ.

Стекловидное тѣло въ обоихъ глазахъ сильно уменьшено.

Слѣдовательно тутъ пѣть тѣхъ измѣненій, которыхъ Panas считаетъ однимъ изъ главныхъ явлений при первичной главкомѣ, т. е. увеличеніи или отека стекловидного тѣла, а arteriosclerosis сосудовъ сътчатки имѣется только въ одномъ глазѣ. Но въ обоихъ случаяхъ имѣются явленія воспаленія всего tractus uvealis.

Описанія выше микроскопическія измѣненія можно, подразделяемъ мы, формулировать слѣдующимъ образомъ:

I. Въ choroiidea наблюдается хронически воспалительный измѣненіи многихъ сосудовъ (какъ въ 1 глазѣ) или острое (вѣроятѣе обострившееся) общее воспаленіе съ обильнымъ выдѣленіемъ экссудата въ полость глаза (какъ во 2-мъ глазѣ).

II. Пигментный эпителій сътчатки 1) при остромъ общемъ воспаленіи сосудистой оболочки представляется утолщеннымъ, отечнымъ. Содержаніе пигмента въ немъ уменьшено, какъ пигментные зерна, такъ и клѣтки уносятся токомъ жидкости и залигаютъ во внутреннихъ слояхъ сътчатки или же 2), если имѣется склерозъ многихъ сосудовъ choroiidea, какъ въ 1-мъ глазѣ, а не общее воспаленіе ея, то пигментный эпителій измѣненъ на ограниченномъ протяженіи и представляетъ гиперплазию съ дальнѣйшими регрессивными измѣненіями, какъ то:

а) мѣстное диффузное утолщеніе видимое и невооруженнымъ глазомъ,

б) ограниченная въ видѣ кругловатыхъ образованій и

с) разсѣянная разростанія, проникающая въ сътчатку и обуславливающая пигментацию почти всѣхъ ея слоевъ.

III. Сътчатка мѣстами пигментирована и представляетъ признаки вторичнаго (дегенеративнаго) воспаленія и можетъ быть вполнѣ отслоена, какъ въ обоихъ нашихъ случаяхъ.

Въ пей наблюдаются кисты:

а) ограниченная со всѣхъ сторонъ тонкими пучками и волокнами поддерживающей ткани съ безструктурнымъ содержимымъ (имѣлись въ об. случаѣахъ), принимаемая за физиологическая измѣненія сътчатки подъ влияниемъ (пожилого) возраста. Они встрѣчаются довольно часто.

б) Кисты неправильной формы, значительно большихъ размѣровъ, чѣмъ предыдущія, содержать въ себѣ свернувшийся экссудатъ, тонкія волокна и пучки, задающіеся въ окружающую ткань (сътчатку).

Опѣ представляютъ результатъ дегенеративныхъ измѣнений сѣтчатки подъ влияниемъ воспаленія. Сюда же можно отнести и тѣ кисты, которые содержатъ кромѣ экссудата, фибринозныхъ волоконъ и кровь, которая, вѣроятно, изливается въ полость кисты, образовавшейся уже раньше.

п) Самостоятельныя кровяные кисты—*cystae haematoïdes*, окруженныя соединительной тканью оболочкой, какъ въ 1-мъ случаѣ. Подобная образованія, насколько намъ известно, еще не были наблюдаемы.

2) Сосуды сѣтчатки или не представляютъ явныхъ измѣнений, какъ во 2-мъ нашемъ случаѣ или же наоборотъ могутъ быть сильно измѣнены—гіалиново дегенерированы, какъ во 1-мъ нашемъ случаѣ. Слѣдовательно, можно предполагать, что измѣненія сосудовъ сѣтчатки не зависятъ непосредственно ни отъ главкомы, ни отъ *irido-chorioiditis*.

Причины гіалиновой дегенерации сосудовъ нами разсмотрѣны выше.

Въ томъ случаѣ когда сосуды сѣтчатки измѣнены, могутъ наблюдаться 3) Кровоизліяїя въ сѣтчатку а) диффузныя изъ дегенерированныхъ капилляровъ, б) ограниченныя скопленія въ кисты (предположительно) изъ болѣе крупныхъ сосудовъ и с) кровоизліянія на внутреннюю поверхность сѣтчатки и въ стекловидное тѣло.

Кровоизліяїя въ стекловидное тѣло могутъ служить причиной образованія 4) Клѣточной ткани на внутренней поверхности сѣтчатки, какъ въ 1-мъ случаѣ. Чучки этой ткани находятся во многихъ мѣстахъ въ связи съ разросшимися Мюллеровскими волокнами, слѣдовательно имѣется двоякаго рода процессъ, именно такъ назыв., *retinitis proliferans*, *retinitis hyperplastica*.

5) Въ *pars ciliaris retinae* наблюдаемъ, какъ въ 1-мъ случаѣ, удлиненіе и дегенеративные измѣненія цилиндрическихъ клѣтокъ и продукты воспаленія цилиарного тѣла.

IV. Стекловидное тѣло можетъ бытъ, какъ въ обоихъ нашихъ случаяхъ, уменьшено въ своемъ объемѣ и содержать въ себѣ блуждающія клѣтки, краски, красный тѣльца крови, проникающія сюда изъ сосудовъ воспаленной радужной оболочки и цилиарного тѣла.

V. Въ роговицѣ и VI. склерѣ представляются измѣненія, обычно наблюдаемыя при главкомѣ.

Мы оставляемъ пока въ сторонѣ вопросы о сущности какъ первичной, такъ и вторичной главкомы и зависимости отъ нея ча-

того - анатомическихъ измѣнений въ оболочкахъ глаза и обратно т. е. появленіе главкомы отъ тѣхъ или иныхъ измѣнений въ глазѣ. Вопросами этими имѣемъ въ виду заняться при разсмотрѣніи еще нѣсколькихъ, имѣющихъ въ папемъ распоряженіи глазъ, пораженныхъ главкомой.

Здѣсь же мы желали только указать на нѣкоторыя клиническія и патолого-анатомическія особенности въ изслѣдованныхъ глазахъ со вторичной главкомой.

Если бы мы имѣли возможность офтальмоскопировать эти глаза *in situ*, то присутствіе съччатки въ обоихъ случаяхъ главкомы подтвердило бы диагностику и дало бы еще болѣе права предполагать опухоль внутри глаза, т. е. саркому хороиды. Между тѣмъ какъ подробное микроскопическое изслѣдование почти всѣхъ срѣзовъ не обнаружило никакихъ стѣдовъ новообразованія. Мало поможемъ выясненію такихъ случаевъ, если будемъ обозначать ихъ позваниемъ можной опухоли глаза.

Въ подобныхъ случаяхъ главкомы, когда есть основаніе предполагать присутствіе опухоли внутри глаза, необходимо, по нашему мнѣнію, возможно скорѣе энуклеировать глазъ, не прибѣгая даже ни къ операциіи *irido-sclerotomy posterior*, предложенной Panas'омъ при *glauca haemorrhagia*, ни къ какому либо иному консервативному методу ради косметическихъ цѣлей.

Сопоставленіе этихъ двухъ случаевъ представляется, на нашъ взглядъ, интереснымъ и въ виду тѣхъ измѣнений, которыхъ мы разсмотрѣли въ съччаткѣ и ея пигментномъ эпителіи. Въ то время, какъ въ обоихъ съччаткахъ имѣется глубокія нарушенія питанія съ пигментацией этой ткани и съ образованіемъ троцкаго рода полостей, сосуды ея сильно дегенерированы только въ первомъ глазѣ, во второмъ же нормальны, они лишь расширены.

Изъ этого мы вправѣ заключить, что присутствіе пигmenta въ съччаткѣ въ такихъ случаяхъ не зависитъ отъ измѣнений этой ткани и особенно ся сосудовъ, какъ наблюдалось при типической *Retinitis pigmentosa*, но цѣлый рядъ разнообразныхъ измѣнений пигментного эпителія вызывается воспалительными явленіями въ сосудистой оболочки; при чемъ, какъ при остромъ, такъ и при хроническомъ воспаленіи хороиды пигментъ распадается и уносится до самыхъ внутреннихъ слоевъ съччатки, гдѣ и залегаетъ, встрѣтая, быть можетъ препятствіе въ дальнѣйшему движенію со стороны т. 1. *interna*. Однако черезъ pars ciliaris retinae можетъ онъ доходить до хрусталика по волокнамъ цинновой связки вмѣстѣ съ воспалительнымъ экссудатомъ, красными и бѣлыми кровяными тѣльцами.

Образованіе ограниченныхъ гиперплазій пигментного эпителія въ видѣ друзъ мы приписываемъ также вліянію воспалительныхъ

изменений хороиды, а не случайному сочетанию съ другими изменениями этой ткани.

Быть можетъ со временемъ можно будетъ доказать, что и вообще друзья, наблюдаемыя въ старческихъ глазахъ, представляютъ также явленіе патологическое, тѣмъ болѣе, что въ пожиломъ возрастѣ и въ повидимому нормальныхъ глазахъ нерѣдко наблюдаются изменения въ сосудахъ хороиды.



Объясненіе рисунковъ.

A. Утолщеніе пигментнаго эпителія, находящееся приблизительно на серединѣ разстоянія между *ora serrata* и экваторомъ глаза. Сѣтчатка отслоена отъ него на далекомъ протяженіи.

B. Утолщеніе пигментнаго эпителія, прикрыто отчасти сѣтчаткой.

D. Такое-же утолщеніе (какъ *A* и *B*) подъ *pars ciliaris retinae*.

C. Клѣточная ткань на внутренней поверхности сѣтчатки стягиваетъ послѣднюю въ складки.

R. Retina.

H. Кровоизлѣяніе въ ткань сѣтчатки.

H'. Кровоизлѣяніе на наружной ея поверхности.

P. cil. r. Pars ciliaris retinae.

Pg. Пигментъ.

Ch. Chorioidea.

m. l. i. мембрana limitans interna.

K Гіалиново-перерожденіе сосуды сѣтчатки.

t. v. lamina vitrea.

Ep. pig. Пигментный эпителій.

a Пигментированный каналъ въ роговице.

Kr. k. Кровяная киста въ сѣтчаткѣ.

Rис. I й. Разрѣзъ черезъ весь глазъ въ меридиональномъ направленіи; при большемъ увеличеніи часть этого разрѣза представлена на рис. 2-мъ и 3-мъ съ утолщеннымъ пигментнаго эпителія (*A*, *B* и *D*), съ прилежащей частью сосудистой оболочки и отслоенной сѣтчаткой (*R*).

Рис. 4-й, 5-й и 7-й. Экваторіальний разрѣзъ глаза въ области пигментныхъ утолщений A (рис. 4-й), диффузного разростанія пигментнаго эпителія Ep. pig. (рис. 3-й) и пигментациіи сѣтчатки въ видѣ струекъ (рис. 7-й Pg).

Рис 6-й. Часть сѣтчатки R съ кровоизліяніемъ диффузнымъ ткани ея H, кровяной кистой, окруженнай капсулой Kr. k. и гіалиново-перерожденными сосудами K.

Рис. 8-й. Отслоенная сѣтчатка въ связи съ новообразованной клѣточной тканью C.

Рис. 9-й. Меридиональный срѣзъ всего глаза (случай 2-й), где имѣется полная отслойка сѣтчатки R и пигментированный каналъ въ роговице a (въ натуральную величину)

Рис. 10-й. Часть пигментированной сѣтчатки (Pg.) (2-й случ.).

По независящимъ отъ редакціи обстоятельствамъ рисунки къ статьѣ Д-ра Агабабова будутъ помѣщены въ одной изъ слѣдующихъ книгъ.

Изъ Кіевскаго патолого-анатомическаго кабинета проф. Н. В. Любимова.

Къ патологической анатомії спинного мозга при diabetes mellitus.

Н. Е. Осокина.

Благодаря цѣлому ряду работъ различныхъ изслѣдователей стало извѣстно, что при діабетѣ перѣдко происходитъ заболеваніе спинного мозга, при чёмъ въ пораженіи принимаютъ участіе (въ большей или меньшей степени) то сѣрая (W. Müller, Nonne), то бѣлая (Leichtentritt, Williamson, Leyden) субстанціи, то сосудистая система или паконецъ центральнаго каналья (Dickinson). Въ то время, когда патогенезъ сахарной болѣзни разматривался лишь съ точки зреинія Cl. Vergnardi, т. е. пораженія дна четвертаго желудочка, измѣненія спинного мозга въ большинствѣ случаевъ считались явленіями первичными, а діабетъ — какъ послѣдствіе распространенія болѣзненнаго процесса со спинного мозга на ромбовидную ямку (Weichselbaum, Edwards, Richardize). Наряду съ подобными наблюденіями, вполнѣ укладывающимися въ рамку теоріи сахарнаго укола, попадались такие случаи діабета, гдѣ, при нахожденіи того или другого пораженія спинного мозга, продолговатый мозгъ оставался совершенно петроцитымъ (Silverg и Гуйне, W. Müller). Само собою разумѣется эти случаи ждали своего объясненія. Д-ръ W. Müller въ изслѣдованномъ имъ случаѣ діабета былъ въ состояніи открыть на значительномъ протяженіи 'спинного мозга исчезновеніе сѣраго вещества у основанія переднихъ роговъ, замѣну его рыхлою соединительной тканью. Эти измѣненія авторъ уже не принималъ за причину діабета, а напротивъ считалъ ихъ выражениемъ вреднаго вліянія продуктовъ ненормального обмѣна веществъ на центральную нервную систему. Я бы слишкомъ уклонился въ сторону, еслибы стала излагать сущность

современного учения о патогенезѣ сахарной болѣзни и потому, коснувшись его лишь отчасти, перехожу къ дальнѣйшему разбору намѣченныхъ мною вопросовъ.

Если доказана зависимость пораженія спинного мозга отъ нарушенія правильности въ обмѣнѣ веществъ въ организмѣ, то остается решить, всегда ли токсическія вещества, циркулирующія въ крови больного-диабетика, чтобы поразить спинной мозгъ, должны действовать непосредственно па него, или бываютъ такія условія, при которыхъ спинной мозгъ можетъ заболѣть вторично, вслѣдъ за пораженіемъ какой либо другой части первпой системы? Изъ клиническаго опыта известно, что диабетъ нерѣдко осложняется такими явленіями, которые невольно заставляютъ признать участіе въ заболѣваніи периферической нервной системы. Проф. Rosenstcin¹⁾ имѣлъ 6 случаевъ диабета съ отсутствиемъ колѣннаго рефлекса. Hosslein (1886) описалъ случай диабета съ ясно выраженной невралгіей бедреннаго нерва, понижениемъ общей кожной чувствительности, трофическими разстройствами со стороны кожи. Ргусе (1887) наблюдалъ диабетика съ симптомами атаксіи. Charsot (1890) посвятилъ одну лекцію разбору больного, у которого втеченіе диабета развилась параплегія. Всѣ указанные авторы, кроме Rosensteina²⁾ а также другие—Magu, Leyden, Wigard, объясняя наблюдаемые ими у больныхъ симптомы, находили возможнымъ выдѣлить особую группу диабетическихъ невритовъ. Эта гипотеза о периферическомъ неврите диабетиковъ, созданная клиническими наблюденіями, впослѣдствіи была подтверждена подробными патолого-анатомическими изслѣдованіями Aisché³⁾ (3 случая) и Eichhorsta⁴⁾ (2 случая). Съ современной точки зрѣнія очень важно знать тотъ фактъ, что при диабете поражается периферическая нервная система. Имъ во многихъ случаяхъ можетъ быть объяснено происхожденіе заболѣванія спинного мозга. Экспериментальнымъ путемъ доказано, что, нанося обширныя поврежденія въ периферической нервной системѣ (лигатура съ послѣдующей перерѣзкой нервнаго ствола), можно вызвать измѣненія въ спинномъ мозгу съ

¹⁾ Проф. Rosenstein на основаніи отрицательнаго результата патолого-анатомического изслѣдованія, произведенаго имъ въ одномъ случаѣ, пришелъ къ тому заключенію, что отсутствіе колѣннаго рефлекса есть выраженіе функциональнаго разстройства нервной системы. Однако такое заключеніе Rosenstein'a нельзѧ считать особенно удачнымъ уже въ виду его собственнаго признания въ томъ, что результаты изслѣдованій могли бы получиться иные при болѣе тщательной обработкѣ мозга, чего самъ онъ не выполнилъ.

локализацией характерной для тѣхъ случаевъ сухотки спинного мозга, которые должно отнести къ разряду *perivo-tubes peripherica* (Даршевичъ⁴). Отсюда естественно будетъ ожидать аналогичныхъ, т. е. сухоточныхъ измѣнений спинного мозга втчесніе діабета, разъ поражена при немъ периферія. И дѣйствительно заболѣванія такого рода отмѣчены въ литературѣ. Такъ, Leuchtentritt 1893) наблюдалъ тяжелый случай діабета, осложненный различными явленіями со стороны нервной системы, въ томъ числѣ симптомомъ Westphal'я. При аутопсіи констатировано было: неврятический процессъ на периферіи, въ спинномъ мозгу дегенерация заднихъ столбовъ таблическаго характера, пораженіе моторныхъ клѣточекъ переднихъ роговъ и сравнительно позднѣйшая измѣненія, локализующіяся въ лѣвомъ переднемъ и лѣвомъ боковомъ столбахъ бѣлаго вещества. Въ томъ же 1893 году подобный случай діабетического неврита, осложненный дегенеративнымъ процессомъ въ заднихъ и отчасти боковыхъ столбахъ описалъ, былъ проф. Leyden'омъ. На этихъ примѣрахъ спинномозгового заболѣванія, развивавшагося втчесніе діабета вторично—вслѣдъ за пораженіемъ периферіи я остановился вѣсколько долье въ виду того, что такой ходъ болѣзниаго процесса встрѣчается повидимому чаще. Несомнѣнно однако и то, что ненормальные продукты обмѣна веществъ могутъ дѣйствовать на спинной мозгъ непосредственно и этимъ обусловить его заболѣваніе. Примѣромъ такого заболѣванія служитъ случай *poliomyelitis anterior* діабетического происхожденія, который описалъ д-ръ Noppe. Прежде чѣмъ перейти къ изложенію собственнаго изслѣдованія, мы бы хотѣлось коснуться, хотя бы вкратцѣ, еще тѣхъ случаевъ интересующаго насъ заболѣванія, въ которыхъ наблюдалось явное несоответствіе результатовъ патолого-анатомическаго изслѣдованія съ клиническою картиною. Въ этомъ отношеніи интересными представляются два недавнія наблюденія д-ра Kalmus'a⁵). Въ первомъ изъ нихъ спинной мозгъ былъ измѣненъ на всемъ своемъ протяженіи, но наибольшей интенсивности дегенеративный процессъ достигалъ въ шейномъ и поясничномъ отдѣлахъ. Здѣсь первыя волюца заднихъ столбовъ находились въ различныхъ периодахъ дегенерации. Замѣчено было, что процессъ болѣе выраженъ на периферіи мозга, а въ центральномъ направлениі убывалъ. Корешковыя области были поражены. Самые же корешки измѣнены весьма незначительно. Во второмъ случаѣ, описанномъ д-ромъ Kalmus'омъ, измѣненія мозга, сохранивая свою симметричность на всемъ протяженіи, наибольшей интенсивности достигали въ предѣлахъ между нижними сегментами шейнаго и средними сегментами груднаго отдѣловъ. Несмотря на несомнѣнное, доказанное анатомическими изслѣдованіями, существованіе пораженія спинного мозга, клинически оба случая протекали, по увѣренію автора, безъ

сколько чибудь достойнаго вниманія разстройства со стороны первинной системы я лишь въ І-мъ случаѣ констатировано было отсутствіе рефлекторного сокращенія съ сухожилія *m.-li quadricipitis femoris dextri*. Далѣе наше вниманіе останавливается случаѣ, который описалъ д-ръ Кайссъ⁶). Этотъ авторъ наблюдалъ 17-ти лѣтняго пациента—диабетика, у которого со стороны нервной системы отмѣченъ былъ цѣлый рядъ отклоненій отъ нормы. Между ними были: слабость колѣннаго рефлекса, пониженіе болевой чувствительности на туловищѣ и конечностяхъ и наконецъ, что особенно важно, ослабленіе мышечной возбуждимости, какъ на фарадическій, такъ и на гальваническій токъ. Съ некоторыхъ мышцъ, какъ напр. *m. inteross. manus, m. inteross. pedis, abductor digiti quinti pedis* при раздраженіи фарадическимъ токомъ сокращенія не удавалось получить вовсе: оно вызывалось лишь тогда, когда мышцу раздражали гальваническимъ токомъ. Такое отношеніе мышцъ къ электрозвозбуждимости, въ клинической терминології извѣстное подъ именемъ полной реакціи перерожденія, заставило автора заподозрить существование какого либо измѣненія въ моторныхъ клѣткахъ спинного мозга или въ периферической нервной системѣ. Случай закопчился летально. Послѣдующее изслѣдованіе спинного мозга и периферической нервной системы (окраска производилась по методу Weigert'a и смѣсью Wan-Gieson'a) не открыло въ нихъ никакихъ измѣненій. Тѣмъ не менѣе д-ръ Kausch не счелъ возможнымъ объяснить наблюдавшіеся имъ симптомы—функциональныи разстройствомъ нервной системы (какъ дѣлалъ это напр. проф. Rosenstein), находя, что подобный взглядъ въ настоящее время не можетъ быть доказанъ достаточно ясно...

Изъ приведенного литературного очерка мы видимъ, что вопросъ о пораженіи спинного мозга въ теченіе діабета въ работахъ послѣдняго времени получастъ какъ бы иное освѣщеніе (Leichtentritt, Leyden, Nonne), затѣмъ—многія изъ наблюдавшихъ авторами явлений важъ клиническихъ, такъ и патолого-анатомическихъ не всегда находятся въ такомъ строгомъ соотвѣтствіи между собою, какъ это казалось должно было быть на основаніи общеизвѣстныхъ данныхъ фізіологии и патологіи нервной системы (случай Kausch'a и Kalmusa⁷) Въ виду такого состоянія вопроса, конечно, должно быть желательнымъ большее и большее накопленіе относящагося къ нему матеріала. Руководствуясь послѣднимъ соображеніемъ я и рѣшился представить описание нижеизслѣдуемаго наблюденія.

15 ноября 1900 г. въ патолого-анатомической институтѣ поступила трупъ для секціи изъ терапевтической факультетской клиники профессора С. В. Левашева. Клиническія данныя: Большой 51 л., по профессіи водопроводникъ при водопроводной будкѣ.

Лѣтъ 15—20 тому назадъ перенесъ брюшной тифъ. Сифилиса не было, водку пилъ съ молодости, за послѣдніе годы пить пересталъ. Лѣтомъ 1899 г. открылись боли въ рукахъ и погахъ. Леченіе салициловымъ патромъ съ юдистыемъ калесъ мало вліяло на уменьшеніе болей. Вскорѣ послѣ этого больного стала мучить жажда, учащеніе мочеотдѣленія, усиленіе апистита. Въ январѣ 1900 г. больной въ 1-й разъ обратился въ факультетскую клинику, куда былъ принятъ въ качествѣ стационарнаго больного съ діагнозомъ *diabetes mellitus*. Въ маѣ выписался, чувствовалъ себя пѣкоторое время нѣсколько лучше, но потомъ симптомы болѣзни вновь усилились. 3 ноября 1900 г. больной поступилъ въ факультетскую клинику. Въ это время онъ жаловался на общее недомоганіе, утомляемость, сильную жажду (выпивалъ по четверти квасу), пересыханіе во рту, частые позывы на мочеиспускание (разъ 15—18 въ сутки). Объективно констатировано: крайняя худоба, сухость языка, опиженіе верхушки праваго легкаго, присутствіе въ ней влажныхъ хриповъ, выдѣленіе въ незначительномъ количествѣ жидкой, пѣпистой мокроты, не содержащей бацдалии Коха, отсутствіе коленныхъ рефлексовъ. Суточное количество мочи 3000,0; уд. вѣсъ 1,033; количество сахара 7,2%. За время пребыванія больного въ клинике количество сахара понизилось до 5% (суточ. колич. 400,0) и наконецъ за день до *exitus letalis* (12 ноября)пало до 3,3%. Суточное количество мочи колебалось между 3000—8000,0. 9 ноября больного стала беспокойть кашель съ выдѣленіемъ слизистой мокроты. Вечеромъ того же дня явилась лихорадка. На слѣдующій день—колоющая боль въ лѣвомъ боку. 12 ноября въ лѣвой половинѣ грудной клѣтки, нѣсколько внаружи отъ соска, конституированы были крепитация и бронхіальное дыханіе. Выдѣляемая мокрота была жидкай консистенціи, грязно-бураго цвѣта. Въ мочѣ открыто было присутствіе бѣлка и ацетона. Въ ночь на 14-е ноября всталъ въ безсознательное состояніе и въ 12 час. дня умеръ при явленіяхъ отека легкаго. Клиническій діагнозъ: *Diabetes mellitus. Pneumonia crouposa sin.*

Протоколъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, произведенаго 15 ноября проф. Н. М. Любимовымъ.

Общий осмотръ. Вѣсъ трупа 37500 грам.; ростъ 160 сант., объемъ груди 76 сант. Питаніе слабое. Трупное окочененіе достаточнo. Посмертная краснота съ багровымъ оттенкомъ. Кожа нѣсколько истощена, блѣдна, влажна. Подкожная ткань атрофирована. Слизистая оболочка губъ и вѣкъ піанотичны. Зрачки расширены.

Полость черепа. Черепъ кругловато-ovalной формы; кости умѣренной толщины; *diploc* блѣдно; *sulci meningei* не рѣзки; внутренняя поверхность черепа гладка. Твердая оболочка не напряжена, на внутренней поверхности гладкая, блестящая; *sinus*

longitudin. перастянутъ. Мягкая оболочка тонка, по бороздамъ отечна; сосуды ея умѣренно наполнены кровью; пахюновы грануляціи не рѣзки. Мозгъ: извилины его уплощены; сѣрий слой рѣзко отдѣленъ, содержитъ очень много красныхъ точекъ; блѣлое вещество гладко, влажно, мѣстами на одномъ уровне съ сѣрымъ; боковые желудочки не растянуты; *plexus choroideus* слабо наполненъ кровью. Мозжечекъ тѣхъ же свойствъ.

Полость позвоночника. Твердая оболочка спинного мозга не утолщена: паутинная сѣть тонка, прозрачна; мягкая оболочка умѣренно наполнена кровью. Спина мозгъ. Сѣреое вещество рѣзко очерчено, имѣеть нѣсколько мутный видъ; блѣлое вещество безъ измѣнений въ цѣѣтѣ, объемъ и консистенція.

Полость груди. Сердце вѣсить 240 грм., слабо обложено жиромъ; полуулунные и венозные клапаны не измѣнены; стѣнка лѣваго желудочка 2,0 сант., праваго, 1 сант.; мышцы залы, съ буроватымъ отѣнкомъ; полости сердца нѣсколько растянуты; *endocardium* не утолщенъ; трабекулы и сосковидныя мышцы слабо атрофированы; ихъ сухожилія не утолщены. Плевра слѣва содержитъ немного мутной съ фибринозными хлопьями жидкости; плевральные листки слабо сращены у верхушки лѣваго легкаго; плевральный листокъ соответственно наружной поверхности и переднему краю верхней доли инъецированъ и покрытъ фибринозными пленками. Бронхиальная железы не увеличены. Бронхи содержать мутную пѣнистую жидкость, слизистая оболочка бронховъ инъецирована. Легкія: вѣсь прав. 680, лѣв. 830 грм. Правое легкое тѣстовато плотное, крепитируетъ; поверхность разрѣзъ буровато красна, при давлениі даетъ довольно много пѣнистой жидкости. Лѣвое легкое въ передней половинѣ верхней доли плотно, въ остальномъ тѣстовато мягко. Плотная часть при разрѣзѣ сѣровато-красного цвѣта, мѣстами съ яснымъ желтовато зеленымъ отѣнкомъ. Въ задней половинѣ верхней доли, а равно и въ нижней доли ткань мягкаго въ разрѣзѣ буровато красного цвѣта, отечна. Сосуды легкихъ: правая вѣтвь арт. *pulmonalis* проходима, лѣвая вѣтвь той же артеріи въ просвѣтѣ своемъ содержитъ объемистый, нѣсколько обезцвѣченный фибринозный свертокъ; послѣдній расположено съдлообразно на остромъ углѣ, соотвѣтственно дѣленію артеріи, и вдается въ ея обѣ боковыхъ вѣтви.

Полость живота. Селезенка: вѣсь 110 грм., длиной 13,5 сант., шириной 8,5 сант., толщиной 1,5 сант.; капсула нѣсколько натянута; паренхима въ разрѣзѣ малокровна, пульпа слегка склабливается ножемъ, трабекулы замѣты; мальпигіевы тѣла не видны. Желудокъ: слизистая оболочка мѣстами блѣдна, мѣстами съ красноватымъ отѣнкомъ; одиночная и Пейеровы железы не увеличены. Желчный пузырь содержитъ густую темную желчь, *ductus choledocus*

проходимъ. Печень въсомъ 1590 грам., длиною 25 сант., шириною въ правой долѣ 16,5, въ лѣвой 13 сант., толщиною въ правой долѣ 7,8, въ лѣвой долѣ 4,2 сант.; капсула гладка; передній край тупой; паренхима въ разрѣзѣ буровато красного цвѣта; долѣки не отлѣчимы. Поджелудочная железа не уменьшена; въ разрѣзѣ долѣки ясны; промежуточная соединительная ткань не склерозирована. Почки: вѣсь прав. 170 грам., лѣв. 170 грам., длиною правая 11,5 и лѣвая 12,5 сант., шириною правая 5,8 и лѣвая 5,7 сант., толщины правая и лѣвая 3,1 сант.; оболочка снимается легко; корковый слой гладокъ, сѣровато-красного цвѣта; мозговые лучи красноваты; мальпигиевы клубочки замѣтны въ видѣ блестящихъ мелкихъ зернишекъ; основаніе пирамидъ не инфицировано; сосочки не утолщены.

Для микроскопического изслѣдованія мною были взяты спинной мозгъ и *nervus sciuralis*. Препараты обрабатывались по методамъ Marchi и Nissl'a. Результаты получились слѣдующія:

По методу Marchi.

Поясничный отдѣль. На препаратахъ этого отдѣла видно, что среди мелкихъ разсѣянныхъ (въ различныхъ мѣстахъ поперечника мозга) перерожденныхъ волоконъ черные глыбки распавшагося мѣлина особенно густо расположены по интрамедуллярному ходу корешковъ, какъ переднихъ, такъ и заднихъ. Глыбки занимаютъ симметрично корешковую область заднихъ столбовъ и соединяютъ съ нею периферію пучковъ Бурдаха. Чувствующія коллатерали заднихъ корешковъ, принявши въ поперечномъ разрѣзѣ горизонтальное направление въ значительной мѣрѣ перерождены. Черные глыбки, слѣдя направленію этихъ волоконъ, проникаютъ въ сѣрое вещество мозга. Здѣсь ихъ легко удается прослѣдить до основанія задн资料 рога. Въ этомъ же мѣстѣ скопленіе глыбокъ прерывается, а далѣе въ предѣлахъ переднаго рога идутъ полоски тѣхъ же волоконъ только нѣсколько истощенныхъ, но безъ слѣдовъ распаденія мѣлина. Проникновеніе черныхъ глыбокъ распавшагося мѣлина въ сѣрое вещество происходит также со стороны передне-корешковыхъ волоконъ. На препаратахъ изъ того же отдѣла, нѣсколькими сегментами выше, перерожденными оказываются также волокна переднихъ и заднихъ корешковъ, по которымъ глыбки проникаютъ и въ сѣрое вещество. Въ пучкахъ Бурдаха скопленіе глыбокъ занимаетъ болѣе значительное пространство. Локализація глыбокъ распространилась здѣсь какъ въ центральномъ, такъ и медіальномъ направлениі, а не ограничивается только периферіей заднихъ столбовъ.

Грудной отдѣлъ. Въ нижнихъ сегментахъ перерожденіе наблюдается въ корешковыхъ волокнахъ какъ заднихъ, такъ и переднихъ столбовъ. Черные глыбки распавшагося міэлина и здѣсь иропикаются въ сѣреое вещество. Особенно густое расположение черныхъ глыбокъ наблюдается въ тѣхъ первыхъ волокнахъ, которые идутъ по направлению къ клѣткамъ столбовъ Clark'a, на этомъ уровне получающихъ наибольшее свое развитіе. Область пучковъ Бурдаха перерождена въ той степени, какъ и въ поясничномъ отдѣлѣ. Кроме того небольшіе участки перерожденныхъ волоконъ встрѣчаются въ передне-боковыхъ столбахъ по задней периферии (пучки Flechsig'a). На уровне 8-го сегмента пораженными представляются пучки Бурдаха и Goll'a. Область перерожденія ихъ въ центральномъ направлении не достигаетъ задней спайки. Въ корешкахъ расположение черныхъ глыбокъ рѣже. Нѣкоторыя волокна корешковъ сохранили свой нормальный видъ. Область перерожденія боковыхъ столбовъ, располагаясь по ихъ периферии узкой полосой, къади нѣсколько расширяющейся, достигаетъ передней вырезки мозга. На нѣкоторыхъ препаратахъ удавалось убѣждаться въ переходѣ перерожденныхъ волоконъ изъ боковыхъ столбовъ въ сѣреое вещество, где они повидимому подаются къ клѣткамъ боковой группы. На разрѣзахъ вышележащихъ сегментовъ грудного отдѣла не удавалось подмѣтить чего либо особенного.

Шейный отдѣлъ. Наибольшее количество черныхъ глыбокъ встрѣчается по периферии боковыхъ столбовъ. Въ заднихъ столбахъ черные глыбки попадаются въ небольшомъ количествѣ. Задние корешки перерождены лишь до мѣста ихъ входа въ спинной мозгъ. Чувствующія коллатерали заднихъ корешковъ нѣсколько утончены, но явленія перерожденія въ нихъ не замѣтно. Волокна переднихъ корешковъ перерождены по всему своему пути до передн资料 рога. Перерожденіе касается въ большей степени тѣхъ волоконъ, которые идутъ къ клѣткамъ внутренней группы передн资料 рога.

Nervus sigillaris. На продольныхъ разрѣзахъ этого нерва можно было убѣдиться въ существованіи по ходу волоконъ черныхъ глыбокъ.

Такъ какъ состояніе первыхъ клѣтокъ при обработкѣ по методу Maggi выступаетъ не отчетливо, то ихъ измѣненія мною будутъ описаны на основаніи препаратовъ, приготовленныхъ по методу Nissl'я. При описаніи этихъ послѣднихъ будутъ также указаны и тѣ измѣненія, которымъ подвергались другія собственные части спинного мозга, какъ то: сосуды, нейроглія.

По методу Nissl'я.

Поясничный отдѣлъ спинного мозга. Измѣненія клѣтокъ переднихъ роговъ представлялись довольно однообразными.

Хроматофильтры глыбки теряли способность густо окрашиваться отъ тіопина, казались нѣсколько уменьшеными, основное вещество клѣтокъ окрашено въ нѣжно голубой цвѣтъ. Ядро, ядрышко и первые отростки неизмѣнены. Клѣтки остальныхъ болѣе мелкихъ группъ по характеру измѣнений мало чѣмъ отличались отъ только что описанныхъ. Сосуды, какъ крупные, проходящіе въ вырѣзкахъ мозга, такъ и мелкіе—въ сѣромъ веществѣ расшириены, наполнены кровью. При окраскѣ осміемъ удавалось констатировать жировое перерожденіе ихъ эндотелия. Около сосудовъ, а также около первыхъ клѣтокъ замѣчались скопленія лейкоцитовъ и пролиферациія элементовъ нейрогліи.

Грудной отдѣлъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ переднихъ роговъ измѣненія того же характера, какія отмѣчены въ клѣткахъ поясничного отдѣла. Въ нихъ также замѣтна убыль хроматофильтрального вещества, размѣщенніе отдѣльныхъ глыбокъ, основное вещество также приводило слабую окраску, ядро рѣзко очерчено. Ядрышко интенсивно окрашено въ синій цвѣтъ. Въ другихъ клѣткахъ измѣненія были болѣе рѣзки: Nissl'евскія тѣльца ихъ мѣстами совершенно исчезали, происходило даже нарушение цѣлостности самой клѣтки. Ядро въ такихъ клѣткахъ часто было совершенно не видно. Клѣтки столбовъ Clark'a какъ бы сжаты, около клѣтковаго пространства увеличены. Хроматофильтральные глыбки мѣстами сохранили свой нормальный видъ, мѣстами оказывались исчезнувшими. Размѣщенніе глыбокъ происходило по преимуществу въ околодерномъ поясѣ. Ядро клѣтокъ смѣщено къ периферіи.

III сійный отдѣлъ. Измѣненіе первыхъ клѣтокъ этого отдѣла было болѣе разнообразнымъ. Въ клѣткахъ наружной группы измѣненія были уже извѣстныхъ памъ типовъ, именно: въ однихъ клѣткахъ было диффузное распыленіе хроматофильтрального вещества, въ другихъ же преобладало гнѣздное исчезновеніе Nissl'евскихъ тѣлъ, причемъ хроматолизъ былъ не только околодерный, но и периферический. Хроматофильтральные глыбки въ крупныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ принимали неправильную форму, между пими оставались щелевидныя пространства, диффузно воспринимающія окраску. Ядро смѣщалось къ периферіи. Ядрышко вакуолизировано. Наконецъ попадались такія клѣтки, въ которыхъ не было видно ни ядра, ни ядрышка. Самыя клѣтки отличались уродливостью формы, содержали лишь остатки въ видѣ зернышекъ—хроматофильтрального вещества. Осевоцилиндрическія отростки были тонки, а протоплазматическіе укорочены. Около атрофированныхъ клѣтокъ попадалось значительное количество клѣтокъ нейрогліи. Мѣстами клѣтки пейрогліи настолько плотно прилегали къ первой клѣткѣ, что невозможно было различить границы между ними. Такимъ образомъ

онѣ казались даже находящимися какъ бы внутри самой нервной клѣтки. Кровеносные сосуды, какъ и въ поясничномъ отдѣлѣ были расширены, заполнены кровью. Эндотелій ихъ жирно дегенерированъ. Снаружи сосудовъ было много лейкоцитовъ.

Суммируя всѣ данные относящіяся къ нашему случаю, мы, конечно, должны признать, что отмѣченные въ клинической картины симптомы со стороны нервной системы, какъ то, отсутствие колѣнныхъ рефлексовъ, слабость произвольныхъ движений и невралгическая боли [въ анатомѣзѣ] находятъ себѣ достаточно объясненій въ найденныхъ шами измѣненіяхъ какъ въ периферической нервной системѣ (п. *cervicis*), такъ и самому спинномъ мозгу. Но этимъ однако интересъ нашего случая не ограничивается. Чтобы это доказать, разсмотримъ въ общихъ чертахъ, къ чему сводится картина измѣненій. Какъ это видно изъ описанія препараторовъ, мы имѣли перерожденіе волоконъ периферического нервного ствола (п. *cervicis*), ясно выраженную дегенерацію какъ заднихъ, такъ и переднихъ корешковъ, причемъ было отмѣчено, что па пѣкоторыхъ уровняхъ (шейный отдѣлъ) перерожденіе корешковъ доходило лишь до мѣста входа въ спинной мозгъ, а перерожденіе волоконъ, принадлежащихъ самому спинному мозгу, вообще выражено менѣе рѣзко. Это уже одно, т. е. большая затронутость периферическихъ частей нервона позволяетъ думать, что заболѣваніе нервной системы началось впѣ спинного мозга. Въ этомъ предположеніи мы еще болѣе укрѣпляемся, когда припомнимъ, что изъ системъ бѣлого вещества поражены лишь восходящія—столбы Burdach'a, Goll'a, Gowers'a и Flechsig'a, существованіе въ которыхъ волоконъ экзогенного происхожденія доказано экспериментально (Даркшевичъ, Berdez, Lœventhal, Paladino). Что касается участія въ заболѣваніи галллюзныхъ клѣтокъ спинного мозга, то какъ считать ихъ пораженіе—первичнымъ или вторичнымъ? Имѣющіяся въ литературѣ давнія по вопросу о первичномъ и вторичномъ заболѣваніи нервной клѣтки принадлежатъ Marinesco¹), автору пріобрѣвшему, какъ известно, большую омытность въ изслѣдованіи по методу Nissl'я. По мнѣнію Marinesco при вторичномъ пораженіи нервной клѣтки, какъ это напр. бываетъ послѣ перерѣзки или какого либо другаго поврежденія нерва, наступаетъ обыкновенно распыленіе хроматофильного вещества по всему тѣлу клѣтки. Въ случаѣ первичнаго заболѣванія клѣтки (злокачественная анемія, эксперимент. вызванная анемія, собачье бѣщенство, ботулизмъ) авторъ наблюдалъ, что хроматофильные элементы подвергаются быстрому растворенію, которое въ свою очередь можетъ быть болѣе выражено то на периферіи, то въ центрѣ или наконецъ равномѣрно распространено по всей клѣткѣ. Относя только что сказанное къ нашему случаю, мы должны признать, что большая часть первыхъ клѣтокъ спин-

нога мозга представляетъ измѣненія первого типа (распыленіе хроматофильного вещества), т. е. послѣдствіе пораженія периферіи и здѣсь были выражены во всей своей силѣ. Измѣненія нервныхъ клѣтокъ другого типа, (хроматолизъ) согласно взгляду Marinesco, могутъ быть разсматриваемы, какъ результатъ вліянія какого либо болѣзнетворнаго агента на самый спинной мозгъ. Быть можетъ здѣсь играла извѣстную роль инфекція, присоединившаяся къ хроническому страданію въ послѣдніе дни жизни больного. За счетъ вліянія этой второй, остро дѣйствующей инфекціи, мы относимъ также другія изъ наблюдавшихся явлений, какъ то, пролиферацію клѣтокъ пейрогліи, расширеніе кровеносныхъ сосудовъ и выхожденіе изъ нихъ лейкоцитовъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

- 1) Rosenstein. Ueber das Verhalten des Kniephänomenes beim Diabetes mellitus. Berliner Klin. Wochenschrift, 1885. № 8.
- 2) B. Auché. Des alterations des nerfs péripheriques chez les diabétiques. Arch. de med. exper. et d'anatomie path. 1890.
- 3) H. Eichhorst. Neuritis diabetica und ihre Beziehung zum fehlenden Patelarscheenreflex. Virchow's Archiv Bd. 127. 1892.
- 4) Проф. Л. О. Даркшевичъ. О такъ называемомъ ретроградномъ перерождении периферическихъ нервныхъ волоконъ. Медицинское Обозрѣніе 1897 г.
- 5) Kalimus. Beitrag zur Kenntniss des Rückenmarkerkrankungen bei Diabetes mellitus. Zeitschrift für klinische Medicin. 1896 г.
- 6) W. Kausch. Ein fall von schweren diabetes mellitus mit ausgedehnter langsamer elektrischer Reaction. Neurologisches Centralblatt. 1897.
- 7) G. Marinesco. Presse Medicale. 1897, Paris; цитирую по реферату Neurologisches Centralblatt 1897 г.



Объ истерическомъ метеоризмѣ¹⁾.

Н. Н. Топоркова.

13 сентября 1897 г. поступила въ Казанскую Окружную Лечебницу больная Л. въ качествѣ „неизвѣстнаго званія женщины“, такъ какъ была подобрана на улицѣ полиціей и доставлена въ Лечебницу безъ всякихъ документовъ. На пріемѣ она правильно, какъ оказалось впослѣдствія, назвала свое имя; сообщила, что съ ней бываютъ „истерики“ и „видѣнія“; во время припадковъ она царапаетъ себѣ руки, бьется головой; на кистяхъ болѣй дѣятельно оказались царапины. Позднѣе, отъ родныхъ больной, удалось получить слѣдующія данные о патологической наследственности ея: отецъ больной, сельскій дьяконъ, пилъ запоемъ, родной братъ—алкоголикъ; другой братъ умеръ отъ чахотки; у него были припадки, появившіеся съ 21 года; дядя по отцѣ пилъ запоемъ; дѣдъ по отцѣ пилъ запоемъ,—съ отцовской стороны вообще много алкоголиковъ.

Сама больная разсказываетъ о себѣ слѣдующее: она съ дѣтства была крайне злобной и раздражительной: въ припадкѣ гнѣва, по ее словамъ, „готова была убить“ и часто била своихъ младшихъ братьевъ и сестеръ. Учились плохо и не кончила сельской школы. Менструаціи начались съ 13 лѣтъ; были неправильны и болѣзненны. Лѣтъ 20-ти поступила просфорней въ село. Когда больной было 21 годъ, она сильно испугалась пожара ночью, и съ ней тутъ же случился первый судорожный припадокъ. Съ тѣхъ поръ припадки не прекращались. Недавно она пріѣхала въ Казань хлопотать о новомъ мѣстѣ; остановилась на какомъ-то постояломъ

¹⁾ Доложено въ научномъ Собраниі Брачей Казанской Окружной Лечебницы 11 июня 1901 года.

дворѣ: па какой улицѣ—не знаѣтъ. Когда она пріѣхала въ Казань, не знаѣтъ; заболѣла внезапно, па улицѣ, и не помнить, что было дальше: очнулась уже здѣсь, въ лечебницѣ.

Съ физической стороны отмѣчается слѣдующее: ¹⁾ больная средняго роста, посредственаго тѣлосложенія и питанія, кожа и слизистыя оболочки блѣдоваты. Подкожный жиръ отложенъ въ умѣренномъ количествѣ. Обращаетъ на себя вниманіе довольно рѣзко выраженный дегенеративный типъ больной: лицо асимметрично; правая половина его замѣтно болѣе лѣвой; уши поставлены нѣсколько несимметрично; ушные сережки недоразвиты; зубы неправильной формы, поставлены неправильно, рѣдко; твердое небо глубокое съ продольнымъ валикомъ посрединѣ. Форма черепа рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не представляется.

Со стороны легкихъ не отмѣчается ничего особеннаго. При выслушиваніи сердца—шумъ со вторымъ топотомъ; шумъ заглушаетъ тонъ; послѣдній яснѣе всего слышенъ у верхушки сердца. Перкуссія указываетъ на нѣкоторое увеличеніе сердца. Печень, селезенка, почки ничего особеннаго не представляютъ. Суточное количество мочи пытались определить нѣсколько разъ, но безуспѣшно. Не смотря на всѣ просьбы мочиться въ поставленный больной сосудъ, она дѣлала это лишь изрѣдка, ссылаясь на то, что она „стѣсняется“. Если за больной начинали слѣдить съ пѣнью заставить выпускать мочу въ определенный сосудъ, она начинала мозгиться подъ себя, лишь бы только не сдѣлать такъ, какъ ее просили.

Мочеискусаніе перѣдко учащено: на это указываетъ сама больная: этотъ фактъ удавалось подиѣвать и окружающими. Получить болѣе точныя данныя на этотъ счетъ не удалось, такъ какъ на заявленія самой больной полагаться совершенно невозможно, а слѣдить за ней, какъ только что говорилось, крайне трудно и въ большинствѣ случаевъ безполезно.

При химическомъ изслѣдованіи мочи иногда обнаруживаются слѣды бѣлка. Реакція па сахаръ дала отрицательные результаты.

Дѣятельность пищеварительного аппарата представляеть значительное уклоненіе отъ нормы. У больной почти постоянно отмѣчаются запоры, которые нерѣдко заставляютъ прибѣгать къ различнымъ слабительнымъ. Сама больная, отличающаяся неудержимой наклонностью къ преувеличіямъ и притворству, сообщаетъ на этотъ счетъ довольно фантастическія данныя: такъ, по ея словамъ, ее иногда не слабить по мѣсяцу и больше; бываетъ что больная охаетъ, стонетъ, кричитъ, что па нее не обращаютъ

¹⁾ Скорбный листъ вели д-ра: Л. А. Сергеевъ, И. С. Скуридовъ, Г. В. Серовиковъ, М. М. Маленскій, В. С. Болдыревъ, Н. Н. Тодорковъ и А. Д. Сколозубовъ.

никакого винмания, жалуется, что ее не слабило цѣлыхъ двѣ недѣли, между тѣмъ какъ пакануѣ еще сдѣло удалось вымыть и самую болѣющую и изоляторъ, измазанный ея испражненіями.

Энергичныя слабительныя въ такихъ случаяхъ болѣшею частью не дѣйствуютъ: но за то нерѣдко оказывается прокрасное дѣйствіе незначительное количество natrіi bicarbonici.

Наряду съ запорами нерѣдко отмѣчаются поносы, но и къ заявленіямъ послѣднаго рода нужно относиться съ большою осторожностью: больная указываетъ неимовѣрное число испражненій въ день, сохраняя въ то-же время сравнительно бодрый и свѣжій видъ, хотя и старается прикинуться совершенно разслабленной.

Время отъ времени, въ связи съ измѣненіемъ общаго состоянія, у больной отмѣчается полный отказъ отъ пищи, продолжающейся до 10 и болѣе дней и заставляющей прибѣгать къ кормленію черезъ зондъ. Сама больная указываетъ, что передъ тѣмъ, какъ у нея пропадаетъ аппетитъ, она въ теченіе нѣкотораго времени испытываетъ напротивъ крайнее обостреніе его: „мне хочется есть безъ конца... у меня бываютъ несмѣты глаза“, говорить больная; такое состояніе продолжается, по словамъ ея, 1—2 недѣли. Объективнымъ наблюденіемъ дѣйствительно устанавливается временами значительная прожорливость больной. Отказъ отъ пищи больная объясняетъ полнымъ отсутствиемъ аппетита, тошнотой, рвотой послѣ пиши и сильными болѣями въ желудкѣ. Жалобы на рвоту объективно не подтверждались, такъ какъ пиша, введенная черезъ зондъ обычно не изгергалась рвотой. А происхожденіе рвоты, дѣйствительно наблюдавшейся у больной, озѣль сомнительно, такъ какъ обыкновенно строго совпадало съ часами визитаций ординатора.

При обычныхъ условіяхъ животъ не вздуть. Ощупываніе его справа безболезненно за исключеніемъ опредѣленныхъ точекъ, которыхъ будутъ указаны ниже. Лѣвая половина живота болѣзнина почти сверху до низу: начиная съ пупка и книзу рѣзкая боль даже при легкомъ надавливаніи. Подложечная область болѣзнина. При энергичной перкуссіи боль тамъ же, гдѣ и при прощупываніи.

Виѣ припадочныхъ состояній кожная чувствительность то нормальной остроты во всѣхъ ея видахъ и равномѣрна на обѣихъ сторонахъ, то представляется болѣе или менѣе пониженней; иногда же отмѣчается полная апестезія, при чёмъ больная не чувствуетъ самыхъ сильныхъ уколовъ. Вообще состояніе кожной чувствительности не постоянно: преобладаютъ явленія аналгезіи, времелами же па тѣхъ мѣстахъ, гдѣ раньше чувствительность была рѣзко понижена, появляется гиперестезія. Съ извѣстнымъ постоянствомъ отмѣчаются истерогемия точки въ слѣдующихъ мѣстахъ: подъ обѣими грудями, у края реберъ, на срединѣ линіи, соединяющей

края реберъ съ spine anter. superior. И въ области яичниковъ, сзади у позвоночника, между верхними краями лопатокъ и въ области крестца. Давленіе въ этихъ пунктахъ не даетъ полнаго приступа, но больная вскрикиваетъ отъ сильной боли и судорожно подергиваетъ ногами.

На ряду съ этиими разстройствами часто отмѣчаются то скоро-прходящія, то упорныя боли въ груди, въ боку, горлани, ногахъ, спинѣ и т. д. Большую часть этихъ болей, безъ риска впасть въ излишній скептицизмъ, можно отнести на счетъ постоянной наклонности больной на что бы ни было жаловаться и прибѣгать къ самымъ различнымъ средствамъ, лишь бы обратить на себя особое вниманіе врачей: по известная часть жалобъ имѣетъ несомнѣнно и болѣе серьезный основанія. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ вниманія слѣдующій фактъ: вскорѣ послѣ поступленія больной въ лечебницу она стала жаловаться на сильныя боли въ ягодицахъ и по задней поверхности бедеръ; при осмотрѣ этихъ частей оказалось обильное высыпаніе пузырьковъ, значительная часть которыхъ уже обратилась въ гнойнички: на ягодицахъ эта сыпь была разбросана беспорядочно, па бедрахъ же наиболѣе густое высыпаніе соотвѣтствовало ходу сѣдалищныхъ первозвѣ: ниже fossa poplitea сыпи не было. Болевая чувствительность, замѣтно повышенная на только что указанныхъ частяхъ, была рѣзко понижена на остальной поверхности тѣла. Скоро пѣкоторые изъ гнойничковъ превратились въ большия и глубокія абсцессы, въ связи съ чѣмъ появилось лихорадочное состояніе.

Колѣнныя рефлексы обычно значительно повышены; во въ состояніяхъ истерической простраціи, о которой рѣчь будетъ впереди, они вызываются не всегда. Рефлексы съ Achиллова сухожилія нормальной живости. Съ biceps et triceps manus—въ предѣлахъ нормы. Глоточный рефлексъ то нормальной живости, то почти отсутствуетъ. При ударѣ по biceps—шализ мышечный валикъ. Изслѣдованіе дѣятельности органовъ высшихъ чувствъ дало слѣдующіе результаты: съ обычной наклонностью къ притворству, больная долго нюхала детоть, но узпать его, по ея словамъ, не могла и только въ видѣ предположенія высказала, что это юдоформъ. Запахъ бергамонтнаго масла понравился больной, но онъ хуже предыдущаго.

При изслѣдованіи вкуса, растворъ ловаренной соли больная назвала кислымъ; растворъ acidi muriatici—соленымъ; вкусъ сахарной воды и хинны опредѣлила правильно. Въ предложеніяхъ больной цѣбтныхъ бумажкахъ, она разбирается удовлетворительно, но и тутъ замѣтно обычное стремленіе ея сказать не то, что она чувствуетъ на самомъ дѣлѣ: она, напр., умышленно сбивается въ опредѣленіи густоты одного и того-же цѣбта. Слухъ нормальной остроты. Зрѣніе тоже.

Поле зрењія временами представляетъ позначительное ковцентрическое суженіе. Какъ видно изъ анамнестическихъ свѣдѣній, у больной бываютъ судорожные припадки. Частота этихъ припадковъ крайне различна. Иногда, совершенно безъ припадковъ проходятъ два—три мѣсяца. Иногда же, въ теченіе одного мѣсяца, ихъ бываетъ до 20 и больше. Припадки бываютъ то по одному, то серіями: 3—4 припадка одинъ за другимъ. Обычно припадки довольно продолжительны. Состоять они въ слѣдующемъ: нерѣдко передъ приступомъ больная либо вскрикиваетъ: затѣмъ у нея появляются тонической судороги, время отъ времени смыкающіяся клюническими: нерѣдко больная выгибается въ дугу. Дыханіе затруднено; особенно рѣзко при клюническихъ судорогахъ: больная хватается за грудь и шею; царяпаетъ свое тѣло, кусаетъ у себя руки. Глаза то крѣпко сжаты, то полуоткрыты и закачены кверху и вправо; зрачки расширены; реакція ихъ па свѣтъ живая. Во время припадковъ больная большею частью мочится, а иногда испражняется подъ себя. Сознаніе иногда видимо затемнено. На вопросы больная не реагируетъ совершенно. Болевая чувствительность отсутствуетъ. Давленіе на глазные яблоки или пріостанавливаетъ на время, или совсѣмъ прекращаетъ припадокъ: иногда, послѣ судорожныхъ припадковъ, больная вѣкоторое время беспокойна: кричитъ, что боится каквхъ то страшныхъ людей (видимо галлюцинируетъ).

Вслѣдъ за припадками у больной нерѣдко развиваются паретическая явленія въ нижнихъ конечностяхъ: больная или совсѣмъ не можетъ ходить, или еле передвигаетъ ноги, поддерживаемая сидѣлками. Такія состоянія продолжаются иногда по недѣль и больше. Иногда парезы видимо дѣйствительно имѣютъ мѣсто, но во многихъ случаяхъ дѣло сводится къ притворству: бываетъ такъ, что на глазахъ врача больная лежитъ въ состояніи полнаго разслабленія и немощнымъ тономъ жалуется на невозможность ходить, на то, что служащіе не обращаютъ вниманія на ея тяжелое состояніе и пр. и проч.; безъ врача же она поетъ пѣсни, съ достаточной,—даже излишней, живостью дразнитъ другихъ больныхъ и переругивается съ ними, и довольно свободно проходить по коридору: бывало что больная, благополучно идеть по всему коридору, но какъ подкошепненная валится на полъ при появлѣніи врача.

Выше упоминалось, что временами у больной отмѣчается отказъ отъ пищи. Этотъ отказъ, какъ показало почти четырехлѣтнее наблюденіе, появляется довольно строго periodически, приближительно въ одни и тѣ же мѣсяцы года.

Иногда такой отказъ указываетъ лишь на желаніе со стороны больной обратить на себя вниманіе: больная въ такихъ случаяхъ съѣдаетъ почти всю порцію, но зато остатки ея демонстративно

разбрасываетъ по всей комнатѣ и намазываетъ ими голову и лицо. Понятно, что такой отказъ отъ пищи нисколько не отражается на физическомъ благополучіи больной: она не падаетъ въ вѣсѣ и обыкновенно довольно скоро бросаетъ свою затѣю. Но наряду съ этимъ возникаетъ, какъ говорилось, съ нѣкоторой периодичностью—дѣйствительная потеря влечсвія къ пищѣ и даже, по словамъ больной, отвращеніе къ ней. Тогда больная совершенно не принимаетъ пищи, и потому черезъ извѣстный промежутокъ времени (обыкновенно два черезъ 3) приходится прибѣгать къ кормленію черезъ зондъ, примѣненіе котораго не вызываетъ со стороны ея особыхъ протестовъ. Только черезъ 7—8, а иногда и больше дней больная заявляетъ, что она будеть ѿсть сама, по обычно и послѣ этого еще довольно долго питается плоховато. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ тижеос общее состояніе: больная почти не подвижно лежитъ въ постели, сильно падаетъ въ вѣсѣ; иногда наблюдаются явленія сердечной слабости: холодаютъ руки и ноги—приходится прибѣгать къ сердечнымъ средствамъ, къ отогреванью конечностей горячими бутылками. Бываетъ, что въ то время, когда съ нѣкоторой вѣроятностью, судя по времени, можно было бы ждать отказа отъ пищи, развиваются, какъ-бы замѣнія его, болѣе сложныя и болѣе тяжелыя летаргическая явленія. Состоять они въ слѣдующемъ: вѣдь за одинъ, двумя судорожными припадками, больная то тихо, то послѣ внеподолжительного періода возбужденія засыпаетъ. Она лежитъ совершенно неподвижно. Не реагируетъ на внѣшнія раздраженія. Самые сильные уколы булавкой не оказываютъ никакого дѣйствія. Колѣнныя рефлексы въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствуютъ. Глоточные рефлексы не вызываются. Если поднять и опустить руку или ногу, то они не падаютъ, какъ совершенно безжизненныя. Глаза закрыты не плотно, на вѣкахъ насыкаетъ выдѣлѣніе коньюнктивального мѣшка. Реакція вѣсѣлько расширенныхъ зрачковъ на свѣтъ язлая. Давленіе на истерогенные точки не производить никакого дѣйствія. Больная не принимаетъ пищи. Зондъ вводится безъ всякаго сопротивленія съ ея стороны. Мочится и испражняется въ постели. Пульсъ очень слабый, легко сжимаемый; приходится прибѣгать къ вирѣскинапіямъ камфоры, эфира. Конечности отогреваются горячими бутылками. Дыханіе поверхностное—59 в. 1, изрѣдка глубокій вздохъ и оять рядъ поверхностныхъ едва уловимыхъ дыханій. Часто довольно рѣзко выраженный метеоризмъ.

Переходъ отъ описанного состоянія къ нормальному совершаются крайне медленно. дѣль за днѣмъ отмѣчается постепенное оживленіе рефлексовъ, большее кроволаненіе кожныхъ сосудовъ, улучшеніе пульса, и вакансія больная приходитъ въ себя.

По ея словамъ она не сохраняетъ никакого воспоминанія о томъ, что съ ней было за такой періодъ. По окончаніи его еще долго держится состояніе простраціи: больная лежитъ, неопрятна, плохо питается.

Летаргическое состояніе въ послѣдній, напр., разъ продолжалось 7 дней; это—наибольшая продолжительность его за время пребыванія больной въ Лечебницѣ.

За все это время летаргія наблюдалась 4 раза: въ сентябрѣ 97 г., въ сентябрѣ 99 г., въ сентябрѣ 1900 г. и въ апрѣлѣ настоящаго 1901 года.

Приведенныхъ данныхъ достаточно, чтобы признать въ нашемъ случаѣ истерию. Кажется, нѣтъ ни одного характерного признака великаго шизоза, который не отмѣчался бы у нашей больной. На лицѣ типичные припадки большой истеріи, истерогенные точки, характерныя измѣненія кожной чувствительности, рефлексовъ; на конецъ—высшія проявленія истеропатической конституціи—летаргическая состоянія.

Клиническая картина была-бы неполной, если бы мы обошли молчаниемъ психическую дѣятельность больной.

И. представляетъ собою рѣзкій примеръ тяжелаго истерического вырожденія. Не говоря уже о томъ, что большая иногда на значительный періодъ времени теряетъ сознаніе, временами же у нея развиваются состоянія крайняго изступленія.—даже въ самыхъ лучшихъ состояніяхъ ся бываетъ въ глаза рѣзкія, уродливыя черты ея болѣзненно-извращенной личности. Больная лживы; отличается крайней наклонностью къ притворству; вѣчная забота ея—обратить на себя вниманіе врачей своимъ особыніемъ. не такимъ, какъ у другихъ больныхъ, положеніемъ. Всѣми мѣрами добиваясь особаго вниманія, больная выдумываетъ массу различныхъ затѣй: она устраиваетъ притворные припадки, во время которыхъ бываетъ головой объ стѣну; но стоитъ пезамѣтнымъ образомъ пропустить больную, и вы увидите, что, оставаясь одна, она бѣть въ стѣну не головой, а кулакомъ. Если больной отказываются въ той или другой добавочной порціи, она совсѣмъ отказывается отъ пищи, но таскаетъ куски у другихъ больныхъ. Чтобы доказать, что ей пужна слабая порція въ виду болѣзни желудка, больная къ каждой визитациіи врача вызываетъ рвоту и бываетъ очень недовольна, если рвотные массы успѣютъ убрать до прихода ординатора. Однажды больная нѣсколько смущила наблюдающихъ за ней появившимися у нея кровохарканіями. Изслѣдованіе дыхательныхъ органовъ не дало ничего особеннаго; но болѣе внимательный осмотръ мокроты объяснилъ, въ чёмъ дѣло, таѣ какъ въ ней была открыта шелуха и сѣмечки клюквы: перестали давать клюкву, исчезли и кровохарканія. Бываетъ, что, въ изступленіи бѣгая по изолятору, больная съ страшнымъ крикомъ грызетъ себѣ руки. Врачъ

поспѣшно идеть къ ней, на ходу обдѣмывая, какія мѣры принять, чтобы избавить больную отъ самоизувѣченія. Но осмотръ рукъ даетъ самые утѣшительные результаты: съ искаженнымъ лицомъ впиваешься въ мышцы предплечія, больная и не думаетъ кусать ихъ, а только насасываетъ краснѣя пятна. Перечислить всѣ подобные только что описанными пріемы—напрасный трудъ: фантазія больной въ этомъ отношеніи не смотря на врожденную недалекость ся неистощима.

Больная крайне мелочна, придирчива, злобна. Она то и дѣло клевещетъ на кого нибудь изъ служащихъ или больныхъ. Чтобы подвести нелюбимую сидѣлку, больная нерѣдко бросаетъ въ ватерь-клюетъ ложку или что-нибудь въ этомъ родѣ и любуется потомъ сумотохой, вызванной пропажей. За глазами она дразнить другихъ больныхъ, а иногда не прочь и ударить кого-нибудь. На глазахъ же подымается отчаянныи крикъ и жалуется на переносимыя ею обиды.

До сихъ порь я умышленно обходилъ молчаніемъ одинъ симптомъ, имѣющійся у нашей больной и поставленный въ заглавіи настоящаго сообщенія. Я говорю о метеоризмѣ. Но прежде чѣмъ описывать, въ какой формѣ наблюдался этотъ симптомъ въ нашемъ случаѣ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ объ истеріи пищеварительныхъ путей вообще и объ истерическомъ тимпанізмѣ въ частности. Paul Sollier¹⁾ говоритъ, что изъ всѣхъ, самыхъ тревожныхъ и грозныхъ на видъ проявленій истеріи анорексія или, какъ онъ предлагаетъ называть ее, ситіейргія (*битоc*—хлѣбъ, *стоус*—отказываюсь) больше, чѣмъ что либо другое, заслуживаетъ названія—роковой, и случаи смерти отъ истерической анорексіи несомнѣнно болѣе многочисленны, чѣмъ это привыто думать. Дѣйствительно трудно, представить себѣ, до какихъ степеней источенія доходятъ истеричные, страдающіе упорной анорексіей. Яркій пріамѣръ такого источенія представляеть большая д-ра G. Gasne²⁾.

Ивенія апорексіи, какъ говорилось выше, наблюдаются временами и у нашей больной и притомъ въ развитіи ихъ отмѣчается паклонность къ правильному періодическому повторенію: а именно они наблюдаются черезъ 3—4 мѣсяца, при чемъ излюбленными мѣсяцами являются: январь, апрель и сентябрь. Эта періодичность и рѣзкое паденіе въ вѣсѣ отличаютъ истинные приступы анорексіи отъ притворныхъ, которые нерѣдко продѣлываютъ наша больная.

Другимъ непріятнымъ и тяжелымъ симптомомъ истеріи является неукротимая рвота, которая, по мнѣнію Gowers'a³⁾, является

¹⁾ Paul Sollier. Anorexie hystérique. Rev. de medecine. 1891.

²⁾ G. Gasne. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1900, 1.

³⁾ Gowers. Руковод. къ болѣзнямъ нервной системы.

еще болѣе опасной, чѣмъ анорексія, и при которой больные иногда погибаютъ, не смотря на всѣ мѣры борьбы съ ней, не смотря на кормленіе черезъ зондъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеріи, благодаря спазму глотки или пищевода, актъ глотанія становится невозможнымъ иногда на нѣсколько дней или—въ послѣднемъ случаѣ—пролеченная пища тотчасъ же извергается рвотой, сще не дойдя до желудка. Послѣднее явленіе называется эзофагизмомъ въ отличіе отъ пилоризма, где мѣстомъ спазма является pylorus, благодаря чему пища выбрасывается не тотчасъ по введеніи ея въ желудокъ, а черезъ нѣкоторый промежутокъ времени. Д-ръ André¹⁾ полагаетъ, что непосредственную причину этихъ спазмодическихъ явлений составляетъ гиперестезія слизистой оболочки пищевода и желудка. Не говоря уже о томъ, что при истеріи вообще трудно давать известной группѣ симптомовъ всегда одно и то же объясненіе, въ данномъ случаѣ съ объясненіемъ André мало вижется указываемое имъ же самимъ отсутствіе тошноты и боли, а первѣко отсутствіе вообще какихъ бы то ни было непріятныхъ ощущеній, которымъ предшествовали бы рвотѣ. При гиперестезіи больше было бы основаній ждать какъ разъ противоположной картины.

Изъ спазмодическихъ явлений заслуживаетъ еще вниманія задне проходный спазмъ, вызывающій иногда крайне упорные запоры.

(Продолженіе съдуетъ).

¹⁾ André. Болѣзни нервной системы.

РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

(Поль редакціей В. И. Левчанина.)

Акад. В. М. Бехтеревъ. *О психическихъ разстройствахъ глотанія (Dysphagia psychica).* Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и эксперимент. психології. 1901, Май.

Еще лѣтъ то-то т. и. авторъ обратилъ внимание на психіческія разстройства акта глотанія. Симптомокомплексъ этотъ встречается не часто. Но своей практической важности онъ безспорно заслуживаетъ особаго вниманія. Наблюденія автора сводятся къ тому, что существуетъ своеобразный видъ болѣзниаго страха, который выражается боязнью глотательного акта, или, точнѣе говоря, боязнью подавиться. Страхъ этотъ бываетъ то безотчетнымъ, то ему предшествуетъ навязчивая идея о возможности подавиться пищей. Авторъ приводитъ два наблюденія: Первый больной, лѣтъ 40, съ неблагоприятной наследственностью, время отъ времени, въ связи съ соотвѣтствующей навязчивой идеей, терялъ способность глотать маленькие куски пищи, между тѣмъ какъ большие куски глоталъ безпрепятственно. Съ временными колебаніями данное разстройство держалось въ теченіе несколькихъ мѣсяцевъ и наконецъ уступило лечению (гидротерапія; бромиды съ сердечными).

Чаше однако же не идетъ о какихъ либо навязчивыхъ идеяхъ, а имѣется просто и просто безотчетный страхъ предъ совершеніемъ глотательного акта.

Въ другомъ случаѣ автора-учительница пѣнія, подъ вліяніемъ той же навязчивой идеи съ послѣдующей боязнью, въ теченіе 5 лѣтъ питалась жидкой пищей и дошла до сильнаго истощенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ жидкая пища проглатывается такъ же трудно, какъ и твердая, а иногда даже и труднѣе твердой.

Являясь обычно однимъ изъ выражений наследственного отягченія, описанный симптомокомплексъ иногда проявляется наряду съ другими патологическими явленіями истерического или неврастеническаго характера. Въ тѣхъ случаяхъ, где затрудненіе глотанія служить вы-

раженiemъ общаго нервнаго состоянія, оно обыкновенно то ослабѣваетъ, то возобновляется соотвѣтственно обостреніемъ нервнаго состоянія и, такимъ образомъ, принимаетъ характеръ рецидивирующаго симптома. Въ такихъ случаяхъ затрудненіе глотанія обыкновенно исчезаетъ вмѣстѣ съ общимъ нервнымъ разстройствомъ; между тѣмъ какъ, будучи какъ бы самостоятельнымъ болѣзниеннымъ явленіемъ, оно представляется болѣе стойкимъ и упорнымъ.

Въ этихъ упорныхъ случаяхъ иногда обнаруживается даже не-проходимость зондомъ пищевыхъ путей въ самой верхней ихъ части.

Непосредственной причиной развитія данного болѣзниенного состоянія служить обыкновенно какое либо случайное происшествіе съ глотаніемъ: поперхивание и т. п., которое сосредоточиваетъ впослѣдствіи все вниманіе больного на актъ глотанія.

Лучшимъ средствомъ въ борьбѣ съ этимъ страданіемъ является по мнѣнію автора: гипнозъ, мѣстная фарадизация и смѣсь бромидовъ съ сердечными и кодеиномъ, предложенія авторомъ противъ эпилепсіи и другихъ неврозовъ, сопровождающихся судорожными явленіями и сердцебиеніемъ.

H. Топорковъ.

Веллямовичъ. *Система амбулаторного примѣненія гипнотерапіи, какъ метода борьбы съ алкоголизмомъ.*

Врачебная газета 1901 года. № 29.

Указывая на то, что гипнотерапія алкоголизма по общему признанію представляетъ одинъ изъ лучшихъ способовъ лечения послѣдняго, авторъ говоритъ, что, не смотря на это, до сихъ поръ гипнозъ не играть сколько нибудь серьезной роли въ борьбѣ съ пьянствомъ. Онъ выясняетъ причины такого очевиднаго противорѣчія и доказываетъ, что гипнозъ долженъ примѣняться въ самыхъ широкихъ размѣрахъ въ земской практикѣ, ни въ какомъ случаѣ не ограничиваясь узкимъ кругомъ невропатологовъ; недостатокъ времени не можетъ служить препятствиемъ къ примѣненію его въ земской практикѣ, такъ какъ, при извѣстномъ навыкѣ продолжительность сеансовъ сокращается до минимума. Лечение должно производиться методически, по строго обдуманному плану и продолжительное время: 2—3 года—только въ такомъ случаѣ врачъ въправѣ разсчитывать на прочный успѣхъ.

Авторъ подробно останавливается на самой методикѣ гипнотерапіи, практически, шагъ за шагомъ объясняя, какимъ образомъ онъ самъ примѣняетъ гипнозъ у алкоголиковъ. Съ целью иллюстрировать нѣкоторыя изъ своихъ положеній и взглядовъ, онъ приводитъ нѣсколько

случаешь изъ своей практики, случаешь правда не законченныхъ, гдѣ гипнозъ дасть очень хорошие результаты.

Въ своихъ заключительныхъ положеніяхъ авторъ указываетъ на важную роль рационального лечения алкоголиковъ. Мѣры лечебныя будучи взяты сами по себѣ, не менѣе важны и въ смыслѣ преду- предительномъ, такъ какъ излеченный алкоголикъ перестаетъ бытъ очагомъ психической заразы. Устройство даже приблизительно досто- точного числа специальныхъ лечебницъ для алкоголиковъ—представ- ляется совершенно несуществимой мечтой при современномъ эконо- мическомъ состояніи Россіи. Широкое примѣненіе гипнотерапіи въ амбулаторіяхъ земствъ и городовъ составляеть единственный практи- чески пригодный способъ для лечения алкоголиковъ въ условіяхъ дли- ного времени. Этотъ способъ по своимъ результатамъ почти не уступаетъ лечению въ специальныхъ заведеніяхъ для алкоголиковъ. Авторъ настаиваетъ на широкой пропагандѣ гипнотерапіи алкоголизма и на правильномъ, систематическомъ примѣненіи этого способа и, признавая гипнозъ средствомъ безусловно безопаснымъ и безвреднымъ въ рукахъ всякаго врача, выскаживается противъ какихъ либо ограниченій въ этомъ направлениі.

H. Топорковъ.

Д-ръ Н. Ю. Кумбергъ. Случай истерической глухонемоты.

Врачъ. 1901 г., № 19.

У мужчины подъ вліяніемъ совмѣстнаго дѣйствія цѣлаго ряда причинъ, имѣющихъ значеніе душевной и тѣлесной травмы (физиче- ское утомленіе, простуда, хлопоты и волненія, связанныя съ похоро- нами товарища) развился судорожный припадокъ, послѣ которого осталась *anacusia duplex et mutismus*, слабая степень аграфіи, параличи, парезы. Явленія эти постепенно исчезли въ теченіе приблизительно двухъ мѣсяцевъ, при чмъ глухота прошла раньше нѣмоты. Что ка- сается леченія, то оно было психическое (внушеніе—письменно), а изъ лекарствъ были назначаемы: различная *nervina*. Была 1 разъ примѣнена фарадизація.

A. Сколозубовъ.

Д-ръ Н. А. Струевъ. Къ казуистикѣ болезни Raynaud.

Медицинское Обозрѣніе. 1901 г., Іюнь.

Больная поступила подъ наблюденіе автора съ жалобами на об- щую слабость, выдѣленіе кровянистой мокроты и омертвѣніе концеп-

выхъ фалангъ пальцевъ нижнихъ и верхнихъ конечностей. Родила 6 дѣтей, кромѣ того было 3 выкидыша. *Lues* и *alcoholismus* отришаетъ. За послѣдніе 4 года перенесла 2 раза крупозную пневмонію и острый суставной ревматизмъ. Концы послѣднихъ фалангъ всѣхъ пальцевъ верхнихъ и нижнихъ конечностей совершилио черного цвета, нечувствительны и представляютъ явленія мумификації. На ногахъ гангрена менѣе рѣзко выражена. Артеріи рѣзко склерозированы. На основаніи наблюдений и изслѣдованія больной была поставлена диагнозъ: хронической туберкулезъ, обострившійся паренхиматозный нефритъ, *metbus Raynaud*, при чёмъ послѣдняя развилась приблизительно черезъ мѣсяцъ послѣ бывшей у б-ной второй разъ крупозной пневмонії. Черезъ мѣсяцъ, б-ная выписалась значительно исправившійся; периферическое кровообращеніе возстановилось, черная окраска исчезла; наиболѣе пораженные части концевыхъ фалангъ отпали и раны зажили. Терапія даннаго случая: питательная диета, мышьякъ, возбуждающія ванны и компрессы изъ *foment. rosticum camphr.*

Авторъ обращаетъ вниманіе на этиологію даннаго случая: наслѣдственный туберкулезъ, изменения сосудистой системы, можетъ быть *lues*, ослабили организмъ и подготовили удобную почву для воздействиія патологического агента—крупозной пневмоніи, которая вызвала обостреніе ранѣе бывшаго нефрита и описанный выше ангионеврозъ. По своей этиологии, послѣдній относится къ категоріи случаевъ болѣзни *Raynaud* токсико-инфекціонного происхожденія.

A. Сколозубовъ.

Д-ръ Н. А. Вырубовъ. *Неправильности образованія Виллизіева круга, ихъ частота и значеніе у душевно-больныхъ.*

Обозрѣніе психіатрії, неврологіи и экспериментальной психології.
Май, Іюнь, 1901 годъ.

Авторъ ставитъ себѣ задачей, съ одной стороны, выяснить, встрѣчаются ли уклоненія въ образованіи сосудовъ Виллизіева круга у душевно-больныхъ болѣе часто, нежели у душевно-здоровыхъ; съ другой—ис представляютъ ли у душевно-больныхъ какія либо изъ артерій основанія мозга особенную склонность къ уклоненіямъ въ образованіи, т. е. съ цифрами въ рукахъ показать, какія аномалии въ образованіи сосудовъ у душевно-больныхъ встрѣчаются наиболѣе часто.

Прежде всего довольно подробно рассматриваются нормальные отношения сосудов головного мозга, согласно классической работе по этому предмету Duret—более точные указания на области распространения каждой изъ мозговых артерий: передней, средней и задней съ ихъ вѣтвями и анастомозами; при этомъ отмѣчается обособленность кровоснабженія отдельныхъ участковъ мозга, соответственно области распространенія той или другой начальной артерии основанія мозга.

Далѣе авторъ излагаетъ данные его материала въ количествѣ 112 случаевъ различного рода душевныхъ заболеваній, при чёмъ въ 85 случаяхъ указывается на аномалии сосудовъ, каждый разъ съ подробнымъ описаніемъ существующихъ отклоненій.

Наконецъ, слѣдуетъ группировка и раздѣленіе найденныхъ аномалий; въ этомъ отношеніи авторъ руководился изслѣдованіемъ объ аномалияхъ Виллизіева круга Winble'a. Авторъ дѣлаетъ щадробную выборку аномалий въ отношеніи отхожденія сосудовъ, колебанія размѣра, въ отношеніи формъ болѣзни, а также даетъ таблицы аномалий для каждой артерии отдельно. Въ заключеніе авторъ резюмируетъ главнѣйшіе изъ сдѣланыхъ имъ выводовъ—такъ напр., у душевно больныхъ аномалии образованія сосудовъ Виллизіева круга встрѣчаются въ 51,8% случаяхъ, чаще всего въ области art cerebri ant. (22,3 сл.); вообще аномалии несравненно чаще встречаются на лѣвой сторонѣ (24:9); art. vertebr. нѣсколько чаще имѣть большую ширину слѣва, нежели справа, a. cerebelli med. et post. даютъ аномалии 52,6% случаевъ, наоборотъ a. cerebelli sup. отличается большимъ постоянствомъ при перевязкѣ a. carot. intern. всегда слѣдуетъ имѣть въ виду возможность аномалии a. cerebri post., состоящей въ выхожденіи послѣдней изъ перевязываемой a. carot. intern., т. к. въ такихъ случаяхъ создаются условія, крайне неблагопріятныя для возстановленія мозгового кровообращенія.

B. Левицкинъ.

Э. И. Ивановъ *Скоропреходящее неистовство (Mania transitoria alcoholica)* (изъ отдѣл. д. б. Владикавказскаго военнаго госпиталя).

Обозрѣніе психіатріи, невропатологіи и экспер. психологіи. 1901 г.
Май.

Въ описываемомъ случаѣ у больного, привычного пьянину, предавшагося частымъ алкогольнымъ излишествамъ, развились органическія измѣненія нервной системы. На почвѣ болезнинко измѣненной нервной

системы у него появились затѣмъ приступы психического разстройства, внезапно обнаруживающіеся, продолжающіеся 3—4 часа и оканчивающіеся вызловленіемъ послѣ глубокаго сна. Приступы эти сопровождались все время мимовольными дѣйствіями, доходящими до бѣшныхъ порывовъ и крайне разрушительныхъ стремленийъ помраченіемъ сознанія, такъ что у больного не оставалось ни малѣйшаго воспоминанія о событияхъ, бывшихъ во время приступа.

За 3-хъ мѣсячное наблюденіе въ госпиталѣ у больного какъ никакихъ припадковъ такъ и ничего ненормального въ сферѣ психической не обнаружено. Со стороны наслѣдственности указаній не имѣется. Автору пришло установить страданіе только на основаніи анализа данныхъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія.

Описанный случай еще разъ указываетъ насколько важны и необходимы точная и подробная предварительная свѣдѣнія, обычно столь часто отсутствующія.

Л. А. Сертьевъ

Проф. А. И. Поспѣловъ. Новый признакъ мѣстной синюхи конечностей или болѣзни Raynaud.

Медицинское Обозрѣніе. Годъ XXVII, Томъ LVI.

Авторъ говоритъ, что «грызеніе или обгладываніе ногтей», наблюдалось у некоторыхъ субъектовъ, не есть «дурная привычка», какъ думаетъ большинство не только публики, но и врачей, а, повидимому, есть одинъ изъ припадковъ, сопровождающихъ мѣстную синюху конечностей или болѣзнь, описанную Raunaud подъ именемъ *aspphyxie locale des extrémités*.

Упомянувъ далѣе о томъ, что подразумѣвается подъ «привычками», и указавъ, что однѣ изъ нихъ бываютъ, вопреки распространенному убѣжденію, связаны съ физиологическими явленіями, какъ напр., сосание пальцевъ груднымъ ребенкомъ, другие же—являются слѣдствиемъ патологическихъ уклоненій организма, какъ напр., чесаніе въ подмышкахъ, обусловливаемое эритразмою, авторъ говоритъ, что есть «странныя привычка» «съ темной этиологіей». Къ послѣднимъ относится и «обгладываніе или грызеніе ногтей»; очевидно, что у однихъ эта привычка бываетъ временной, не постоянной, у другихъ, явившихъ съ дѣтства, остается на всю жизнь, при чемъ, повидимому, приходится допустить влияніе наслѣдственности. Изслѣдуя больныхъ дѣтей съ наследственнымъ предрасположеніемъ и особъ взрослыхъ, автору удалось подмѣтить, что грызеніе ногтей у нихъ почти всегда наблюдалось при мѣстной синюхѣ конечностей. Стремленіе грызть ног-

ти у такого рода больныхъ авторъ объясняетъ нестерпимымъ чувствомъ болюсъ въ ногтевомъ ложѣ, являющимся какъ результатъ давленія на первыя окончанія расширенными ногтевыми венами.

Въ виду того, что у цѣлаго ряда больныхъ, «грызущихъ и обглаживающихъ ногти», авторъ почти всегда находилъ болѣзнь Баупауд, онъ позволяетъ себѣ допустить, что грызеніе и обгладываніе ногтей есть одинъ изъ припадковъ этой болѣзни, есть неврозъ, напоминающій трихотиломанию, описанную Наллорсанъ именно какъ неврозъ кожи. «Грызеніе ногтей поестественному, говоритъ авторъ, всегда должно заслуживать вниманія врачей, какъ симптомъ мѣстнаго разстройства кровообращенія конечностей, какъ болѣзненное состояніе организма.

A. Зайцевъ.

В. Александровъ. Къ вопросу о травматическихъ неврозахъ.

Вѣстникъ общественной, судебной и практической медицины.
Люль, 1901 г.

Указавъ вначалѣ на то, что разстройства нервной системы, вызываемыя травмой, представляютъ большія трудности при определеніи ихъ вообще, а главнымъ образомъ въ случаяхъ судебнно-медицинскихъ и указавъ на причины этихъ трудностей, авторъ приводить 6 случаевъ изъ своей судебно-медицинской практики, описывая цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ, послѣдовавшихъ у наблюдаемыхъ имъ больныхъ вслѣдь за травмой. Приведя далѣе ученіе Oppenheim'a о травматическомъ неврозѣ и замѣтивъ, что болѣзненныя явленія, наблюденныя имъ въ приведенныхъ 6-ти случаяхъ, подходитъ подъ описанную Oppenheim'омъ клиническую картину, авторъ приводить нѣсколько случаевъ вскрытий, произведенныхъ имъ, где причиной смерти была травма (шокъ).

На основаніи наблюдений Page'a, Sperling'a и Kronthal'a, Oppenheim'a, Schmauss'a, Meuperg'a и данныхъ, полученныхъ самимъ авторомъ при вскрытии, онъ полагаетъ возможнымъ думать, что въ происхождении травматическихъ неврозовъ имѣютъ весьма существенное значеніе сосудодвигательные разстройства; вѣроятно въ основѣ травматическихъ неврозовъ лежатъ разстройства сосудодвигательного аппарата.

A. Зайцевъ.

Патологическая анатомія.

М. И. Стеценевичъ. *Къ вопросу объ иммунитетѣ при столбнякѣ.*
Дисс. Спб. 1901 г.

Крайне интересно и важно рѣшеніе вопроса о продолжительности защищающаго вліянія столбнячнаго антитоксина, введенного непосредственно въ вещество головного мозга. Авторъ понимаетъ, что если опредѣленіе продолжительности иммунитета, достигаемаго внутри—мозговыми впрыскиваниями противостолбнячной сыворотки, и не можетъ разрѣшить вопроса о характерѣ вліянія антитоксина на воспріимчивые къ тетанотоксину клѣточные элементы нервной системы, то оно въ будущемъ можетъ послужить къ пониманію сущности явлений, наблюдавшихъ при иммунитетѣ. Разрѣшеніе вышеуказанного вопроса составляетъ предметъ настоящей работы. Ради этого авторомъ былъ постановленъ рядъ опытовъ на кроликахъ для получения изъ ихъ крови антитоксической противостолбнячной сыворотки. Для получения ядовитыхъ фильтратовъ столбнячныхъ культуръ производился посѣвъ столбнячной палочки на питательномъ бульонѣ. Щелочность бульона устанавливалась или съ помощью лакмусовой бумаги или горячимъ растворомъ розовой кислоты. По установлению щелочности бульона обычно къ нему прибавлялось (не всегда) около $\frac{1}{2}\%$ молочнаго сахара. Авторъ, не имѣя возможности работать съ однимъ точно опредѣленнымъ ядомъ, сохраняющимъ свою силу неизмѣнной, пользовался свѣжими токсинами, опредѣляя каждый разъ силу яда. Послѣдняя опредѣлялась опытомъ на мышахъ, находженiemъ минимальной надежной смертельной для мыши дозы.

Для полученія активной антитоксической сыворотки были поставлены опыты съ иммунизацией кроликовъ къ столбняку путемъ систематического введенія столбнячнаго яда, resp. фильтратовъ бульонныхъ культуръ столбнячной палочки Nikolaei'a. Иммунизация кроликовъ въ однихъ опытахъ велась съ помощью неослабленного, а только разведенного тетанотоксина, въ другихъ—съ помощью токсина, ослабленного прибавленіемъ jCL^3 . Кромѣ того примѣнялась смѣшанная или соохраненная иммунизация (активная и пассивная). Антитоксическая сыворотка

т. о. получалась отъ иммунизированныхъ кроликовъ. Кровопусканіе дѣлалось спустя 10—30 дней послѣдняго впрыскиванія тетанотоксина. Кровь бралась изъ бедренной артеріи въ количествѣ 15—30 куб. сант. Кровопусканіе въ 25—30 куб. сант. убивало кроликовъ. Определеніе антитоксичности сыворотки производилось по методу Бернинга и Кнорра смѣшиваніемъ токсина и антитоксина *in vitro*. Главнейшіе выводы автора, къ которымъ онъ пришелъ, слѣдующіе. Продохраниющее дѣйствіе противостолбнячной сыворотки при введеніи въ вещество головного мозга значительно больше, чѣмъ при введеніи подъ кожу. Иммунитетъ, обусловленный введеніемъ антитоксической сыворотки въ мозгъ, очень ис продолжителенъ—не болѣе нѣсколькихъ дней. Продолжительность его находится въ зависимости, до известной степени, отъ количества введенаго въ мозгъ антитоксина. Впрыскиванія въ мозгъ малыхъ дозъ антитоксина не защишаютъ кролика отъ гибели при введеніи ему двойной смертельной дозы столбнячного яда. Продолжительность иммунитета при впрыскиваніи сыворотки въ мозгъ значительно менѣе, чѣмъ при введеніи сыворотки надъ кожу. Незначительная продолжительность иммунитета при внутримозговомъ впрыскиваніи антитоксина даетъ право предполагать, что иммунитетъ въ данномъ случаѣ зависитъ лишь отъ временнаго содержанія въ лимфатическихъ промежуткахъ центральной нервной системы большого количества антитоксина. Однократное впрыскиваніе небольшой дозы столбнячного яда кроликамъ, иммунизированнымъ впрыскиваніемъ сыворотки въ мозгъ, обусловило длительный иммунитетъ. Однократное введеніе такой-же и даже большой дозы яда животнымъ, получившимъ сыворотку подъ кожу, не вызывало такого длительнаго активнаго иммунитета.

II. З.

РЕЦЕНЗИИ.

Д-ръ А. Чугаевъ. Отдѣлы неотложной хирургіи. Часть III.
Болѣзни и поврежденія труди.

(Приложеніе къ № 49 „Хирургіи“ за 1901 г.)

Вскрытие внутреннихъ полостей человѣческаго тѣла—брюшной, а тѣмъ болѣе грудной,—представляло болѣе tangere для хирурговъ въ пору до анти—и асептическаго лечения ранъ. Такое отношеніе вызвало огромной, почти потоловной, смертностью среди оперированныхъ. Отчасти это явленіе объяснялось тѣмъ, что при этихъ, обыкновенно неотложныхъ, операцияхъ врачъ ограничевъ временемъ: ему приходится работать спѣша, при обстановкѣ, зачастую далеко не удовлетворяющей требованіямъ, безъ предварительной подготовки больнаго и мн. др.

Гигантскими шагами ушла хирургія впередъ со времени введенія принциповъ антисептики и асептики при леченіи хирургическихъ болѣзней. И само собой разумѣется, что это развитіе хирургіи не могло не оставить следа и въ вопросахъ «неотложной» хирургіи. Въ виду чрезвычайной важности *quoad vitam* больного возможно быстрато и, разумѣется, цѣлесообразнаго вмѣшательства, хирурги рука объ руку съ физиологами стали разрабатывать вопросы неотложныхъ операций, сначала экспериментально, а затѣмъ и практическіи, все болѣе и болѣе усовершенствуя технику таکовыхъ. Историческій обзоръ развитія этой техники неотложныхъ операций и описание современнаго положенія даниаго вопроса представляеть работа Д-ра А. А. Чугаева: «Отдѣлы неотложной хирургіи, часть III (въ приложеніи къ № 49, т. IX «Хирургіи»).

Авторъ разбираѣтъ свою тему на два отдѣла: а) на поврежденія и болѣзни сердца и околосердця, и б) на поврежденія и болѣзни легкихъ и плевры. По приведеніи анатомическихъ данныхъ, авторъ въ каждомъ случаѣ разбираѣтъ въ послѣдовательномъ порядке: этиологію, симптомы, распознаваніе, предсказаніе и лечение болѣзни.

Проявляя хорошее знаніе литературы по данному вопросу, д-ръ Чугаевъ приводить казуистику (61 наблюдение въ 1-мъ отдѣлѣ и 14—во 2-мъ). Къ этимъ случаямъ авторъ не прибавляетъ ни одного собственного наблюденія, и потому эта часть работы носить чисто компилятивный характеръ.

Изложивая ясно и просто, работа издана весьма чисто: хорошая бумага, ясный шрифтъ; казуистические случаи выдѣлены мелкимъ шрифтомъ; очень хороши рисунки. Относительно послѣднихъ слѣдовало, однако, указать, откуда они заимствованы. Далѣе, труда значительно выиграль-бы, если бы некоторые рисунки, въ особенности цветные, приложены были въ видѣ отдѣльныхъ оттисковъ.

Почти полное отсутствие въ отечественной медицинской литературѣ оригинальныхъ руководствъ побуждаетъ насъ выразить свое удовольствие по поводу появленія этой работы д-ра Чугаева. Если авторъ и не даетъ намъ собственныхъ наблюденій, то его трудъ, все же, представляетъ достаточно полный сводъ всего того, что въ настоящее время известно по вопросамъ «неотложной» хирургіи. Интересующійся даннымъ отдѣломъ хирургіи врачъ найдетъ въ этой работе хорошее пособіе съ достаточно полной литературой по данному вопросу. Указанные же нами небольшие пробѣлы, конечно, нетрудно будетъ устранить при отдѣльномъ выпускѣ всего почтеннаго труда д-ра А. А. Чугаева.

C. H. Крейсъ.

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Общество невропатологовъ и психіатровъ при
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Засѣданіе 25 февраля 1901 г.

1. Докладъ комиссіи по вопросу объ ограниченніи примѣненія гипноза съ лечебной цѣлью (продолженіе).

Протоколъ комиссіи по обсужденію предложенного Правленіемъ О—ва Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова вопроса объ отмѣтѣ циркуляра Медицинскаго Департамента, которымъ ограничивается терапевтическое примѣненіе гипноза, какъ сообщено было въ прошлой корреспонденції, былъ подвергнутъ продолжительному обсужденію. Члены комиссіи проф. И. М. Догель, проф. Н. М. Поповъ и д-ръ И. И. Наумовъ, какъ видно изъ протокола, высказались, что гипнозъ съ лечебной цѣлью можетъ быть допускаемъ лишь въ клиникахъ и специальныхъ нервныхъ больницахъ. Кроме того проф. И. М. Догель обратилъ вниманіе на то, что превалирующее влияніе гипноза на двигательные центры въ корѣ большого мозга, едва ли можетъ безразлично отзываться на дѣятельности другихъ нервныхъ центровъ, а можетъ быть и вообще всей нервной системы, что физіологич. роль гипноза въ настоящее время еще очень мало изучена, что сущность гипноза совсѣмъ еще неизвѣстна и потому гипнозъ, какъ всякое другое терапевтическое средство, болѣе или менѣе изученно, не можетъ быть допускаемъ къ врачебной практикѣ, а его можно рекомендовать лишь для наученія физіологическаго значенія, терапевтическаго дѣйствія и вообще сущности его только въ лабораторіяхъ, клиникахъ и специальныхъ больницахъ. Д-ръ Наумовъ вполнѣ присоединяясь къ мнѣнію проф. И. М. Догеля, высказалъ, что если людямъ науки совершенно неизвѣстна сущность гипноза, что если въ настоящее время дѣлаются только попытки къ изученію физіологическаго влиянія гипноза и его терапевтическаго дѣйствія, то на гипнозъ нельзя смотрѣть такъ же, какъ и на всякое другое врачебное средство, роль котораго въ физіологии и терапіи болѣе или менѣе извѣстна и что поэтому гипнозъ

въ настоящес время въ рукахъ врачей пользы принести не можетъ и съ нимъ придется дѣйствовать ощупью, на авось. Почему для того, чтобы установить за гипнозомъ репутацію врачебного средства, нужно, чтобы гипнозъ прошелъ тотъ же путь, какъ и всякое другое терапевтическое средство, т. е. изученъ лаборатори-
нымъ и клиническимъ путемъ.

Проф. Н. М. Поповъ, ссылаясь на литературныя дашия и на свою казу-
истику, высказывалъ, что въ конкретныхъ случаяхъ примѣнение гипноза несомнѣнно
принесло пользу. Тамъ, где никакія другія средства, какъ наприм., при родахъ
или хирургическихъ операцияхъ, въ силу особенностей организма, не могли быть
примѣнены, гипнозъ оказался вполнѣ умѣстнымъ. Точно также гипнотическое
внушеніе неоднократно оказывало существенные услуги, когда дѣло шло объ
устраненіи отдельныхъ опасныхъ для жизни симптомовъ при неврастеніи, истеріи
и др. общихъ неврозахъ. Но тѣмъ не менѣе въ виду того, что сущность гипноза
совершенно неизвѣстна, такъ что исследователи діаметрально расходятся между
собою въ взглядахъ на самый характеръ этого явленія, что физиологическое и
терапевтическое дѣйствіе его мало изучено, гипнозъ, какъ врачебное средство,
можетъ быть примѣняемъ лишь въ клиникахъ и въ специальныхъ нервныхъ боль-
ницахъ, где всегда надъ нимъ возможенъ контроль и легче могутъ быть устра-
нены неблагопріятныя его послѣдствія. Это съ одной стороны въ интересахъ боль-
ного. Съ другой—необходимо оградить и интересы врача. Отъ дѣйствія гипноза на
организмъ человѣка бываютъ нерѣдко крайне непріятныя, тяжелыя послѣдствія,
справиться съ которыми врачъ не умѣеть, не можетъ, напр. болной впадаетъ въ
каталептоидное состояніе и т. д. Если въ большомъ лечебномъ учрежденіи, какъ
это напр. было года 1½—2 тому назадъ въ одной изъ здѣшнихъ больницъ, при
загипнотизированіи больной врачи натолкнулись на очень нежелательныя явленія
отъ гипноза и съ трудомъ справлялись съ нимъ, то при подобныхъ обстоятельствахъ
слинолично врачъ вполнѣ можетъ потеряться.

Только что сообщенному мнѣнію членовъ комиссіи (проф. И. М. Догеля,
проф. Н. М. Попова и д-ра И. І. Наумова) было противопоставлено особое мнѣніе
четвертаго члена комиссіи Б. И. Воротынскаго, заключающееся въ слѣдующемъ:

«Не отрицаю того, что сущность гипноза намъ еще мало извѣстна и что
дѣйствіе его на организмъ представляется пока недостаточно изученнымъ, а также
вполнѣ признавая, что гипнозъ, неумѣло примѣняемый съ лечебной цѣлью, можетъ
иногда приносить вредъ больнымъ и потому является средствомъ далеко не без-
различнымъ, я тѣмъ не менѣе принципіально не вижу оснований къ тому, чтобы
ограничивать врачебное примѣненіе гипноза только клиниками и нѣкоторыми
больницами. Какъ это признаютъ желательнымъ остальные члены комиссіи. Въ
такомъ ограниченіи я вижу большое стѣсненіе для врача въ его состоятельной
врачебной дѣятельности.

Существует много врачебныхъ средствъ очень сильно дѣйствующихъ и требующихъ крайне осторожнаго примѣненія: не мало имѣется медицинскихъ пріемовъ и методовъ врачеванія, гдѣ отъ врача требуется большая опытность, знаніе и умѣніе,—и тѣмъ не менѣе мнѣ неизвѣстно, чтобы по отношенію къ этимъ средствамъ и къ этимъ методамъ леченія существовали какія-либо ограниченія, устанавливаемыя тѣмъ или инымъ медицинскимъ учрежденіемъ. Равъ врачъ полу-
чили дипломъ, дающій ему право свободной практики. онъ является въ своей практической дѣятельности вполнѣ самостоятельнымъ. Само собой разумѣется что серьезный и добросовѣстный врачъ, постоянно памятуя свое высокое призваніе, всегда будетъ примѣнять въ сажей практикѣ лишь тѣ средства, съ дѣйствиемъ ко-
торыхъ онъ знакомъ, будетъ пользоваться только тѣми методами леченія, кото-
рые ему хорошо извѣстны. И во всѣхъ случаяхъ на совѣсти врача должна лежать
ответственность за то, какъ онъ принимаетъ эти средства, какъ онъ пользуется
этими методами леченія.

Гипнозъ—средство далеко не новое; онъ изучался и экспериментально и клинически; о немъ существует цѣлая литература. И разъ гипнозъ признанъ вра-
чебнымъ средствомъ, то принципіально не можетъ быть оснований выдѣлять его
въ особую рубрику и ограничивать его примѣненіе. Въ противномъ случаѣ также
слѣдовало бы поступить и по отношенію ко многимъ другимъ средствамъ. Между
тѣмъ такое ограниченіе нежелательно ни въ интересахъ науки, ни въ интересахъ
больныхъ.

Необходимо всесторонне изучать гипнозъ въ клиникахъ и лабораторіяхъ,
необходимо учить о томъ, что гипнозъ далеко не безразличное средство и что
его слѣдуетъ примѣнять умѣло и весьма осторожно,—съ этимъ никто спорить не
будетъ и это само собой понятно. Но регламентировать примѣненіе гипноза, ста-
вить пользованіе имъ въ извѣстные рамки, дозволять его одному врачу и запре-
щать другому—это представляется и нежелательнымъ и несправедливымъ, т. какъ
противорѣчить, по моему мнѣнію, всѣмъ установленвшимся понятіямъ о правахъ и
обязанностяхъ врача. По отношенію къ другимъ врачебнымъ средствамъ мнѣ не-
извѣстны ограниченія, устанавливаемыя тѣмъ или инымъ медицинскимъ учрежде-
ніемъ; поэтому не слѣдуетъ ихъ допускать и по отношенію къ гипнозу.

Въ виду всѣхъ этихъ соображеній я и позволю себѣ не согласиться съ мнѣ-
ніемъ членовъ комиссіи о необходимости указываемаго ими ограниченія примѣненія
гипноза съ врачебной цѣлью. Одно изъ двухъ: или гипнозъ слѣдуетъ признать
врачебнымъ средствомъ, могущимъ въ соответствующихъ случаяхъ приносить
пользу,—и тогда примѣненіе его съ лечебной цѣлью должно быть предоставлено
всѣмъ врачамъ; или же гипнозъ нельзя считать терапевтическимъ средствомъ и
тогда онъ не долженъ вообще примѣняться во врачебной практикѣ. Иного реше-
нія этого вопроса, мнѣ кажется, быть не можетъ.

Этимъ самимъ рѣшается въ положительномъ смыслѣ вопросъ о необходимости отмѣны Циркуляра Медицинскаго Департамента, которымъ ограничивается терапевтическое примѣненіе гипноза.

Что касается публичныхъ сеансовъ гипнотизма и магнетизма, то произволство таковыхъ, конечно не должно быть допущено: гипнозомъ могутъ пользоваться только врачи и только съ лечебной цѣлью. Однако демонстрація гипноза на застѣланіяхъ ученыхъ Обществъ должна быть разрешена.

По поводу доклада комиссіи послѣдовали очень оживленный пренія.

Д-ръ Г. А. Клячкинъ заявилъ, что онъ совершенно не можетъ согласиться съ мнѣніемъ, высказаннымъ большинствомъ членовъ комиссіи, такъ какъ не допустимо, чтобы врачи сами создавали себѣ ограничій въ своей дѣятельности. Обязанность врача требуетъ, чтобы онъ употреблялъ всѣ свои знанія и все свое искусство для облегченія страданій больного. Если врачъ имѣеть передъ собою напр. тяжелый истерический приступъ и ему не удается купировать его обычными способами, то онъ, будучи знакомъ съ явленіями гипноза, въ правѣ прибѣгнуть къ гипнотическому внушенію, зная, что это средство часто приводитъ къ желаемому результату. Да и самые выводы комиссіи кажутся мнѣ нѣсколько неясными и непослѣдовательными: съ одной стороны рекомендуется крайняя осторожность въ примѣненіи гипноза, какъ средства, якобы весьма опаснаго, и высказывается желаніе, чтобы врачъ производилъ всегда сеансы гипноза въ присутствіи другого лица (желательно—врача), а съ другой стороны считается стѣснительнымъ для врача изданій правителствомъ циркуляръ, который именно и говоритъ, что врачъ можетъ примѣнять гипнозъ лишь въ присутствіи другого врача. Чтобы быть послѣдовательнымъ, слѣдовало бы также разрешать врачамъ примѣнять нѣкоторыя сильные средства морфій, кокайнъ, гіосцинъ и др. не иначе, какъ въ присутствіе другого врача, такъ какъ и при примѣненіи этихъ средствъ еще чаще, чѣмъ при гипнозѣ, могутъ наступить опасныя состоянія. Вѣдь если гипнозъ иногда вызываетъ тѣ или иные опасныя осложненія, то не по винѣ врача (незнакомый съ методомъ врачъ врядъ ли рѣшился прибѣгнуть къ нему), а по индивидуальнымъ особенностямъ больного, что можетъ имѣть мѣсто и при другихъ врачебныхъ мѣропріятіяхъ. Что касается нравственнаго воздѣйствія со стороны нашего О-ва на врачей относительно осторожнаго примѣненія гипноза, то врядъ ли это можетъ имѣть отношеніе къ запросу Правленія Пироговскаго Сѣзда, желающаго лишь получить отвѣтъ на слѣдующія два пункта: 1. Необходимо ли запрещеніе публичныхъ сеансовъ гипноза и 2. желательна ли отмѣна упомянутаго циркуляра. Намъ не слѣдовало бы уклоняться отъ категорического отвѣта и на второй вопросъ.

Л. А. Сергеевъ, присоединяясь къ мнѣнію Б. И. Воротынскаго, отмѣтилъ главнымъ образомъ ту сторону примѣненія гипноза съ лечебной цѣлью, когда гипнозъ является единственнымъ изъ послѣднихъ средствомъ въ рукахъ врача для

помощи больному, и указалъ, что ограничивать врача въ пользованіи въ такомъ случаѣ гипнозомъ никто не имѣетъ нравственнаго права.

П. С. Скуридинъ, раздѣляя мнѣніе Б. И. Воротынского, все-таки желалъ бы добавить, что во избѣженіи различныхъ парѣкцаній на врача, примѣняющаго леченіе гипнозомъ въ частной практикѣ, было бы цѣлесообразно прибѣгать къ этому способу леченія по возможности только послѣ совѣщенія съ товарищемъ и въ присутствіи его.

И. М. Догель не находилъ правильнымъ проводить аналогію между примененіемъ гипноза съ другими средствами, напр. атропиномъ, морфіемъ, хлороформомъ, какъ средствами, изученными сравнительно хорошо, для которыхъ указаны и дозы, и способы употребленія, и противопоказанія, и въ нужныхъ случаяхъ—противопоказанія; наконецъ, исторія и литература по вопросу о хлороформѣ, напр., очень обширны и полны, тогда какъ гипнозъ совершенно неизученное средство.

В. В. Николаевъ, находя существованіе ограничительной статьи при употребленіи хлороформа стѣснительнымъ для земскихъ врачей, высказался также о нежелательности ограничивать циркулярно примѣненіе гипноза съ лечебной цѣлью, тѣмъ болѣе что очень трудно и въ будущемъ расчитывать на скорую отмѣну статьи и закона, если бы даже въ этомъ представилась надобность.

Р. А. Лурія сказалъ, что примѣненіе многихъ новыхъ средствъ бываетъ не всегда удачно, однако было бы несправедливо изъ всего нового, что даетъ медицина, дѣлать привилегію лабораторій и клиникъ большихъ городовъ.

Н. А. Миславскій, приведши случаи беззастѣнчиваго злоупотребленія гипнозомъ, настаивалъ на томъ, что нельзя допускать публичныхъ сеансовъ и лекцій гипнотизма, и лечебное примѣненіе гипноза должно быть обставлено точно регламентированными мѣрами предосторожности, что необходимо даже въ интересахъ самихъ врачей.

В. П. Мальевъ обратилъ вниманіе на неудобство рекомендовать врачамъ лечить гипнозомъ «съ большой осторожностью». Такой формулировкой какъ будто выражается недовѣріе къ знанію товарищей, недовѣріе совершенно незаслуженное. Врачи—практики мало знакомы съ гипнозомъ и безъ тѣло не пользуются они, а болѣе опытные легко справляются съ нежелательными побочными при гипнозѣ явленіями. Для этого есть могучее средство въ томъ же гипнозѣ, тѣмъ болѣе, что обычно нѣтъ надобности доводить усыпленіе до каталепсіи, нерѣдко ограничиваясь внушеніемъ. Самое выраженіе «большая осторожность»—неопределенно, почему можетъ быть оставленъ въ силѣ 2-й пунктъ циркуляра, ограничивающей врачебное примѣненіе гипноза, а это свѣтъ не желательно.

А. Е. Янишевскій тоже высказался за отмѣну 2-го пункта циркуляра, тѣмъ болѣе, что врачъ примѣненія внушенія при различныхъ обстоятельствахъ,

самъ не будетъ производить гипнозъ одинъ, если предполагаетъ какія либо осложненія. Кромѣ того, по существу очень трудно опредѣлить, гдѣ кончается обыкновенное внушеніе и гдѣ начинается такъ наз. гипнотическое.

И. И. Наумовъ настаивалъ на необходимости особенной осторожности при примѣненіи гипноза, а проф. Н. М. Поповъ, отмѣтивъ, что д-ромъ Клячкинымъ и другими неправильно понимается редакція, предложенная комиссией, выяснилъ, что комиссія единогласно высказалась за существованіе 1-го пункта циркуляра мед. Департамента, воспрещающаго производства публичныхъ сеансовъ гипнозма, и за отмѣну 2-го пункта, причемъ большинство членовъ комиссіи налило однако шѣлесообразнымъ отмѣтить необходимость осторожнаго примѣненія гипноза, какъ лѣчебнаго средства и поэтому предположилъ слѣдующую формулировку: «Теоретическое и практическое изученіе гипноза въ настоящее время должно быть предоставлено главнымъ образомъ клиникамъ, лабораторіямъ и специальными больницамъ; что касается врачей—практиковъ, то имъ рекомендуется примѣненіе гипноза съ большой осторожностью и то въ присутствіи третьего лица и по возможности врача».

Формулировка окончательнаго мнѣнія общества была предложена также д-рами Р. А. Клячкинымъ и Б. И. Воротынскимъ.

Формула послѣдняго: «такъ какъ состояніе гипноза можетъ быть осложнено явленіями, опасными для жизни, то терапевтическое примѣненіе его должно быть предоставлено исключительно врачамъ, но безъ ограниченій, представляемыхъ 2-мъ пунктомъ Циркуляра Медицинскаго Департамента»—принята большинствомъ голосовъ.

Постановлено: увѣдомить правленіе О—ва Русскихъ Брбсей въ память Н. И. Пирогова о постановленіи О—ва невропатологовъ и психіатровъ съ представлениемъ протокола комиссіи и особымъ мнѣніемъ д-ра Б. И. Воротынскаго.

2. Проф. Н. М. Поповъ сдѣлалъ докладъ на тему «Случай атетоза».

26-ти лѣтняя интеллигентная больная явилась въ больницу съ жалобами на рядъ истерическихъ явленій; кромѣ того у больной имѣется парезъ правой руки, правой ноги и нижней вѣтви n. *Facialis*; лѣвый глазъ отведенъ кнаружи. Больная сообщила, что явленія со стороны руки, ноги и лица у нея съ дѣтства; развились они послѣ желудочно-кишечнаго заболѣванія. При пассивныхъ движеніяхъ замѣчается рѣзкая ригидность въ правыхъ конечностяхъ, соединенная съ повышенiemъ сухожильныхъ рефлексовъ. Въ правой руцѣ наблюдаются постоянныя движения въ видѣ сгибанія и разгибанія пальцевъ, кисти и предплечья; по темпу движенія довольно быстры; движенія пропадаютъ во время сна.

Разборъ клинич. картины приводитъ докладчика къ выводу, что мѣсто по-

раженія слѣдуетъ локализовать въ лѣвой ножкѣ мозга; непроизвольныя же движения нужно рассматриватьъ, какъ атетозъ.

Докладчикъ изложилъ существующія теоріи происхожденія атетоза, наиболѣе подробнѣ осановившись на взглядахъ Bonhoeffer'a и Муратова, лоцализирующихъ болѣзниинный фокусъ или атетозъ въ верхніхъ ножкахъ мозжечка, что вполнѣ допустимо въ приведенномъ докл. случаѣ, если лоцализировать процессъ въ красномъ ядрѣ. Однако для появленія атетоза докладчикъ считаетъ болѣе вѣроятными допустить, что раздраженіе отсюда передается на корковые центры, которые должны находиться въ состояніи повышенной возбудимости.

Засѣданіе 29 априлъя 1901 г.

1. Проф. И. М. Догель.—«Сосуды и нервы тазо бедренного сустава въ анатомо-физиологическомъ отношеніи».

Почтенный докладчикъ сообщилъ о тѣхъ выводахъ, къ которымъ ему пришлось придти совмѣстно съ проф. Н. А. Геркенъ, ставившимъ опыты съ измѣреніемъ внутри-суставнаго давленія. По мнѣнію докладчика законъ бр. Веберовъ въ настоящее время долженъ быть подвергнутъ строгой критической оцѣнкѣ въ виду того, что давление въ суставѣ можетъ быть и положительнымъ. Это явленіе онъ склоненъ объяснить увеличеніемъ или уменьшеніемъ внутри-суставной жидкости путемъ фильтрацій, такъ какъ условія для этого въ смыслѣ анатомическомъ весьма благопріятны въ силу обильно развитой сосудистой и нервной сѣти въ суставѣ. Докладчикомъ были представлены микр. препараты и рисунки, а также анатомич. препараты.

Проф. А. М. Фортунатовъ замѣтилъ, что онъ видѣть въ громадномъ количествѣ сосудовъ и ворсинъ въ глубинѣ суставной втулочной впадины еще новый приспособляющій аппаратъ, которымъ удерживается головка бедренной кости во впадинѣ, почему докладъ служить къ утвержденію авторитета бр. Веберовъ, установившихъ для тазобедренного сустава наличность отрицательнаго давленія въ немъ.

Проф. Н. А. Миславской отмѣтилъ, что проф. Н. А. Геркеномъ была допущена ошибка при опредѣлении интерполяционнымъ способомъ давленія въ газо-бодрсномъ суставѣ, а потому явилась и неправильность въ выводѣ.—будто въ газобедренномъ суставѣ существуетъ при жизни положительное давленіе. Привѣрка постановки опыта при употреблении Шультеновской иглы привели проф. Миславского къ выводу, что въ суставѣ существуетъ отрицательное давленіе, а Геркеномъ мѣрилось давленіе суставной сумки. Описанная докладчикомъ своеобразная

разная и сильно развитая система кровеносных сосудов въ глубинѣ суставной впадины даетъ оппоненту точку опоры для утверждения, что при измѣненіяхъ кровяного давленія создаются условія для секреціи лимфы въ суставѣ и объ всасываніи ея обратно.

Проф. И. М. Догель находитъ, что количество жидкости, выдѣлившейся въ суставѣ въ короткое время, настолько значительно, что надо предполагать скорѣе фильтрацію, а не секрецію.

Возражая проф. А. М. Фортунатову, докладчикъ настаивалъ на томъ, что отрицательное давленіе въ суставѣ можетъ переходить въ положительное при условіи измѣненія въ кровообращеніи, для чего въ тазобедренномъ суставѣ есть благопріятныя условія.

Проф. Н. И. Поповъ замѣтилъ, что сдѣянный докладъ имѣеть большой интересъ для невропатологовъ, такъ какъ докладчикъ путемъ микроскопическимъ доказалъ, что первыи и сосудистыи сѣти въ суставахъ развиты особенно сильно. Благодаря этому становится понятнымъ то клинич. явленіе, когда при незначительномъ пораженіи сустава развивается быстро атрофія мышцъ, окружающихъ суставъ.

2. Д-ръ Р. А. Лурія.—«Отношеніе чувствительныхъ нервовъ діафрагмы къ акту дыханія».

(авторефератъ).

Докладчикъ въ лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго занимался экспериментальнымъ изслѣдованиемъ вліянія чувствительныхъ нервовъ діафрагмы на дыханіе, пользуясь тройной записью дыханія, движенія грудной клѣтки и движенія діафрагмы. Авторъ, раздражая центральный конецъ перерѣзанного на шеѣ phrenic, пришелъ къ заключенію, что п. phrenicus имѣеть значеніе въ актѣ дыханія не только какъ двигательный, но и какъ чувствительный нервъ, вызывающій активную экспирацію и учащеніе дыханія. Раздраженіе antrum tendineum діафрагмы, где заложены чувствительные окончанія, описанныя д-ромъ Тимофеевымъ, вызываютъ сокращеніе діафрагмы, довольно скоро переходящее въ среднесостояніе ея, и сильное замедленіе движений грудной клѣтки, переходящее при соответствующей силѣ тока въ длительную экспираторную остановку. Двусторонняя перерѣзка п.п. phrenic. не измѣняетъ результата раздраженія с. tendinei; перерѣзка же обоихъ п. vagi на шеѣ устраниетъ экспираторную остановку грудной клѣтки. Желая выяснить, зависитъ ли описываемая измѣненія дыханія отъ мѣстнаго раздраженія с. tendinei діафрагмы, или отъ раздраженія чувствительныхъ окончаній вслѣдствіе тетануса діафрагмы, докладчикъ измѣнилъ постановку опыта. Вызывающая тетанусъ діафрагмы одновременнымъ раздраженіемъ периферическихъ концовъ обоихъ п. phrenic. на шеѣ, можно убѣдиться, что и при такихъ условіяхъ получается замедленіе движений грудной клѣтки и экспираторная остановка ея. Это явленіе исчезаетъ при двусторонней перерѣзкѣ vagi на шеѣ.

Проф. И. М. Догелсъ и Н. А. Миславскимъ събрали пъкоторыя поясненія къ локладу.

Д-ръ К. Х. Орловъ—«Къ этиологіи душевныхъ заболѣваній».

Докладчикъ сообщилъ о случаѣ душевнаго заболѣванія, который ему пришлось наблюдать въ глазной клинике Казанскаго Университета послѣ извлечения каратаакты. Больная—татарка, съ признаками физическаго вырожденія и съ значительно ослабленнымъ питаніемъ, послѣ операциіи и наложенія повязки на оба глаза, начала проявлять беспокойство, появились обманы органовъ чувствъ, идти преслѣдованія. Докладчикъ исключаетъ вліяніе атропинизации глазъ и поводомъ къ душевному заболѣванію считаетъ лишеніе съѣта, т. к. замѣчалось улучшеніе по мѣрѣ снятія повязокъ съ глазъ. По мнѣнію докладчика слѣдуетъ принимать во вниманіе также и душевное волненіе передъ операцией, истощеніе больной и явленія дегенерации, лишеніе же съѣта признавать лишь поводомъ къ душ. заболѣванію. Докладчикомъ приведена подробная литература затронутаго вопроса. Диагносцируетъ онъ свой случай, какъ «raganoia acuta».

Проф. Н. М. Поповъ, разбирая описанный случай, находилъ, что душевное заболѣваніе возникло на дегенеративной почвѣ при предшествовавшихъ заболѣваніяхъ обстоятельствахъ, какъ истощеніе и предоперационное волненіе. Лишеніе же съѣта опредѣляло лишь клиническую картину, подобно тому, какъ развивается характерное душевное заболѣваніе у арестантовъ въ одиночномъ заключеніи при лишениіи привычныхъ слуховыхъ раздраженій.

Въ административной части засѣданія по предложению г. предсѣдателя решено выработать особую программу празднованія 10-лѣтней дѣятельности О-ва Невропатологовъ и Психіатровъ въ предстоящемъ годичномъ засѣданіи О-ва.

B. Образцовъ.

Изъ научныхъ собраній врачей Казанской Окружной Лечебницы.

Засѣданіе 11-го июня 1901 г.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ. «Объ истерическомъ мембранизмѣ».

(Докладъ помѣщенъ въ настоящемъ №).

По прочтѣніи доклада Н. Н. Топорковъ продемонстрировалъ больную: въ бодрственномъ состояніи ей было внушено, что у нея сейчасъ вздуется животъ.

Действительно, у больной развилось сильное вздутие живота, а затем уменьшение его. Колебания размываются живота происходили очень быстро, минуты в 2—3.

Въ препятствияхъ участвовали: профессоръ Л. О. Даркшевичъ, д-ръ: В. И. Левинский, В. П. Первушинъ, Э. Ф. Грахе, П. С. Скуридинъ, Г. В. Сороковиковъ, Н. Н. Топорковъ. Л. О. Даркшевичъ. Данный случай поучителенъ во многихъ отношеніяхъ: у больной анестезіи подвергаются измѣненіямъ,—это имѣетъ важное судебнотерапевтическое значение. У больной отсутствуютъ колбѣнныя рефлексы, тогда какъ настъ учили, что рефлексы при истеріи никогда не пропадаютъ. Понижение колбѣнныхъ рефлексовъ можетъ навести на мысль объ органическомъ происхождении страданія. Мне лично приходилось наблюдать случаи, которые, благодаря отсутствию колбѣнныхъ рефлексовъ, принимались вначалѣ за *tabes dorsalis*, а потомъ оказывались истеріей. Рвота при истеріи симптомъ не частый и она можетъ довести больного до крайняго истощенія, хотя, по моимъ наблюденіямъ, она никогда не приводить къ летальному исходу. Но что особенно интересно въ данномъ случаѣ—это развитие метеоризма до такой степени, въ какой онъ развивается у данной больной. Я по крайней мѣрѣ впервые вижу такой рельефный случай. Нельзя только вполнѣ согласиться съ докладчикомъ относительно самого механизма вздутия живота. Очень трудно представить, чтобы параличъ гладкихъ мышцъ живота могъ такъ сильно повлиять на вздутие живота. Скорѣе можно предположить, что главную роль въ этомъ механизме играетъ диафрагма и произвольные мышцы живота. Но вопросъ этотъ можетъ быть решенъ вполнѣ лишь экспериментальнымъ путемъ.

Н. Н. Топорковъ. Роль диафрагмы въ происходеніи истерического метеоризма врядъ-ли можетъ—быть велика.

Рентгеноскопическая исследованія въ данномъ направлениі дали отрицательные результаты. *Enteroparesis* указывается лишь, какъ наиболѣе вероятная гипотеза въ данномъ вопросѣ.

П. С. Скуридинъ. По моему мнѣнію, врядъ-ли возможно механизмъ вздутия живота объяснять только парезомъ мускулатуры кишечныхъ стѣнокъ. Вероятно кромѣ пареза мускулатуры есть еще какая-нибудь причина. Можетъ бытьальная незамѣтно глотаетъ воздухъ и незамѣтно выпускаетъ его.

Н. Н. Топорковъ. Возможно, что проглатываніе воздуха играетъ роль въ происходеніи истерического метеоризма вообще; и эта возможность имѣлась въ виду, но тщательное наблюденіе въ данномъ направлениі положительно исключаетъ ихъ у данной больной.

В. П. Первушинъ. У Вашей больной наблюдалась сыпь въ видѣ *herpes zoster*. Вероятно, что и данная сыпь есть одно изъ проявленій истеріи.

Э. Ф. Грахе. Было-ли увеличеніе живота у данной больной равномѣрнымъ? Во время демонстрации вздутие какъ-будто наблюдалось преимущественно въ пространствѣ *Traube*.

Н. Н. Топорковъ. Въ лежачемъ положеніи у больной обыкновенно весь животъ увеличивается равномерно. Увеличение же живота, преимущественно въ верхней части его, при демонстраціи зависитъ отъ неудобного для больной положенія въ креслѣ.

Г. В. Сороковиковъ. Въ развитіи метеоризма роль брюшного пресса едва-ли можетъ играть большую роль, такъ какъ у многорожавшихъ брюшной прессъ бываетъ иногда совершенно парализованъ, метеоризмъ же не развивается.

В. И. Левчакинъ. Описываемый случай трактуется докладчикомъ, какъ истерія. Между тѣмъ у больной бываетъ потеря сознанія, а следовательно это не чистая форма истеріи, а истероэпилепсія.

Въ дифференціальной диагностицѣ Roniberg'a говорится, что если сознаніе нарушено, если бываютъ обманы органовъ чувствъ, то въ такомъ случаѣ приходится говорить объ hystero—epilepsії. Наконецъ Шарко и Hasse установили дифференціальную разницу между истеріей и эпилепсіей: если существуютъ явленія измѣненія памяти, фантазмы, обманы органовъ чувствъ, то это и есть hystero—epilepsia.

Н. Н. Топорковъ. Но отсутствіе сознанія не исключаетъ истеріи.

В. И. Левчакинъ. У всѣхъ авторовъ при описаніи истеріи мы находимъ несомнѣнныя симптомы—и въ число ихъ всегда входитъ метеоризмъ; но такие рефлексы случаи наблюдаются крайне рѣдко. Интересно, какъ теперь смотрѣть на происхожденіе метеоризма? Здѣсь мы можемъ говорить о нареzi кишечныхъ стѣнокъ, измѣненіи дѣятельности діафрагмы и брюшного пресса. Что играетъ здѣсь главную роль можно решить конечно только путемъ эксперимента.

Послѣ этого д-ромъ В. С. Болдыревымъ былъ продемонстрированъ больной страдающей истерической глухонемотой.

Больной П., помѣщенный въ тюрьму за написаніе въ дракѣ смертельной раны своему противнику, влругъ потерялъ слухъ, рѣчь. У него отмѣчается повышеніе рефлексовъ, отсутствіе болевой кожной чувствительности, пониженіе термической; полная анестезія глотки и полости рта. Испытываемый ощущаетъ звучаніе каммертона лишь въ томъ случаѣ, когда ручка полѣдняго касается зубовъ верхней челюсти или process mastoid. Въ теченіе почти 9-ти мѣсяцевъ пребыванія въ лечебницѣ П. не произнесъ ни одного звука, хотя движенія языка у него сохранились. На основаніи наличности stigmata истеріи и въ виду отсутствія какихъ либо данныхъ, которые позволили бы остановиться на другой природѣ описанного симптомо-комплекса, д-ръ В. С. Болдыревъ приходитъ къ заключенію, что П. страдаетъ истерической глухонемотой.

По поводу послѣднаго сообщенія было сдѣлано нѣсколько замѣчаній д-рами В. П. Первушиномъ и Н. Н. Топорковымъ.

А. Сколозубовъ.

Засѣданіе 29 іюля 1901 г.

Проф. А. Е. Смирновъ. «О строеніи первыхъ клѣтокъ спинныхъ узловъ у 4-хъ мѣсячнаго человѣческаго зародыша», съ демонстраціей рисунковъ и описаніемъ условій, при которыхъ производились изслѣдованія (способы обработки и окраски).

Въ существенныхъ чертахъ содержаніе доклада состоитъ въ слѣдующемъ:

1) Всѣ клѣтки спинныхъ узловъ сказаннаго зародыша могутъ быть подраздѣлены по своей величинѣ на 3 группы: большая, средня и маленькая. Первые почти исключительно занимаютъ периферію того или другого спинного узла, вторыя залегаютъ внутри узла вмѣстѣ съ клѣтками третьей группы или маленькими. По своей формѣ клѣтки спинныхъ узловъ отличаются крайнимъ разнообразiemъ.

2) Наряду съ одноядерными первыми клѣтками встрѣчаются здѣсь и многоядерныя первыя клѣтки, состоящія изъ общаго протоплазматического тѣла, подраздѣленаго болѣе или менѣе рѣзко перехватами на отдѣлы, каждому изъ которыхъ принадлежитъ одно ядро. Такія многоядерныя первыя клѣтки до-кладчикъ называются первоклѣточными синтизіями. Онъ наблюдалъ ихъ уже давно (въ 1889 году) въ Ауэрбаховомъ сплетеніи стѣнки кишечка у лягушекъ, трилоновъ и жабъ, равно какъ въ послѣднее время въ спинныхъ узлахъ зародышей и новорожденныхъ млекопитающихъ (кошечка, собака). Количество такихъ синтизій убываетъ по мѣрѣ развитія зародыша; у новорожденныхъ млекопитающихъ и человѣка они являются въ крайне незначительномъ количествѣ, а въ спинныхъ узлахъ взрослыхъ млекопитающихъ встрѣчаются какъ рѣдкость.

3) У первыхъ клѣтокъ 4-хъ—мѣсячнаго человѣческаго зародыша наблюдаются то два отростка (нейриги), идущія либо отъ противоположныхъ полюсовъ тѣла, либо болѣе или менѣе близко начинающіяся отъ тѣла клѣтки, то одинъ отростокъ, который на дальнѣйшемъ протяженіи дѣлится на двѣ первыхъ вѣтви, идущія по противоположнымъ направлениямъ. Нерѣдко тѣло клѣтки даетъ въ началѣ протоплазматической болѣе или менѣе длинный и толстый выростъ (дендритъ), отъ которого уже съ одной стороны выходитъ нейритъ, дѣляющійся уже упомянутымъ образомъ на двѣ первыхъ вѣтви, съ другой стороны отходящею короткія протоплазматическія вѣточки—дендриты,—которые на своемъ пути повторно развѣтвляются и оканчиваются свободно въ видѣ кустиковъ и кисточекъ по-сосѣдству съ тѣломъ той же клѣтки и сосѣднихъ съ нею первыхъ клѣтокъ.

4) Всѣ первыя клѣтки и первоклѣточные синтизіи окутаны соединительной тканной капсулой, солережащей ядро соединительной ткани; спутри капсула покрыта слоемъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Протоплазма первыхъ спинно-узловыхъ клѣтокъ состоитъ изъ гіалоплазмы, спонгіоплазматическаго сѣтчатаго остова и первыхъ фибрillъ. Какъ гіалоплазма, такъ и спонгіоплазма состоятъ изъ кажу-

шагося однороднымъ основного вещества и зернышекъ различнаго, по видимому свойства, на сколько обѣ этомъ можно судить на основаніи окрашиванія. Зернышки спонгіоплазмы окрашиваются весьма трудно; зернистость же, залегающая съ спонгіоплазмѣ красится весьма интенсивно различными анилиновыми красками. Зернистость является въ тѣлѣ нервныхъ клѣтокъ въ различномъ распределеніи и количествѣ. Среди прочихъ зернышекъ уже у зародыша упомянутаго возраста замѣчаются и тѣ, скопленія коихъ и ихъ реакція такъ характерны для тѣла Flemming—Nissl'я; скопленія этихъ зернышекъ залегаютъ въ нитяхъ спонгіоплазмы, въ особенности въ т. наз. узловыхъ точкахъ, при чемъ отдѣльные зернышки таковыхъ кучкѣ красятся отчетливо по способу Nissl'я метиленовой синью или синью толуидиновой. Спонгіоплазма образуетъ болѣе плотный остатокъ тѣла клѣтки и распределена въ видѣ сѣти, напоминающей шему строенія клѣточной протоплазмы по Butschli. Что касается до нервныхъ фибрillъ, то таковыя съ наибольшей отчетливостью наблюдаются на мѣстѣ конусовиднаго расширенія нейрита; далѣе же они выступаютъ нелсно, теряясь среди прочихъ морфологическихъ элементовъ тѣла клѣтки. На препаратахъ спинныхъ узловъ зародышей млекопитающихъ, напр. собакъ и кошекъ, препаратахъ, обработанныхъ по способу P. Ehrlich'a метиленовой синью, легко убѣдиться въ существованіи нервныхъ фибрillъ и внутри всей протоплазмы тѣла нервной спинноузловой клѣтки.

5) Въ протоплазмѣ многихъ спинноузловыхъ клѣтокъ разбираемаго зародыша можно дифференцировать, напр. по способу M. Heidenhain'a, два зернышка, лежащія обыкновенно вблизи ядра, лва зернышка, связанныя между собою иногда десмозомъ. Эти зернышки представляютъ изъ себя, вѣроятно, центрозомы. Иногда можно было наблюдать выхожденіе ядерной зернистости въ протоплазму, какъ это описывается напр. Emil Holmgren. Однажды въ протоплазмѣ спинноузловой нервной клѣтки при вполнѣ покойномъ состояніи ея ядра наблюдалась рѣзко выраженная веретеновидная фигура, состоящая изъ двухъ центрозомъ—по одной на каждомъ полюсѣ веретена—и птицѣ, илущикѣ отъ одной центрозомы къ другой и своей совокупностью образующихъ нитчатое веретеновидное образованіе.

6) Въ протоплазмѣ спинноузловыхъ нервныхъ клѣтокъ 4-хъ мѣсячнаго зародыша человѣка залегаетъ уже отчетливо выраженная сѣть соконосныхъ канальцевъ, такъ прекрасно описанная и изображеная C. Golgi и E. Holmgren омъ у различныхъ животныхъ. У человѣка и, именно, у поименованнаго зародыша, эта сѣть наблюдалась впервые мною. Внутри-клѣточная сѣть соконосныхъ канальцевъ непосредственно переходитъ въ лимфатическія пространства, залегающія въ промежуточной соединительной ткани спинныхъ узловъ. Нѣсколько разъ удавалось наблюдать переходъ внутритераплазматическихъ канальцевъ въ канальцы, залегающіе внутри ядра. Въ противоположность E. Holmgren'у, внутри-клѣточные канальцы, по мнѣнию докладчика, не имѣютъ собственныхъ стѣнокъ; таковыми является лишь болѣе уплотненная сѣть спонгіоплазмы.

7) Ядро имѣеть въ общемъ такую же структуру, какъ и протоплазма. Ядрышко является весьма сложнымъ образованіемъ и играетъ большую роль въ процессѣ размноженія нервныхъ клѣтокъ у данного зародыша.

8) Уже въ этотъ періодъ развитія наблюдаются вокругклѣточныя нервныя сѣти на нѣкоторыхъ спинноузловыхъ нервныхъ клѣткахъ.

Такимъ образомъ уже въ этотъ сравнительно ранній періодъ развитія спинноузловыхъ нервныхъ клѣтки имѣютъ во многихъ отношеніяхъ со стороны гистологической характеръ таковыхъ клѣтокъ взрослаго организма (ауторефератъ).

Пр е н і я.

П. П. Заболотновъ. Я, между прочимъ, при изслѣдованіи нервныхъ клѣтокъ спинного мозга кроликовъ, при отравленіи послѣднихъ дифтеритической и тифозной культурами, встрѣчалъ щели въ нервныхъ клѣткахъ, патологически-измененныхъ; по этимъ щелямъ я склоненъ былъ придать отчасти случайное происхожденіе или даже патологическое. Я встрѣчалъ ихъ относительно не часто.

А. Е. Смирновъ. Работы С. Golgi, Holmgren'a вполнѣ устанавливаютъ существование сокососныхъ путей въ протоплазмѣ нервныхъ клѣтокъ. Изслѣдованіе этихъ путей при патологическихъ условіяхъ дѣло ближайшаго будущаго.

М. Н. Романовъ. Какъ часто встрѣчалъ докладчикъ т. н. соковые канальцы въ клѣткахъ; есть ли это достояніе всякой клѣтки, или нѣкоторыхъ?

Такое подробное описание этихъ соковыхъ канальцевъ имѣть громадное значение для патологии. Повидимому, эти образования наблюдались уже давно; напр., д-ръ Заболотновъ въ свой лиссертациіи описываетъ ихъ, но онъ только констатируетъ фактъ, не давая ему объясненія. Другие авторы пошли дальше—они эти образования считаютъ патологическими, теперь, конечно, къ такимъ заявленіямъ надо относиться очень осторожно.

Какъ далеко удавалось прослѣдить ходъ фибриллъ изъ осево-цилиндрическаго отростка въ клѣтку?

А. Е. Смирновъ. Я встрѣчалъ соковые канальцы въ протоплазмѣ каждой нервной клѣтки спинныхъ узловъ у разбираемаго зародыша.

При методѣ P. Ehrlich'a съ метиленовой синью, мнѣ удавалось прослѣдить фибриллы и внутри протоплазмы нервной клѣтки у различныхъ млекопитающихъ. Фибриллы пронизываютъ все тѣло нервной клѣтки.

П. С. Скуридинъ. Видѣли-ли Вы непосредственное соединеніе этихъ канальцевъ съ лимфатической системой. Развѣ такое соединеніе Вы наблюдали, то этимъ самимъ безспорно подтверждается лимфатический характеръ этихъ канальцевъ.

Въ первыхъ клѣткахъ зародыша соковые канальцы—явление постоянное, а въ клѣткахъ взрослого организма—эти канальцы отмѣщаются непостоянно; чѣмъ это объяснить?

Вакуолизация нервныхъ клѣтокъ не можетъ ли быть объяснима расширеніемъ соковыхъ канальцевъ, напр., при застояхъ лимфы.

А. Е. Смирновъ. Я наблюдалъ непосредственную связь между соковыми внутри-клѣточными канальцами и соковыми лимфатическими путями, залегающими въ промежуточной соединительной ткани.

Сравнительно-анатомическая изслѣдованія Е. Helmgenа, къ коимъ и я призываю на основаніи своихъ наблюдений, съ убѣдительностью доказываютъ, что и у взрослыхъ, какъ беззозвоночныхъ, такъ и позвоночныхъ животныхъ, соковые внутри-клѣточные канальцы всегда и у всякой нервной клѣтки имѣются.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть мѣстное расширение соконосного ложа, но въ общемъ вопросѣ о вакуолизации нервныхъ клѣтокъ долженъ быть подвергнутъ специальному и подробному наблюденію и опыту, не смотря на массу имѣющейся литературнаго матеріала.

В. И. Левчакинъ. Какъ известно, съ точки зреінія [научно-практическихъ] данныхъ, гистологія спинно-мозговыхъ нервныхъ элементовъ указываетъ намъ на ихъ взаимную связь, функцию, на то или другое соотношеніе непосредственно самихъ элементовъ и т. п. Такъ, напр., еще академикомъ В. М. Бехтеревымъ въ его работахъ (по методу развитія) было указано, что для проведения чувствительности въ спинномъ мозгу, кроме такъ называемыхъ межжечковыхъ путей бокового столба, существуютъ и другие пути: а именно, нѣкоторая изъ волоконъ заднихъ корешковъ входятъ въ связь съ клѣтками переднихъ роговъ.

За послѣднее время при болѣе тщательномъ гистологическомъ изученіи клѣтокъ спинного мозга, удалось отмѣтить еще одинъ путь проведения чувствительности—это соотношеніе задне-корешковыхъ волоконъ съ такъ называемыми спасчными нервными клѣтками. Наконецъ, л-ръ Гольцингеръ (изъ лабораторіи академика В. М. Бехтерева), точно указалъ, что пути для проведения половой чувствительности въ спинномъ мозгу, расположены впереди пирамидныхъ путей и т. д. Съ другой стороны прежня свѣдѣнія о строеніи первыхъ клѣтокъ съ ихъ подраздѣленіемъ на мультиполлярныя, биполярныя, клѣтки, съ соединительнотканными оболочками, и клѣтки съ обвитыми волокнами и т. п.; хотя бы съ указаніемъ Ретціуса на то, что нервное волокно спинныхъ ганглій до выхода изъ капсулы описывается полукругъ, что отростокъ четкообразно дѣлится, а по Flemming'у, что клѣточное тѣло пронизано тонкими нитями, въ послѣднее время, однако, благодаря изслѣдованіямъ Ramon—у Cajal'a и другихъ новѣйшихъ ученыхъ, значительно пополнились наши знанія относительно формъ, величины, структуры нервныхъ клѣтокъ и пр. Но все эти изысканія производились почти ис-

ключительно надъ препаратами отъ животныхъ или отъ взрослого человѣка; что же касается изслѣдованія спинно-мозговыхъ узловъ въ первыхъ у человѣческаго зародыша, то оно принадлежитъ нашему многоуважаемому докладчику. Изъ столь научныхъ и поучительныхъ данныхъ, представленныхъ А. Е., мы детально узнаемъ, что нервныя клѣтки спинномозговыхъ узловъ бываютъ и различной формы и различной величины, что въ нихъ съ несомнѣнностью можно констатировать и синтезиціи, и присутствіе соxовыхъ каналцевъ и т. д.; т. о. еще въ эмбриональномъ состояніи первыя клѣтки спинномозговыхъ узловъ обладаютъ уже свойствами, присущими клѣткамъ зрѣлаго организма. А все это, въ свою очередь, даетъ намъ право сдѣлать предположеніе, что гистологическая картина зародышевой нервной клѣтки спинномозгового узла человѣка повидимому съ несомнѣнностью указываетъ на приспособленіе нервно-клѣточнаго организма, по мѣрѣ роста, къ самостоятельной индивидуальной функциї.

Докторъ Н. И. Топорковъ продемонстрировалъ патолого-анатомической препаратъ «Опухоль головного мозга».

Больной находился въ лѣчебнице менѣе двухъ дней. Поступилъ въ крайне тяжеломъ состояніи въ качествѣ умирающаго, и потому особенно подробное клиническое изслѣдованіе, уже по существу, произведено быть не могло. Обращало на себя вниманіе: наличность крупозной пневмоніи, пониженіе зрѣнія за послѣднія два мѣсяца, strabismus convergens, расширение и неравномѣрность зрачковъ и отсутствіе световой реакціи; слабый, временами очень замедленный пульсъ; неравномѣрное дыханіе: то рѣзкое учащеніе его, то замедленіе; почти полное отсутствіе глотательныхъ движений, ригидность мышцъ нижнихъ конечностей; клонусъ стопы. Съ психической стороны—глубокое помраченіе сознанія. Въ концѣ вторыхъ сутокъ больной скончался. Вскрытіемъ обнаружено: Pleuritis chronica fibrosa adhaesiva bilateralis completa, pneumonia interstitialis chronica utriusque, pneumonia cruposa lobis inferioris sinistri; gummata (собственно гуммозные рубцы) et cirrhosis hepatis; pachymeningitis chronicus diffusa; hyperæmia durae et pia matris; hyperæmia cerebri et oedema.

Склерозъ мозговыхъ сосудовъ; борозды сдавлены; задніе рога боковыхъ же-лудочковъ растянуты. Въ центрѣ бѣлаго вещества правой лобной доли опухоль величиной въ голубиное яйцо, плотноватой консистенціи, слоистаго строенія, съ явленіями размягченія въ центрѣ. Другая опухоль микроскопически такого же характера, какъ и первая, находится въ связи съ мягкой мозговой оболочкой въ области лѣвой thalami optici, значительная часть котораго, такъ же какъ и вещество четверохолмія, представляется атрофированнымъ и размягченнымъ.

Оставляя подробное описание данного случая до микроскопического изслѣдованія новообразованія, на основаніи болѣе или менѣе характерныхъ данныхъ общей патологоанатомической картины, докладчикъ высказываетъ предположеніе о людистической природѣ послѣднихъ.

П. С. Скуридинъ. — Относительно характера продемонстрированныхъ намъ опухолей, мнѣ кажется, можно высказаться болѣе положительно при дифференціальной диагностицѣ между гуммой и туберкулезомъ. Если бы эти опухоли были туберкулезного происхожденія, то, при такомъ объемѣ опухолей, рѣзко было бы выражено творожистое перерожденіе ихъ центральныхъ частей; кромѣ того, въ окружности опухолей можно было бы наблюдать миллиарные туберкулы; ни того, ни другого въ данномъ случаѣ нѣтъ.

II. П. Заболотновъ. Демонстрируемыя опухоли мозга, по видимому, должны быть признаны за люэтическія новообразованія, а именно гуммы, при чёмъ одна изъ нихъ развилаась въ области мягкой мозговой оболочки, и, путемъ давленія на окружающія части, вызвала разрушение четверохолмія и Thalamі opicі; опухоль, развившаяся въ области гемисферъ, въ самомъ мозговомъ веществѣ, по макроскопическому своему виду, могла бы дать поводъ къ сомнѣнію ея съ солитарнымъ туберкулемъ. Но, принимая во вниманіе всѣ данные, полученные на вскрытии, и эта опухоль должна быть признана такъ же люэтическаго происхожденія.

П. В. Покровскій. Несомнѣнно, что *pneumonia chronica interstitialis* и *pleuritis chronicoadhaesiva bilateralis completa*, при полномъ отсутствіи на какія либо указанія на туберкулезъ, говорить за люэтическое страданіе больного вообще и за сифилитической характеръ демонстрируемыхъ новообразованій въ частности.

Докторъ Н. Н. Топорковъ демонстрировалъ больную, страдавшую истерическимъ мутизмомъ, соединеннымъ съ аграфіей, которая за время пребыванія въ лѣчебницѣ неоднократно страдала нѣмотой. Больная въ такихъ случаяхъ не можетъ произнести ни слова, иногда только она издаётъ неясное мычаніе. Движенія языка и губъ у больной свободны, объясняется она обыкновенно жестами и мимикой или письменно. Послѣдній разъ потеря рѣчи спровоцировалась у больной потерей способности писать. Несмотря на все старанія, больная могла провести одну только палочку, она ясно представляла себѣ начертанія буквъ, но чувствовала, что писать совершенно не въ состояніи. Перель поступленіемъ въ Лѣчебницу больная потеряла рѣчу на пароходѣ на пути въ Казань. Она принуждена была блуждать по незнакомымъ ей улицамъ Казани, такъ какъ не могла обратиться съ просьбой ни къ кому изъ окружающихъ. Только, зайдя въ одну изъ аптекъ, она написала тамъ записку съ просьбой отправить ей къ ея знакомымъ. Больная представляетъ рѣзкий примѣръ истерического характера. Она очень жива. Настроеніе крайне подвижно всегда. Эротична (эксцессы *in opano*). Клептоманка. Временами больная испытываетъ галлюцинаціи слуховая, зрительныя, общаго чувства. Съ физической стороны имѣются характерные измѣненія со стороны кожной чувствительности, рефлексовъ, концентрическое суженіе поля зрѣнія и т. п. Нѣмota, продолжавшаяся отъ одного — трехъ дней, исчезала подъ

влияниемъ гипноза, который оказывалъ замѣтное, хотя и не особенно прочное, дѣйствие и на другія проявленія болѣзникою извращенной личности больной. Временами же, какъ это было и въ случаѣ съ аграфіей, нѣмota исчезла самопроизвольно.

М. П. Романовъ. Разстройство рѣчи у истерическихъ явленіе не частое; чаще встречается афонія. Мутизмъ обыкновенно бываетъ рѣже, онъ нерѣдокъ въ послѣ летаргическомъ состояніи. Очень рѣдко наблюдается мутизмъ съ аграфіей. Какъ Вы примѣняли гипнозъ?

Н. Н. Топорковъ. Съ усиленіемъ. Больная засыпаетъ минутъ черезъ 8—10.

М. П. Романовъ. По видимому данный субъектъ легко внушаемъ. Въ данномъ случаѣ нельзя ли было ограничиться внушеніемъ въ бодрственномъ состояніи; въ случаѣхъ афоніи я произвѣли внушеніе помошью мѣстной фарадизаціи горловинъ и такимъ образомъ легко уничтожалъ афонію.

Думаю, что этимъ путемъ можно уничтожить и мутизмъ, не прибегая къ гипнозу.

Н. Н. Топорковъ. Прибегая въ дан. сл. къ гипнозу, я имѣлъ въ виду не одинъ только мутизмъ, но и борьбу съ такими проявленіями, какъ эротизмъ, клептоманія, крайняя неустойчивость настроенія.

В. И. Левчакинъ. Что касается меня, то я полагаю, что фарадизація въ случаѣ истерической афоніи давала благопріятный эффектъ постольку, по скольку при ней играло роль внушеніе. Но всегда этотъ эффектъ достигается такъ скоро — въ одномъ изъ своихъ случаевъ я долженъ былъ фарадизировать около двухъ мѣсяцевъ, прежде чѣмъ добился излѣченія, что же касается такихъ общихъ симптомовъ какъ клептоманія, эротизмъ и онанія, то по отношенію къ нимъ гипнозъ въ томъ видѣ, въ какомъ его принялъ Д-ръ Топорковъ, играетъ существенную роль.

4. Зайцевъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

— Врачъ Челябинской городской больницы А. Н. Новицкій сообщаетъ намъ о случаѣ примѣненія кровоостанавливающихъ пинцетовъ а десеаге при ампутації голени.

Оставленіе въ ранѣ кровоостанавливающихъ пинцетовъ à detmure—пишетъ онъ,—въ оперативной гинекологіи среаентльно уже давно получило широкое распространеніе, и весьма естественно ожидать, что тотъ-же принципъ—обойтись безъ погружныхъ лигатуръ на сосуды, примѣнимъ и въ другихъ отрасляхъ хирургіи.

Онъ представляется много выгодъ: а) пинцетъ не соскочить, а лигатура можетъ соскочить, особенно если наложена en masse и захваченные ткани, окружающая сосудъ, уменьшатся въ объемѣ; б) лигатура представляется инородное тѣло, около которого всегда возможно ожидать нагноенія, иногда очень длительного, пока нитка не выдѣлится изъ раны; в) лигатурный материалъ вообще труднѣе стерилизуется, чѣмъ металлическій вакатый пинцетъ; г) иногда при всемъ стараніи, не удается наложить лигатуру кругомъ сосуда: стѣнки сосуда настолько хрупки, что при стягиваніи перерѣзываются низко, либо топографическая условія таковы, что изолировать сосудъ болѣе или менѣе совершенно, подвести лигатуру и стянуть ее крѣпко—крайне затруднительно или даже совсѣмъ невозможно, а между тѣмъ могутъ существовать показанія къ скорѣйшей установкѣ кровотеченія и окончанію всей операции (плоское состояніе больного, потеря крови, скудное освѣщеніе при операциіи и т. д.).

Въ ныжесписываемомъ случаѣ—ампутації голени—мнѣ ничего не оставалось болѣе дѣлать, какъ прибѣгнуть къ оставленію на время въ ранѣ пинцетовъ Pean'a.

Кри. Челябинскаго уѣзда И—въ, 45-ти л., страдаетъ почти 2 года обширной язвой лѣвой голени. Поражена почти вся окружность послѣдней, кверху не доходя на 3—4 пальца до головки малоберцевой кости, а книзу изъзваленіе захватываетъ и область голеностопнаго сустава.

Подлежащая кость узурирована. Края язвы значительно возвышаются надъ уровнемъ здоровой ноги, разворочены, и общій видъ язвы напоминаетъ распавшееся новообразованіе. И—у дѣлалось раныше нѣсколько разъ выскабливаніе, прижиганіе, но эти мѣроопріятія хода болѣзни не останавливали и больной просилъ объ отнятіи голени.

^{13/iv}, подъ хлороформомъ и жгутомъ, высокая ампутація голени.

Передняя большеберцовая артерія, перевязана безъ хлопотъ, но во время перевязки задней большеберцовой артеріи, при отнятіи пинцета послѣдній оторвался съ кускомъ сосуда, и лигатура выпала.

Въ глубинѣ раны со значительнымъ трудомъ удалось найти стѣнки сосуда, наложить на нихъ лигатуру, которая повидимому была достаточно стянута; рана запита проволокой и наложена повязка.

Больной былъ еще на операционномъ столѣ и не успѣлъ проснуться отъ наркоза, какъ повязка оказалась пропитанной кровью. Рана тотчас расширилась, и изъ задней большеберцовой артеріи широкою струей брызнула кровь. Промежутокъ между костями голени на этомъ ея уровне настолько узокъ, что доступъ къ сосуду былъ крайне затрудненъ; кровь текла изъ глубины, при чемъ никакъ не удалось замѣтить очертаній поперечника сосуда. Узость межкостнаго пространства не позволяла подвести иглу для перевязки ее *massé*, а между тѣмъ надо было торопиться съ окончаніемъ операции. Пришлось наложить 3 пинцета другъ вояль друга, захватывая всѣ попадавшіяся подъ нихъ ткани, и только тогда кровотеченіе остановилось. Рана вновь зашита металлическими швами, за исключеніемъ середины, где выходили пинцеты; промежутокъ, который пришлось оставить не зашитымъ, имѣлъ видъ овала около 2-хъ сант. въ большемъ размѣрѣ, зато такое отверстіе дѣлало лишнимъ вставленіе въ рану дренажа или турніны; только вѣти пинцетовъ, у хѣста ихъ выхода изъ кожного отверстія, были обвернуты ксероформной марлей во избѣженіе давленія на края раны.

Культа забинтована при чѣмъ потребовалось лишь нѣсколько болѣе обычнаго количества ваты; мнѣ хотѣлось чтобы больной не видѣлъ и вообще не сознавалъ что у него въ ранѣ оставлены какоѣ-то крупные металлическіе предметы. Не разъ приходилось наблюдать, какъ больные предубѣжденно относились даже къ зашиванію ранъ металлическими швомъ, и многіе при словахъ «дайтс проволоку» горячо протестовали. Дренажъ нерѣдко самовольно вынимается больными изъ нарывовъ, если они, видя, что туда вставлялась «трубка».

Два дня повязка не смѣнялась, при нормальной температурѣ и прекрасномъ самочувствіи безъ какихъ-либо жалобъ на болѣзnenность въ культе.

^{15/iv} смѣна слегка пропитанной раневымъ отдѣляемымъ повязки. Края раны безъ всякой воспалительной реакціи. Вынутая марля, окружавшая пинцеты, чуть-чуть съ запахомъ; заложена свѣжая; инструменты нѣсколько потускнѣли, держатся прочно, покрыты многоими черными пятнами.

¹⁶/iv пинцеты сняты, кончики ихъ съ гнилистой запахомъ, но рана безъ всякой реакціи, выдѣляемаго крайне мало.

Въ дальнѣйшемъ повязка смѣнялась черезъ 3—4 дня, швы сняты на 8 день, вездѣ полное срошеніе; отверстіе, черезъ которое выходили пинцеты, зажило къ ¹⁷/iv; для сближенія красвъ употреблялись полоски липкаго пластыря. Тѣневою стороною оставленія пинцетівъ à demeure можетъ считаться; невозможность закрыть рану наглухо; въ ней остаются одинъ или нѣсколько крупныхъ металлическихъ предметовъ, которые могутъ тревожить рану, и требуется осторожное поведеніе со стороны оперированаго, чтобы не сбить инструмента, напримѣръ во снѣ.

Наконецъ, приходится считаться и съ мнительностью больныхъ, съ ихъ пугливостью при видѣ находящагося въ ранѣ металлическаго предмета.

Пятидесятилѣтіе медицинской дѣятельности доктора медицины А. А. Миславскаго.

Желая ознаменовать пятидесятилѣтіе медицинской дѣятельности своего почетнаго члена и члена-основателя доктора медицины honoris causa Казанскаго Университета Александра Андреевича Миславскаго, Уральское Медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ еще въ административномъ засѣданіи 10 февраля прошлаго года поставило взять на себя инициативу празднованія этого дня и исключить разрѣшеніе на открытие подписки съ цѣлью учредить въ г. Екатеринбургѣ бесплатную главную лечебницу, которая увѣковѣчила бы имя А. А., въ виду особенной любви, съ которой онъ предавался окулистикѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ рѣшено было образовать юбилейную комиссию, въ составѣ которой должны были войти кроме комитета и членовъ Уральского Медицинского Общества, делегаты разныхъ учрежденій, обществъ и городовъ для совмѣстной работы по устройству юбилея и достиженія намѣченной цѣли. Несмотря на то, что просьба о разрѣшеніи открыть подписку послана была немедленно же черезъ Врачебное Отдѣленіе Пермскаго Губернского Правленія, разрѣшеніе Министерства было получено только въ сентябрѣ прошлаго года и тогда же Уральское Медицинское Общество приступило къ устройству юбилейной комиссіи, разославъ циркулярные отношенія всѣмъ учрежденіямъ, обществамъ, губернскому и уѣзльному земствамъ, въ городскія управы, въ главныя управлѣнія заводовъ, Казанскому Университету и именитымъ гражданамъ и лицамъ г. Екатеринбурга. Помимо разъясненія цѣли, которую поставило себѣ У. М. О., въ этомъ циркуляре была выражена просьба о присылкѣ делегатовъ для устройства

и учреждения юбилейной комиссии. На это приглашение получены были ответы о назначении делегатов от многих обществ, и таким образом составилась юбилейная комиссия. Особенно деятельное участие, в собирании пожертвований и во всех работах комиссии принимало Уральское Общество Любителей Естествознания в г. Екатеринбургѣ, вице-предсѣдателемъ которого состоитъ юбиляръ. Параллельно со сборомъ пожертвований, комиссия выработала проектъ устава намѣченной глазной лечебницы, а также сметы для устройства и содержания ея. Утверждение устава, къ сожалѣнію еще не получено. Въ настоящее время въ фондахъ на устройство лечебницы имѣется свыше 10.000 р. наличными и общіано разными учреждениями около 7000 р. въ случаѣ приступленія къ постройкѣ лечебницы. Между жертвователями слѣдуетъ упомянуть Его Императорскаго Высочества Великаго Князя Михаила Николаевича приславшаго 500 р. и Епископа Екатеринбургскаго и Ирбитскаго преосвященнаго Иринея, отъ котораго, кромѣ денежной лепты, получено архиастырское благословеніе на начатое дѣло.

Празднованіе юбилея началось 4 июня утромъ въ Верхъ-Исетскѣ, где А. А. состоитъ уже 33 года заволскими врачами. Соединенными приветами всѣхъ заводскихъ церквей была отслужена литургія въ Успенской церкви, по окончаніи которой юбиляръ былъ благословленъ иконой, поднесенной ему духовенствомъ и былъ прочитанъ адресъ, послѣ подношенія былъ отслуженъ благодарственный молебенъ съ провозглашеніемъ многолѣтія юбиляру и его семейству. Въ церкви же привѣтствовали юбиляра управляющій Верхъ-Исетскими заводами отъ имени заводскихъ служащихъ, земскій начальникъ и чины заводской полиціи. Когда А. А. вернулся изъ церкви въ квартиру, фельдшера и служащія Верхъ-Исетской больницы поднесли ему цѣнныій подарокъ и адресъ. Затѣмъ въ квартиру юбиляра прибыла депутація отъ Екатеринбургской городской думы и городской головы увѣдомилъ юбиляра объ избраніи его въ почетные граждане города Екатеринбурга. Къ 11 часамъ дня юбиляръ прибылъ въ помѣщеніе Екатеринбургскаго Общественнаго Собрания, где послѣ молебствія и провозглашенія многолѣтія отъ Ново-Тихвинскаго женскаго монастыря, при которомъ А. А. состоять врачомъ, были поднесены икона и хлѣбъ-соль. Затѣмъ началось торжественное соединеніе засѣданіе Уральскаго Медицинскаго Общества и Уральскаго Общества Любителей Естествознанія съ участіемъ представителей различныхъ учрежденій и обществъ. Открыло засѣданіе предсѣдатель Медицинскаго Общества Н. А. Русскихъ краткой рѣчью и чтеніемъ полученного отъ министерства разрѣшенія на собираніе пожертвованій для учрежденія бесплатной глазной лечебницы имени А. А., послѣ чего просилъ почетнаго члена обоихъ Обществъ, И. П. Иванова принять предсѣдательство на этомъ юбилейномъ засѣданіи. Научный докладъ былъ посвященъ краткому отчету о хирургической деятельности А. А. Миславскаго. Читалъ отчетъ и пояснялъ его при помощи многочисленныхъ таблицъ и диаграммъ сынъ юбиляра, врачъ С. А. Миславскій. За 50 лѣтъ почтеннымъ юбиляромъ сделано около 10000 крупныхъ операций, въ числѣ

ихъ свыше 3000 экстракций катаракты. Первая экстирпация зоба слѣлана была въ Россіи А. А., какъ это выяснилось на послѣднемъ Пироговскомъ съездѣ.

Начались поздравленія и поднесенія адресовъ. Первымъ выступилъ представитель Императорскаго Казанскаго Университета, проф. К. М. Леонтьевъ; указавъ на то, что Казанская *alma mater* гордится имѣть такого сына, какъ А. А., онъ поднесъ ему адресъ отъ Казанскаго Университета, привѣтствія отъ Медицинскаго факультета этого же университета и дипломъ названіе почетнаго члена Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университѣтѣ. Кроме того К. М. передалъ юбиляру официальное приглашеніе Казанскаго университета на юбилейное празднованіе открытия университета, имѣющее быть черезъ 2 года. Занимъ привѣтствовалъ юбиляра delegatъ Общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ университѣтѣ докторъ В. В. Николаевъ. Затѣмъ поднесли свои поздравленія, частью съ адресами слѣдующія учрежденія и общества:

Уральское Горное Управление. (Адресъ)

Пермское Губернское Земство. (Адресъ)

Екатеринбургское Уѣздное Земство. (Адресъ)

Правленіе Верхъ-Исетскихъ заводовъ. (Адресъ)

Екатеринбургское Отдѣленіе Краснаго Креста. (Адресъ)

Екатеринбургская Община сестеръ Краснаго Креста. (Поднесла икону)

Императорская Екатеринбургская Гранильная Фабрика.

Контора Государственного Банка.

Екатеринбургский Окружный Судъ.

Екатеринбургская Мужская Гимназія.

Екатеринбургское Алексѣевское Реальное Училище.

Екатеринбургская Женская Гимназія.

Екатеринбургское Епархиальное Женское Училище. (Адресъ)

Екатеринбургское Горное Поисчительство лѣтскихъ пріютовъ. (Адресъ)

Съѣзда Врачей Пермской губерніи. (Адресъ)

Екатеринбургская Городская Больница.

Екатеринбургский Родильный Домъ.

Красноуфимское Земство и земскій Медицинскій Советъ. (Адресъ)

Верхноторгская Земская Управа. (Адресъ)

Гороблагодатскій Горный Округъ. (Адресъ)

Редакція газеты «Уральская Жизнь». (Адресъ)

Правленіе Сибирскаго Торгового Банка.

Волжско-Камскій Банкъ.

Екатеринбургское Окружное Правленіе Импер. Русскаго Общества спасанія на водахъ.

Екатеринбургское Общество Любителей Изящныхъ Искусствъ. (Адресъ)

Екатеринбургское Мѣщанское Общество.

Екатеринбургское Общество приказчиковъ. (Дипломъ на званіе почетнаго члена).

Верхъ-Исетское Волостное Правленіе. (Адресъ).

Послѣдними поздравляли юбиляра Уральское Общество Любителей Естествознанія и Уральское Медицинское Общество; первое, кромѣ адреса, поднесло посвященный А. А. послѣдний выпускъ своихъ «Записокъ», въторъ адресъ и выполненный на серебрѣ офорть-портретъ юбиляра. Послѣ привѣтствій депутаций началось чтеніе полученныхъ по телеграфу поздравленій, которыхъ до окончанія засѣданія прибыло свыше 100. За недостаткомъ времени были прочитаны только слѣдующія: отъ епископа Екатеринбургскаго и Ирбитскаго, преосвященнаго Ирина; отъ начальника Пермской губерніи, ген.-лейтенанта Д. Г. Арсеньева; отъ Императорской Академіи Наукъ, С.-Пб. Медицинскаго Совета; отъ Советовъ Московскаго и Харьковскаго Университетовъ; отъ Медицинскихъ факультетовъ Кіевскаго и Юрьевскаго Университетовъ; отъ профессоровъ: Адамюка, Арнштейна, Ге, Даркшевича, Котовщикова, Новашкаго, Слагирева, Феноменова; отъ редакціи — «Медицинскаго Обозрѣнія» и «Еженедѣльника» и отъ Пермскаго училища слѣпыхъ. Было также прочитано весьма теплое поздравительное письмо Г. Дюнана, основателя Краснаго Креста, приславшаго юбиляру также свои печатные труды. Закончилось засѣданіе краткой рѣчью А. А., который взволнованнѣмъ голосомъ благодарила присутствовавшихъ и всѣхъ тѣхъ, которые принимали участіе въ торжествѣ за почетъ и дружбу, оказанныя ему въ день его сорокалѣтняго праздника.

Въ 7 часовъ вечера того же дня въ зданіи Общественнаго Собранія состоялся обѣдъ по подпискѣ въ честь А. А. Миславскаго, на которомъ присутствовало 145 человѣкъ, между ними представители разныхъ учрежденій и Обществъ и было провозглашено много тостовъ.

На этомъ обѣдѣ было прочитано полученнное уже послѣ засѣданія привѣтствіе Его Императорскаго Высочества Великаго Князя Михаила Николаевича и часть оставшихся поздравительныхъ телеграммъ; однако всѣхъ нельзя было прочесть, такъ какъ ихъ было получено свыше 200, въ томъ числѣ много изъ за границы. Изъ послѣднихъ назову слѣдующія учрежденія: Неаполитанскую Королевскую Академію Физическихъ и Математическихъ Наукъ, Американскую Академію Наукъ въ Бостонѣ, Бельгійскую Королевскую Обсерваторію, Тосканское Общество Естественныхъ Наукъ въ Пизѣ; Императорскій Природный Музей въ Вѣнѣ; Парижское Біологическое Общество; Общество Естественныхъ Наукъ въ Невшатель. Весьма теплымъ поздравленіемъ получены отъ известнаго французскаго ученаго, путешествовавшаго по Уралу, Барона де-Бай, и отъ вице-директора Императорскаго Королевскаго Геологическаго Общества въ Вѣнѣ доктора Э. Титце.

Заключительнымъ актомъ юбилейнаго торжества можно считать засѣданіе Уральского Медицинскаго Общества, бывшее 8 июля, на которомъ секретарь Уральскаго Общества Любителей Естествознанія вручилъ А. А. запоздавшій приходомъ

дипломъ Вѣнскаго Геологическаго Общества на званіе почетнаго члена. На этомъ же засѣданіи гостили еще въ Екатеринбургѣ профессора Казанскаго Университета К. М. Леонтьевъ и Н. А. Миславскій (съмъ юбиляра), а также лаборантъ при кафедрѣ фармакологии того же Университета В. В. Николаевъ читали доклады, въ которыхъ знакомили присутствовавшихъ съ новѣйшими данными по нѣкоторымъ вопросамъ судебнай медицины, физиологии дыханія и фармакологии. По выслушаніи сообщеній товарищъ-предсѣдателя М. М. Догадовъ просилъ присутствовавшихъ представителей Казанскаго Университета передать послѣднему благодарность Уральскаго Медицинскаго Общества за сочувствие, оказанное Университетомъ почетному члену Медицинскаго Общества А. А. Миславскому.

Б. Левенсонъ.

БИБЛIOГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографии.

А. Оригинальные.

*Галлеръ.—Курсъ заразныхъ болѣзней. Съ 23 рисунками въ текстѣ. Саратовъ. 1901 г. ц. 1 р. 50 к.

**Гошкевичъ М. М.—Къ материаламъ о проказѣ (Lepra) въ Херсонской губерніи. Херсонъ. 1901 г.

*Доброхотовъ.—Стерилизація молока. Польза и вредъ стерилизациіи въ дѣлѣ искусственнаго вскармливанія дѣтей. Съ предисловіемъ проф. Филатова. М. 1901 г. ц. 1 р.

**Кавказскіе курорты. Иллюстрированный путеводитель. Издание Управленія Кавказскихъ минеральныхъ водъ. 1901 г.

*Калабинъ.—Lamium Alpinum при маточныхъ кровотеченіяхъ М. 1901 г. ц. 30 к.

*Коротневъ.—Основы электродіагностики и электротерапіи М. 1901 г. ц. 1 р. 50 к.

*Севинъ.—Кратк. руков. къ химическому изслѣдованию питьевой воды. С.-П.Б. 1901 г. ц. 80 к.

**Лощиловъ П. А.—О сравнительной заболѣваемости казанскихъ мусульманъ въ связи съ ихъ бытомъ и возврѣніями. Казань. 1901 г. ц. 30 к.

**Мазарапкій В. В.—Указатель сообщеній, сдѣланныхъ на общихъ собрaniяхъ русского энтомологического общества за 35 лѣтъ его существованія. С.-Петербургъ. 1899 г.

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

**М оллесонъ И. И.—Краткій очеркъ пѣкоторыхъ данныхъ объ отхожихъ промыслахъ тамбовской губерніи въ 1899 г. Тамбовъ. 1901 г.

**П олферовъ В. Я.—Краткій обзоръ главнѣйшихъ заразныхъ заболеваній въ Уфимской губерніи за 1897 г. Уфа. 1901 г.

**Р еформатскій Н. Н.—Отчетъ по С.-Петербургской городской больнице—колоніи для душевно-больныхъ на Новознаменской дачѣ за 1896 и 1897 г. С.-Петербургъ 1900 г. и 1901 г.

*Ф илатовъ.—Краткій учебникъ дѣтскихъ болѣзней. Изд. 6-е. М. 1901 г. ч. I р. 20 к.

**Ю севичъ С. А.—Доклады по акушерству читанные, въ засѣданіяхъ Бахмутскаго Медицинскаго Общества въ 1900 г. г. Бахмутъ.

Б. П е р е в о д н ы я.

*Gedoelst.—Микробіологія ч. 1 и 2. Москва. 1901 г. ц. 3 р.

*М иллера.—Руковод. консервативнаго зубоврачеванія. Изд. 2-е С.-П.Б. 1901 г. ц. 2 р.

Ч елли.—Эпидеміологія. Ученіе о заразныхъ болѣзняхъ и борьбѣ съ ними. М. 1901 г. ц. 70 к.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**А куше рка. 1901 г. №№ 5—8.

**Архивъ Ветеринарныхъ наукъ. 1901 г. №№ 5—8.

**Больничная газета Боткина. 1901 г. № 24—Недригайловъ В. И. Къ вопросу о біологіи и морфологіи старыхъ лифтеритныхъ культур.—Шемякинъ А. И. Къ физіологии rats pylorica собачьяго желудка.—Окуневъ В. Н. Материалы къ біологіи съчужнаго фермента (окоач.).

№ 25.—Веберъ Ф. К. Къ симптоматологіи и лѣченію прободного перитонита при круглой язвѣ желудка.—Скробанскій К. К. Связь сахарного и несахарного мочеизнуренія съ женской половой сферой и беременностью.—Шемякинъ А. И. (оконч.).

№ 26.—Савичъ В. Возбудители скрепки кишечнаго фермента.—Линтваревъ С. И. О перевода съдѣжимаго желудка въ кишки. Скробанскій К. К. (окончаніе).

№ 27.—Казанскій Н. Два типическихъ патологическихъ состоянія пепсионныхъ железъ.—Соколовъ Д. Ф. О паломничествѣ мусульманъ въ Мекку.—Властвъ Г. По поводу лѣченія раковыхъ больныхъ сывороткою.

№ 28—Бѣлоголовый А. Къ діететиکѣ пораженій желудка.—Соколовъ Д. Ф. (прод.)—Кашкадамовъ В. Къ вопросу о переносѣ малярии москитами.

№ 29.—Зимницкій С. С. О работѣ желудочныхъ железъ при задержкѣ желчи въ организмѣ.—Гизе Э. А. Къ казуистицѣ т. наз. одервенелости позвоночника.—Соколовъ Д. И. (оконч.)

№ 30.—Стуккей Л. Г. Случай саркомы желудка.—Гизе Э. А. (оконч.).

№ 31.—Шиловцевъ Н. Н. Случай съуженія солi pulmonalis сифилитическаго происхожденія.—Вальтеръ К. А. Демонстрація двухъ препаратовъ изъ области хирургіи почекъ.—Эльяшевъ П. Письма изъ Парижа.

№ 32.—Омельченко В. З. Нѣкоторыя основы патогенеза общихъ инфекционныхъ заболѣваній.—Какушкинъ Н. М. О чистоплотности въ аптекахъ.

№ 33.—Гладинъ Г. П. О вліяніи впрыскиваній леккотоксической сыворотки на морфологію крови.

№ 34.—Долгополь Б. М. Матеріалы для изученія скарлатины въ Одессѣ.—Гладинъ Г. П. (оконч.).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1901 г. Апрѣль—IV—Тауберъ А. Первый съездъ россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ. Отчетъ объ ученой командировкѣ.—Ушинскій Н. Г. Лекціи по бактеріологии (оконч.).—Винаверъ М. Сравнительная оцѣнка терапевтическаго достоинства щелочныхъ солей и Боржомской воды при заболѣваніяхъ пищеварительныхъ органовъ.—Пупкош. Сравнительное опредѣленіе желѣза и гемоглобина въ крови при различныхъ заболѣваніяхъ съ помощью современныхъ клиническихъ методовъ.

**Вопросы Философіи и Психологіи. 1901 г. Май-Юнь.

**Врачебная Газета. 1901 г. № 27.—Цезаревскій П. В. Къ вопросу о наслѣдственности болѣзней.—Воробьевъ А. А. Случай повторного перелома плеча.—Кордобовскій А. В. Общедоступные аналитические вѣсы.—Чижъ В. Ф. Желательныя реформы медицинского образования.

№ 28—Цезаревскій П. В. (оконч.).—Мостковъ А. Къ вопросу о дѣйствіи ихтиола при легочной бугорчаткѣ.—Штумейзенъ I. Къ казуистицѣ опасныхъ послѣдствій обрѣзаній, производимыхъ не—врачами.—Михайловъ Н. Н. О лѣтникѣ практическихъ занятіяхъ студентовъ—мединиковъ.

№ 29—Велямовичъ В. Ф. Система амбулаторнаго примѣненія гипнотерапіи, какъ мѣра борьбы съ алкоголизмомъ.—Абрахановъ А. А. Къ казуистицѣ оперативнаго лечения брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени.—Сандръ. Чахотка въ Финляндіи.

№ 30.—Никольскій Д. Н. Объ изслѣдованіи причинъ дѣтской смертности въ Россіи.—Лившицъ А. И. Къ казуистицѣ инородныхъ тѣлъ въ наружномъ ухѣ.—Кирзнеръ Б. Н. Случай аномалии въ развитіи женской половой сферы.

Двойная матка (Uterus didelphys).—Капланъ Я. Ф. Несколько мыслей о кассѣ Я. А. Чистовича.

№ 31.—Нейштабъ Я. Т. Сравнительная оцѣнка терапіи брюшного тифа въ дѣтской практикѣ.—Штрайхеръ П. М. Къ казуистикѣ желчныхъ коликъ во время родовъ.—Домбровскій Н. Къ вопросу о системѣ подачи медицинской помощи въ земствахъ.

№ 32.—Щабаль И. А. Бактеріоскопія въ бактеріологической диагностики дифтеріи.—Гутманъ М. Когда можно считать излѣченнымъ перелой уретры.—Ивановъ С. И. Изъ деревенской практики въ Волынской губерніи.

№ 33.—Эйненбергъ С. Ю. Случай проникающей раны грудной клѣтки съ выпадениемъ легкаго.—Сыркинъ-Шкловскій С. И. Еще о лѣченіи сибирской язвы.—Гольдбергъ М. Что сделали передовая нація для борьбы съ заразными болѣзнями?

№ 34.—Заусайловъ М. А. О девиинфекціи писемъ и книгъ.—Внуковъ Н. Н. Случай пулевого раненія печени.—Кичинчевъ А. Б. Приспособленіе къ акушерскимъ щипцамъ.—Камневъ М. Еще о «запискахъ врача» г. Вересаева.

«Врачъ. 1901 г. № 21.—Кисель А. А. О распознаваніи бугорчатаго воспаленія брюшины у дѣтей на основаніи 54-хъ собственныхъ наблюденій.—Дитерихсъ М. М. Къ вопросу о раннихъ ступеняхъ бугорчатки синовіальныхъ оболочекъ.—Сандбергъ—Дебеле Д. Д. Brandt'овскій способъ лѣченія женскихъ болѣзней и некоторые его особенности.—Либовъ Б. А. О вліяніи подводныхъ работъ на человѣка.—Никольскій Д. П. Объ отношеніи послѣдняго министерскаго наказа Училищнаго Совѣтамъ по школьнно-санитарному вопросу о земствѣ.—Одинцовъ В. Н. Случай фиброміомы въ стѣнкѣ кисты яичника.

№ 22.—Финкельштейнъ Б. К. Къ вопросу о бугорчаткѣ лимфатическихъ железъ.—Петерсъ Р. А. О примѣненіи психотерапіи въ дѣтскомъ возрастѣ.—Сандбергъ-Дебеле Д. Д. (продолженіе)—Говорковъ П. А. Экономика въ рождаемости, лѣчимости и смертности.

№ 23.—Гейслеръ Ф. К. Изъ клиническихъ лекцій—Черняховскій М. Г. Новое видоизмѣненіе повязки при переломѣ ключицы.—Стражеско Н. Д. Случай газового нарява подъ грудобрюшной преградой (Pneumothorax subphrenicus, abscess gaseux sous-diaphragmatique—Гарабринъ Т. А. Лѣченіе язвъ лучистой теплотой—Абрамъ П. К. Абасъ-Туманъ, какъ климатическая станція съ бытовой стороны.

№ 24.—Предтеченскій В. Е. Къ бактеріологии острого суставного ревматизма—Демичъ В. Ф. Случай бугорковой проказы—Клитинъ И. И. Гистологическая измѣненія послѣ-родовой матки въ случаѣ острого цѣпекокковаго гнило-кровія при примѣненіи противоцѣпекокковой сыворотки и безъ нея—Александровъ С. А. Операция при механической дизменоррѣ.

№ 25.—Шайкевичъ М. О. Памяти В. А. Манассина.—Влаевъ Г. М. Къ происхождению и сывороточному лѣченію злокачественныхъ новообразованій.—Клининъ И. И. (продолженіе)—Мининъ А. В. Лечебное дѣйствіе синяго электрическаго свѣта.—Сыркинъ—Шкловскій С. И. Къ кавуистикѣ истеріи у мужчинъ.

№ 27.—Влаевъ Г. М. (продолженіе)—Шабадъ И. А. Къ вопросу объ отличительномъ распознаваніи дифтерійныхъ и ложнодифтерійныхъ палочекъ.—Макафьевъ И. И. Измѣненіе температуры тѣла и пульса подъ вліяніемъ различныхъ ваннъ одной и той-же температуры и вліяніе матеріала ваннъ на охлажденіе содержащаго въ нихъ.

№ 27.—Орловъ В. Н. О разрывахъ матки во время родовъ и ихъ лѣченіи—Макафьевъ И. И. (продолженіе)—Яковлевъ И. М. Объ оздоровленіи жилаго пространства воздуха дворовъ и улицъ Петербурга.

№ 28.—Мурзаевъ Б. В. О восприимчивости домашнихъ голубей къ бугорчаткѣ птицъ и млекопитающихъ—Држевскій А. Ф. Способъ количественаго опредѣленія белка въ мочѣ по Н. И. Васильеву и его недостатки—Михайловъ Н. А. Къ распознаванію почечныхъ заболѣваній—Аркинъ Е. А. Къ ученію о лекарственныхъ сыпяхъ. Случай развитаго дерматита, вызваннаго втираниемъ ртути (Лѣкарственная скарлатина Behrend'a).

№ 29.—Широкихъ М. А. Новый способъ судебно-медицинского распознаванія человѣческой и другихъ родовъ крови и нѣкоторая замѣчанія по поводу его.—Катунскій Э. Я. Къ вопросу о брюшныхъ сращеніяхъ.—Контовъ Л. М. Нѣсколько случаевъ серьезныхъ поврежденій головы въ дѣтскомъ возрастѣ—Лукатевичъ В. Г. Пересадка яичниковъ. Нѣсколько опытовъ надъ животными.

№ 30.—Кравковъ Н. П. О пентозахъ въ животномъ организме и о происхождении пентозурии.—Орловскій В. Ф. Значеніе во внутренней патологіи и особенно въ происхождении мочевиковъ ученія о самоотравленіи тѣла кислотами.—Масловскій М. С. Къ кавуистикѣ траumaticескихъ поврежденій головного мозга. Случай двигательной афазіи—Маровскій Я. Р. Рѣдкій случай истеріи.

№ 30.—Кравковъ Н. П. (продолженіе)

№ 32.—Пуссель Л. М. Сопровождающееся сращеніемъ (анкилозирующее) вспашеніе позвоночника и большихъ суставовъ—Колосовъ Г. В. Приложеніе математической теоріи вѣроятностей къ вопросу о заразительности эклампсіи.—Недригайловъ В. И. О серотоксинахъ и о примѣненіи ихъ для отличія крови человѣка отъ крови другихъ животныхъ.—Путята-Кершбаумъ Р. В. Отчетъ дѣятельности Сибирскаго глазнаго отряда, посланнаго подготовительною при Сибирской желѣзной дорогѣ коммиссіею.

№ 33.—Турнеръ Г. И. О предѣлахъ значенія Рентгеноскопіи въ дѣлѣ распознаванія и лѣченія переломовъ—Пуссель Л. М. (продолженіе)—Мининъ А. В. Лѣченіе волчанки синимъ электрическимъ свѣтомъ.—Пушкина Е. Л. Медицинскій отчетъ Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ за 1900 годъ.

****Дѣтская Медицина.** 1901 г. № 3.—П. И. Федоровъ. Къ вопросу о повторныхъ заболѣванияхъ корью.—Румянцевъ Д. є. Случай гоноройнаго пораженія голеностопнаго сустава—Семченко Д. Г. Къ вопросу о показателѣ контагіозности для дифтеріи.—Краснобаевъ Т. П. Краткій отчетъ о дѣятельности хирургического отдѣленія Московской Городской Дѣтской Больницы Св. Владимира въ 1900 году.—Жуковскій В. Случай семейнаго ракитизма.—Кисель А. А. Случай острого геморрагическаго нефрита у мальчика 11 л. Смерть; вскрытие.—Кисель А. А. Случай острого геморрагическаго нефрита неизвѣстнаго происхожденія у дѣвочки 7 л.—Штейнтаузъ Н. А. Случай мозговой грижи.

№ 4.—Филатовъ Н. Ф. О пізлітѣ и мочекисломъ ліатезѣ у дѣтей.—Виршилло В. А. Вліяніе сливочнаго масла на выдѣленіе желудочнаго сока.—Жуковскій В. Дѣти тройни. 9-ти днѣвное наблюденіе надъ ихъ развитіемъ—Слевингеръ Л. Я. Къ вопросу о цереброспинальномъ менингите и лѣченіи его горячими ваннами.—Ахметьевъ И. В. Случай фибринознаго бронхита у дѣвочки 12 лѣтъ; смерть.—Кисель А. А. Случай наслѣдственной англійской болѣзни.—Кисель А. А. Случай сонамбулизма у дѣвочки 6 л.—Румянцевъ Ф. Къ казуистикѣ осложненій послѣ процѣла ушной мочки.

****Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней.** 1901 годъ. Юнь.—Холмогоровъ С. С. Къ вопросу о лѣченіи рака маточной шейки, осложняющаго беременность, роды и послѣ-родсвой періодъ и о прямѣненіи кесарскаго сѣченія вмѣстѣ съ экстирпацией всей матки черезъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ при той же болѣзни.—Михиль П. В. Къ бактериологіи полости матки и фалопіевыхъ трубъ женщинъ въ небеременномъ состояніи.—Далингеръ А. П. Материалы и соображенія по вопросу объ оперативномъ лѣченіи рака матки.—Мандельбергъ В. О предупреждающемъ серединномъ разсѣченіи промежности во время родовъ.

Май.—Мандельбергъ В. (продолженіе)—Щеткинъ Д. С. Нѣкоторыя соображенія относительно лѣченія ролианной горячки.—Бекманъ В. Г. Нѣсколько клиническихъ наблюдений надъ ракомъ матки.—Александровъ А. Н. Внутренне-наружная, пузырнотампонная, прямокишечная электризациія при женскихъ болѣзняхъ.—Кохановъ А. Н. Случай существованія одновременно виѣматочной (трубной) и маточной берримсности.

****Журналъ Дерматологіи и Сифилидологіи.** 1901. № 5.—Schönbeld. М. Хроническій перелой и его отношеніе къ половому безсилию (съ изложеніемъ эндоскопическихъ данныхъ).—Брейтманъ М. Я. Этіология и патогенезъ сифилитическихъ пораженій сердца.

№ 6.—Carpenter. Сифилисъ въ дѣтскомъ возрастѣ.—Лустверкъ Э. Случай мокнущей экземы, исчезнувшей во время перитифлита.—Moore. Лѣченіе сифилиса специфической сывороткою.

№ 7. Carpenter (продолжение) — Moore (продолжение).

Журналъ Невропатологіи и психіатрії имени С. С. Корсакова. 1901 г. № 3. Вермель. Эпидемія тетанії.—Розенталь А. С. О синтетичномъ дѣйствіи гедонала у лушеенно-больныхъ.—Бруханскій П. П. Случай острого геморагического энцефалита. Оптическая афазія.—Вейденгаммеръ В. В. и Семидаловъ В. И. Сложная дыхательная судорога у лушеенно-больной.—Вяземскій Т. И. Исторія открытия электротона и судьба его первой теоріи.

* Журналахъ о-ва русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. 1901 г. № 3.—О необходимости мѣропріятіяхъ въ борьбѣ съ туберкулезомъ.

** Журналъ русского о-ва охраненія народного здравія. 1901 г. Іюнь. № 6. Залѣскій С. І. и Либоевъ Б. А. Изъ трудовъ комиссіи по выработкѣ мѣръ для предупрежденія кесарійскихъ заболѣваній.—Зелигеръ Д. Л. Къ вопросу о вліяніи народной школы на физическое развитіе дѣтей.—Минуловъ И. Р. Монопольная система питейной торговли и народное образованіе въ г. Бергенѣ.

** Журналъ Русского Физико-химическаго О-ва. при Имп. С.-Петербург. Унів. т. XXXIII. Вып. 4, 5.

** Записки Императорскаго Харьковскаго Университета 1901 г. Кн. 2—Тихоновичъ А. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи нейралгій тройничного нерва. Топографо-анатомическая оцѣнка способовъ резекціи ganglion gasserii.

Кн. 3.—Тихоновичъ А. (прод).—Гулевичъ В. Руководство къ анализу мочи.

** Записки русского Бальнеологического общества въ Пятигорскѣ. 1901 г. № 7.—Алексеевскій В. И. Нѣсколько наблюдений надъ вліяніемъ комбинированныхъ ваннъ (мѣстныхъ грязевыхъ въ общей водяной) на пульсъ, дыханіе и температуру тѣла.

** Записки Уральского общества Любителей Естествознанія. Томъ XXII. Екатеринбургъ. 1901 г.

** Зубоврачебный Вѣстникъ 1901 г. № 6, 7, 8.

** Клинический Журналъ 1901 г. № 6. (Іюнь).—Якушевчъ С. Г. Къ вопросу о клиническомъ значеніи реакціи Видала у больныхъ брюшнымъ тифомъ.—Шатиловъ П. И. Carcinoma plexus chorioidei ventriculi quarti.—Кусковъ П. Къ вопросу объ атрофіи кишечка. Бѣлоглазовъ М. М. О сибирской язвѣ у человѣка.

№ 7. (Іюль) Голубининъ Л. Е. прив. доц. Случай хронического желудочно-кишечного катарра. Райхлинъ А: Хронический ночной пріапизмъ.—Бѣлоглазовъ М. М. (продолжение).

Лѣтопись русской хирургіи Книга 4-я 1901 г.—Грековъ И. И. О костныхъ дефектахъ черепа и ихъ лѣченіи.—Сапожко К. Къ развитію вопроса

о разсекции Гассфова узла.—Люри С. А. Къ учению объ острыхъ воспаленіяхъ ви-
сочиной кости при гнойныхъ воспаленіяхъ средняго уха.—Дитерихсъ М. Новооб-
разованія соска и околососковаго кружка.—Тихоновъ М. Способъ совмѣстнаго
наливанія артеріи и вены.

**Медицинская бесѣда, 1901 г. № 11. Вырубовъ Н. А. Очерки за-
падно европейскихъ психіатрическихъ больницъ.—Первовъ А. Къ вопросу объ от-
ношении заболѣваемости нѣкоторыми заразными болѣзнями къ состоянію темпера-
туры почвы и воздуха.

№ 12.—Ростовцевъ Г. И. Объ американской врачебно-промышленной
рекламѣ.—Кедровъ П. И. О жилищахъ на фабрикахъ и заводахъ въ Россіи.

№ 13—14 Вырубовъ Н. А. Нѣкоторы общія положенія къ проекту
Психіатрической больницы Воронежскаго Губернскаго Земства—Гороховъ Д. Е.
Къ вопросамъ по земской хирургіи.

№ 15.—Холодовскій А. М. 3 случая atresiae ani.—Гороховъ Д. Е.
(продолженіе).

№ 16.—Никольскій. Лѣсной промыселъ въ санитарномъ отношеніи.

**Медицинскій журналъ Доктора Окса 1901 г. Іюнь.—Кедровъ
П. И. Условія труда и жизни низшаго медицинскаго персонала въ Россіи.—Кону-
хесь Г. Б. Общая терапія—Шульце Б. Учебникъ повивальнаго искусства.

Іюль 1901 г.—Лахтинъ М. Ю. Краткій біографическій словарь знамени-
тыхъ врачей всѣхъ временъ.—Кедровъ П. И. (продолженіе)—Крюхе А. Частная
хирургія.

Августъ. 1901 г. Крюхе А. (продолженіе)—Шульце (продолженіе).

**Медицинскія прибавленія къ морскому сборнику.—Май
1901 г.—Полѣновъ А. Л. Симпатектомія. Вліяніе ея на экспериментальную эпилеп-
сію животныхъ.—Короленко. Объ измѣненіяхъ сердечной мышцы въ старости.
—Понятовскій А. А. Къ патологіи головного мозга. Къ вопросу о патологоанато-
мическихъ измѣненіяхъ головного мозга при очаговыхъ мозговыхъ симптомахъ
втечспіе карциноматоза.

Іюнь.—Петровъ А. Н. О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ крови въ старческомъ воз-
растѣ и о вліяніи лѣтняго времени года на составъ крови.—Яновскій В. В. Два
случая смертельныхъ поврежденій.—Понятовскій А. Обзоръ дѣятельности Об-
щества морскихъ врачей въ г. Николаевѣ за 1899/1900 г.

Іюль 1901 г.—Вестенрикъ. Отчетъ о заграничной командировкѣ за 1-е по-
лугодие.—Поповъ Г. Ф. Минеральные воды Греціи. Понятовскій А. А. (продолженіе).

Августъ 1901 г. Вестенрикъ (продолженіе).—Поповъ (продолженіе).—Губаревъ
Н. М. Случай сирингоміэліи—Анинъ В. П. Arteria hyaloidea persistens et catacaracta
polaris posterior.—Фадѣевъ А. А. Трактирная система довольствія больныхъ, вве-
денная въ госпиталяхъ Морскаго Вѣдомства.—Понятовскій (продолженіе)—Ловчевъ
О микробѣ чумы.

Медицинское Обозрение. 1901 г. Май. Благовещенскій М. И. О тенотомії съ предварительнымъ вытяженіемъ.—Гинзбургъ И. И. Активомикозъ верхняго слезнаго канальца.—Натансонъ А. В. Къ извлечению осколковъ желѣза изъ задней камеры глаза и изъ хрусталика.—Спижарный И. К. О шейныхъ ребрахъ.—Савельевъ Н. Пораженіе толстыхъ кишокъ, обусловливаемое балантидіями,—Своехотовъ А. Случай острой левкеміи.—Любомудровъ. Къ лѣченію паростающей сердечной слабости при островераразныхъ заболѣваніяхъ.—Френкель Л. Я. и Бронштейнъ О. И. Экспериментальная данная къ вопросу о туберкулезныхъ токсинахъ и антитоксинахъ.—Ивановъ Александръ. Къ вопросу объ опредѣленіи количества метиленовой синьки въ мочѣ.

Юнь.—Oppenheimъ К. О. психическомъ характерѣ нѣкоторыхъ разстройствъ актовъ мочеиспускания и испражненія.—Струевъ. Къ казуистикѣ болѣзни Raynaud.—Поспѣловъ А. И. Новый признакъ мѣстной синюхи конечностей или болѣзни Raynaud.—Шварцъ С. Г. Сифилитический порокъ сердца и его излѣчимость.—Буйновичъ К. А. Случай незакрытія Боталлова протока и сообщенія между легочной артеріей и аневризмой аорты. Шварцъ С. Г. Случай отсутствія пульса въ артеріяхъ лѣваго предплечія.—Федоровъ В. П. Къ вопросу о лѣченіи виѣматочной беременности.—Эберлинъ А. Объ операциіи Alique'—Alexander—Adams'a—для лѣченія заднихъ смыщелей и выпаденія матки.—Гоніевъ К. воспаленіе червеобразного отростка, излѣченіе спиртовыми компрессами.—Полубогатовъ—Галльбрейхъ Н. Л. Къ лѣченію фибромію матки гальваническимъ токомъ.—Агаповъ А. Объ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ въ одномъ случаѣ хронической хореи взрослыхъ.—Шестопаль А. Я. Терапевтическія отдѣленія мюнхенскаго клиническаго института проф. Ziemssen'a.

*Отчетъ Пастеровской станціи Общества врачей Южно-Уссурійского края за 1898—1900 г.г. Владивостокъ 1901 г.

*Отчетъ по Александровскому хирургическому бараку, Общество Врачей Енисейской губерніи за 1900 г. Красноярскъ 1901 года.

*Отчетъ по бесплатной больницѣ Николая II въ Киевѣ за 1899 г. Киевъ 1901 г.

*Отчетъ по красноярской городск. лѣчебницѣ за 1899 г. Красноярскъ 1901 г.

*Протоколы медицинскаго общества г. Владимира за 1900 г. Владимиръ на Клязмѣ 1901 г.

*Протоколы Общества врачей Закаспійской области №№ 28 29 за 1900 г. Асхабадъ 1901 г.

*Протоколы Омскаго медицинскаго общества, выпускъ II. №№ 2—6. за 1900 и 1901 г.

**Протоколы и труды пензенского Медицинского Общества за 1899—1900 г. Пенза. 1901 г.

**Протоколы и труды Объединения врачей г. Симбирска за 1900 г. Симбирскъ. 1901 г.

**Протоколы и труды Объединения врачей Енисейской губернии за 1899—1900 г. Красноярскъ. 1901 г. Выпускъ II.

**Протоколы Императорского Кавказского Медицинского Общества за 1900 г. №№ 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, за 1901 г. №№ 1, 2.

**Русский Архивъ патологии, клинической медицины и бактериологии. 1901 г. Май.—Демигъ В. Ф. Сифилисъ, венерическая и кожные болезни и их лечение у русского народа.—Савченко И. Г. Къ вопросу о роли иммунизиновъ (филоситазъ) въ явлении фагоцитоза. Кернигъ В. М. и Укке А. Ю. Къ вопросу объ амебионъ энтеритъ въ Петербургѣ (Amoeben—Enteritis).

Юнь Thebault. V. Диспорексія и Антіэтилинъ.—Зильбербергъ Л. А. О прямомъ дѣлении красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у нѣкоторыхъ холоднокровныхъ—Стефанскій В. Р. О крапчатости красныхъ кровяныхъ шариковъ при малярии—Гиндлесь Е. Я. и Баларджевъ. Дезинфицирующія свойства растворимыхъ солей серебра.—Полумордвиновъ Д. О Нисслевскихъ тѣльцахъ нервныхъ клѣточъ.

Юль—Муратовъ В. А. Нозологическое доказательство причиной зависимости общаго паростающего паралича помѣшанныхъ отъ сифилиса.—Бройде А. О механическомъ лечении подкожной водянки и о химическомъ составѣ водяночныхъ жидкостей.—Линдеманъ В. О разстройствѣ дѣятельности сердца при жировомъ перерождении міокардія.—Поляковъ В. Изъ наблюдений надъ аппендицитомъ.

**Сборникъ Императорского Казахского Медицинского Общества № 63. Тифлъ 1901 г.

**Сборникъ статей по вопросамъ Городской жизни въ Россіи и заграницей. выпускъ I. Москва 1901 г.

**Современная медицина и гигіена 1901 г. № 5—Frenkel. Семіология и терапевтика болѣзней желудка.—Штрасманъ. Учебникъ судебной медицины.—Kobert. Ученіе о прописываніи лекарствъ. Glaz. Бальнеографія.—Михайловъ Н. Н. Старое и новое въ біологии опухолей. Müller. Желчно-каменная болѣзнь и ея лечение. № 6. Robin A. Частная терапія внутреннихъ болѣзней вып. 9-й Лечение болѣзней кишечка.—Albert A. Диагностика хирургическихъ болѣзней. Штрасманъ Ф. (продолженіе) Kobert A. (продолженіе) Glaz. (продолженіе) Müller J. (продолженіе). № 7. Кобертъ (продолженіе).—Штрасманъ Ф. (продолженіе).—Robin A. (продолженіе)—Müller (продолженіе)—Брайнинъ Я. М. О новыхъ теченіяхъ въ изученіи рака.

№ 8.—Фикъ. Гигіена глаза.—Штрасманъ Ф. (продолженіе)—Robin (продолженіе)—Брайнинъ Я. М. (продолженіе)—Бурлацовъ—Гинекологическая, resp. акушерская бактериология.

** Труды Императорского С.-Петербургского Общества Естествоиспытателей. Томъ XXX. Выпукъ 3-й С.-Петербургъ 1900 года Цѣна 2 руб.

** Труды Общества Курскихъ врачей за 1897—1899 г. Курскъ 1900 года.

** Труды 14-го Губернского съѣзда врачей Московского общества. Москва 1901 г.

** Труды клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ. Выпукъ I за 1901 г. С.-Петербургъ 1901 г.

** Труды Общества русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ за 1900—1901 г. Январь—Декабрь. С.-Петербургъ 1901 г.

** Труды Русского энтомологического Общества въ С.-Петербургѣ. Томъ XXXIII. 1901 г. С.-Петербургъ. 1901 г.

** Университетськія Извѣстія Кіевскаго Университета 1901 г. Май.—Кольевичъ К. Г. Опыты по иммунизациіи животныхъ противъ стафилококковъ.

** Ученые записки Казанскаго Университета. 1901. Май—Іюнь. Іюль—Августъ Сочиненій по медицине не содержать.

** Ученые Записки Юрьевскаго Университета. 1901 г. № 3. Сочиненій по медицине не содержать.

№ 4—Васильевъ С. М. Лечение хронической язвы желудка.

** Фармацевтъ 1901. №№ 21—34.

Хирургія 1901 г. № 54. Іюнь.—Мартыновъ А. О деревянномъ воспаленіи клѣтчатки.—Поссовери Л. П. Множественная идіопатическая саркома кожи.—Герценъ П. Частичная ринопластика. Возстановленіе кончика носа. — Абикновъ А. А. Ущемленная паховая пристеночная грижа, содержащая инородное тѣло.—Савиновъ Н. Н. Около влагалищный и подиадкостничный способъ закрытия большихъ и срошенныхъ съ костью пузирно влагалищныхъ свищей.

M. Романовъ.