

# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

---

**ТОМЪ I.**

**М А Р Т Ъ.**

**1901 г.**

---

**КАЗАНЬ.**

Типо-литографія Императорскаго Университета.

**1901.**

Дозволено цензурою. Казань, 19 апрѣля 1901 года.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

### О нервахъ склеры.

Д-ра А. Г. Агабабова.

Изученіемъ нервовъ склеры мы занимались въ 1891—93 годахъ и нѣкоторые изъ полученныхъ результатовъ изслѣдованія приведены въ 4-хъ положеніяхъ нашей диссертациа <sup>1)</sup>. Затѣмъ, при повторныхъ изслѣдованіяхъ въ 1895—96 годахъ мы получили еще новыя данныя, но къ сожалѣнію, не имѣли возможности опубликовать ихъ своевременно. Въ августѣ 1900 года въ *Anatomischer Anzeiger* появилась статья проф. А. Смирнова <sup>2)</sup> по этому же вопросу, и намъ казалось, что появленіе нашей статьи будетъ уже излишнимъ.

Но, ознакомившись ближе съ работой почтеннаго профессора, мы убѣдились, что онъ описалъ не все то, что удалось получить намъ, пользуясь тѣмъ же методомъ окраски.

Въ виду этого считаемъ не лишнимъ опубликовать тѣ данныя, которыми располагаемъ и мы по вопросу объ иннервациіи склеры.

Изученіе распредѣленія и окончанія нервовъ въ склерѣ удобнѣе всего производить на плоскостныхъ препаратахъ и для этой цѣли единственно пригоднымъ, по нашему мнѣнію, является методъ прижизненной окраски нервовъ метиленовой синью. Въ удачныхъ случаяхъ окрашиваются ею довольно интенсивно въ фіолетовый цвѣтъ первыя до топчайшихъ своихъ развѣтвленій и обочаивы, тогда какъ вся окружающая ткань принимаетъ слабо желтоватую

---

<sup>1)</sup> Агабабовъ. О нервныхъ окончаніяхъ въ цилиарномъ тѣлѣ у млекопитающихъ и человека. 1893 г.

<sup>2)</sup> Smirnow. *Anatomischer Anzeiger*. 1900. VIII.

окраску отъ пикриновокислаго амміака; окрашивание же золотомъ или импрегнація серебромъ по Golgi не пригодно для этой цѣли потому, что, во первыхъ, не обнаруживаются при этомъ тонкія нервныя нити и, помимо нервовъ, окрашиваются (золотомъ и покрываются осадками серебра) другія ткани и, наконецъ, довольно толстый плоскостной препаратъ склеры является недостаточно прозрачнымъ. Не удивительно поэтому, что Bach<sup>1)</sup> при своихъ изслѣдованіяхъ могъ лишь подтвердить результаты, добытые Helfreich<sup>2)</sup> и Königstein<sup>3)</sup>. Хотя изслѣдованіе нервовъ склеры въ виду незначительной толщины и достаточной прозрачности сѣтчатки и chorioideae, особенно у бѣлыхъ кроликовъ и кошекъ, возможно производить при цѣлости всѣхъ этихъ оболочекъ глаза, но, для полученія большей ясности картины иннерваціи, лучше предварительно освободить склеру отъ окружающихъ частей. Для этой цѣли эуکلерованное глазное яблоко, послѣ примѣненія прижизненной окраски, разрѣзывается въ экваторіальномъ или же въ меридіональномъ направленіи, что еще удобнѣе для изслѣдованія распредѣленія нервовъ по всей длинѣ передне-задней оси глаза. Затѣмъ, съ помощью двухъ пинцетовъ, отдѣляется склера отъ всего tractus uvealis вмѣстѣ съ сѣтчаткой до самаго входа зрительнаго нерва, гдѣ прикрѣпленіе этихъ частей отсѣкается ножницами. Роговицу можно отрѣзать у самаго limbus'a или же, если она не сильно набухла, можно оставить въ связи со склерой. Послѣ этого необходимо въ нѣсколькихъ мѣстахъ надрѣзать склеру, чтобы получить довольно гладкій безъ складокъ плоскостной препаратъ, который ужъ и расправить на предметномъ стеклѣ.

Если окраска не фиксирована, слѣд., препаратъ не вполне еще приготовленъ, то, для наблюденія подъ микроскопомъ за окрашиваніемъ нервовъ, необходимо смачивать препаратъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, или слабымъ растворомъ метиленовой сини. Если же окраска уже фиксирована, то препаратъ, плавающий въ растворѣ нѣсколькихъ капель глицерина вмѣстѣ съ слабымъ растворомъ пикриново-кислаго амміака, накрывается покровнымъ стекломъ и тогда онъ уже готовъ для изслѣдованія. Детальное же изслѣдованіе нервовъ необходимо отложить на нѣсколько дней до возможно полнаго просвѣтленія препарата. Но какъ бы тщательно мы не отдѣляли склеру отъ окружающихъ частей, она съ нѣко-

<sup>1)</sup> Bach. Archiv f. Augenh. XXXIII. 161.

<sup>2)</sup> Helfreich. Ueber die Nerven der Conjunctiva und Sclera. Würzburg 1870 г.

<sup>3)</sup> Königstein. Ueber die Nerven der Sclera Arch. f. Ophthalm. Bd. VII. 3. 1881 г.

торыми изъ нихъ остается все таки въ связи; такъ, на наружной ея поверхности замѣтимъ плотно соединенныя съ ней части сухожилія наружныхъ мышцъ, на внутренней поверхности отдѣльные стволы сосудовъ, принадлежащіе самой склерѣ, а также и части сосудовъ, направляющихся къ chorioide'ѣ; затѣмъ, lamina suprachorioidea или fusca, но большей своей части остающаяся прирѣзленной также къ склерѣ и, накопецъ, отдѣльные пучки и волокна нервовъ, направляющихся отъ мѣста входа зрительнаго нерва къ роговицѣ и отдающихся на пути вѣтви къ chorioideae, цилиарному тѣлу, iris и cornea и частью самой склерѣ. Въ виду этого, описывая распределеіе и окончанія нервовъ въ самой склерѣ, нельзя обойти молчаніемъ объ иннервациі и упомянутыхъ частей, съ которыми остается связанной эта оболочка.

Мы считаемъ лишнимъ приводить здѣсь описаніе метода прижизненной окраски нервовъ метиленовой синью, такъ какъ подробное описаніе его со всѣми модификаціями можно найти въ работахъ проф. Арнштейна <sup>1)</sup>, Догеля <sup>2)</sup>, Смирнова <sup>3)</sup>, Тепляшина <sup>4)</sup>, Иванова <sup>5)</sup>, Тимофеева <sup>6)</sup> и др., которые пользовались этимъ методомъ для изслѣдованія нервовъ въ различныхъ органахъ; видоизмѣненія же этого способа, оказавшіяся необходимыми для окрашиванія и изслѣдованія нервовъ глаза, приведены въ упомянутой выше нашей работѣ.

Въ виду этого мы считаемъ нужнымъ здѣсь указать только на тѣ модификаціи этого метода, которыя дали намъ лучшіе результаты и оказались поэтому болѣе пригодными для изслѣдованія нервовъ склеры и окружающихъ ея частей. Помощью инъекціи отъ 1-го до 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> раствора метиленовой сини можно получить довольно интенсивное окрашиваніе нервовъ до тончайшихъ ихъ развѣтвленій. Такимъ путемъ получили мы препараты нервовъ склеры, представленные здѣсь на рисункахъ № 1, гдѣ изображены первыя окончанія склеры въ области экватора глаза, рис. № 4-й, гдѣ представлено отношеніе варикозной первной нити къ вѣткѣ склеры и рис. № 5 съ сѣтью изъ тончайшихъ зернистыхъ нитей въ l. fusca selegae. Окрашиваніе нервовъ этихъ частей склеры полу-

<sup>1)</sup> Арнштейнъ. Anat. Anz. № 5 и 17. 1887.

<sup>2)</sup> Догель. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXXVII.

<sup>3)</sup> Смирновъ. Матеріалы по гистол. перифер. нервноі системы батрахіи. Казань. 1891 г.

<sup>4)</sup> Тепляшинъ. Къ ученію о гистол. измѣн. сѣтчатки послѣ раненій. Казань. 1893 г.

<sup>5)</sup> Ивановъ. О нервн. оконч. въ соедин. тк. оболочкахъ. Казань. 1893 г.

<sup>6)</sup> Тимофеевъ. Объ оконч. нера. въ муж. полов. органахъ. Казань. 1896 г.

чены помощью инъекцій 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> раствора метиленовой сини въ *carotis*, а рисунокъ 4-й снятъ съ препарата также нервныхъ окончаній въ склерѣ вблизи экватора глаза, но въ этомъ случаѣ окрашивание нервовъ получилось отъ 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> раствора. Разница въ крѣпости растворовъ метиленовой сини существеннаго значенія въ этихъ случаяхъ не имѣла, такъ какъ нервы окрашивались почти съ одинаковой интенсивностью и выступали довольно отчетливо, но единственное неудобство при такихъ инъекціяхъ, по нашему мнѣнію, состоитъ въ томъ, что толкіе сосуды нервною переполняются и даже при неосторожномъ давленіи поршнемъ разрываются и тогда крѣпкіе растворы краски, залезая въ сосуды и окружающихъ частяхъ — ступенькають картину нервныхъ развѣтвленій. Поэтому для изслѣдованія нервовъ тѣхъ частей склеры, гдѣ сосудовъ много, а также для изслѣдованія самихъ возмоторовъ и гангліозныхъ клѣтокъ лучшіе результаты даютъ видоизмѣненія этого метода по Арнштейну, т. е. когда растворъ краски наливается, послѣ энуклеации глаза, въ подвѣшанный склеро-корепальпый мѣшокъ и постепенно проникаетъ въ ткань. Подробности въ примѣненіи этого способа описаны въ трудѣ проф. Арнштейна <sup>1)</sup>, а незначительныя добавленія, которыя мы позволили себѣ сдѣлать, указаны въ вышеприведенной нашей работѣ.

Такимъ путемъ отчетливое окрашивание нервовъ удалось получить въ передней части склеры — въ области цилиарной мышцы (см. рис. № 3-й), окрашивание вазомоторовъ и гангліозныхъ клѣтокъ въ сосудахъ склеры и *chorioidae* (см. рис. №№ 6-й и 7-й).

По полученнымъ такимъ образомъ препаратамъ можно было убѣдиться, что склера снабжена нервами, хотя и не столь богато, какъ *tractus uvealis*, все же въ достаточномъ количествѣ. Нервы эти, судя по распредѣленію, окончаніямъ и отношенію ихъ къ окружающимъ частямъ, представляются различнаго характера. Такъ, на основаніи полученныхъ данныхъ можно принимать въ склерѣ нервныя окончанія:

- 1) чувствительныя,
- 2) трофическія,
- 3) вазомоторы, съ которыми встрѣчаются вмѣстѣ и гангліозныя клѣтки и 4) нервы *l. fuscae*.

1) Чувствительныя нервы и ихъ окончанія наблюдаются почти на всемъ протяженіи склеры и они исключительно мягкотные. Отдѣльныя волокна ихъ, отходящія отъ большей или меньшей толщины нервныхъ стволиковъ, теряютъ мягкую обертку не за-

---

<sup>1)</sup> Арнштейнъ. Къ вопросу объ окончаніяхъ нервовъ въ роговицѣ. Труды Общества Естествениспытат. при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Т. XX.

долго передъ самымъ окончаніемъ. Наибольшій интересъ представляютъ разныя формы этихъ окончаній, которыя простираются далеко и идутъ въ различныхъ направленіяхъ. Повидимому та, или другая форма ихъ не имѣетъ опредѣленной и большой зависимости отъ части склеры, въ которой она наблюдается. По крайней мѣрѣ на многихъ препаратахъ намъ приходилось видѣть, какъ приблизительно одинаковыя окончанія въ передней, средней и задней частяхъ, такъ и разнообразныя формы въ одной и той же части склеры. Представленные здѣсь рисунки сняты съ препаратовъ нервныхъ окончаній въ средней или экваторіальной части склеры. По нимъ можно видѣть, какъ мягкотныя волокна (d), недалеко отойдя отъ перваго стволка, теряютъ мягкость и рассыпаются въ окончанія различной формы. Такъ, на рис. № 1-й имѣется сравнительно болѣе простая форма окончаній (a) въ видѣ тонкой варикозной нити, заканчивающейся расширеніемъ, отличающемся нѣсколько большими размѣрами отъ обыкновенной варикозности, наблюдаемой на протяженіи этой нити. Затѣмъ, (b) окончаніе нерва сложнѣе, представляющее собой какъ бы собраніе тонкихъ варикозныхъ нитей, въ видѣ кисточки.

Еще сложнѣе и, если можно выразиться, причудливѣе окончанія нервовъ сняты съ препарата также въ экваторіальной части склеры, представленные на рис. 2-мъ. Здѣсь помимо только что описанныхъ уже окончаній въ видѣ варикознаго расширенія (a), можно видѣть расширеніе большихъ размѣровъ и неправильной формы (c) и, наконецъ, весьма сложное въ видѣ дѣлой сѣти нитей, растянутой на значительномъ протяженіи (h). Отходящія отъ нея отдѣльными топчайшия ниточки заканчиваются также расширеніями (блясками).

Всѣ только что описанныя нервные окончанія распродѣляются въ склерѣ на довольно значительномъ протяженіи, и, какъ можно судить объ этомъ по рисункамъ, не имѣютъ отдѣльно никакой, по крайней мѣрѣ, видимой взаимной связи съ окружающими частями, а принадлежатъ, такъ сказать, всей тканн. По аналогіи съ подобными же окончаніями въ другихъ тканяхъ, напримѣръ въ мозговыхъ оболочкахъ (Ивановъ), они представляютъ концевые чувствительные аппараты склеры. Кромѣ экваторіальной части склеры, такого рода окончанія встрѣчаются и въ другихъ отдѣлахъ этой оболочки, т. е. ближе къ переднему и заднему полюсамъ глаза. Описывать ихъ отдѣльно нѣтъ по этому особой надобности.

Но въ передней части склеры, именно въ области цилиарнаго тѣла (см. рис. 3-й) расположеніе этихъ нервовъ и ихъ окончаній представляетъ нѣкоторую особенность. Въ этомъ мѣстѣ отъ стволка мягкотныхъ нервовъ, расположеннаго въ ткани склеры, отходить пучекъ волоконъ, которыя и прослѣживаются по всему про-

тяженію препарата, представляющаго половину склеральнаго мѣшка въ меридіональномъ направленіи, проходятъ циркулярно, соотвѣтственно положенію цилиарнаго тѣла. Кпереди и къзади отъ этого пучка отходятъ тонкія волокна, которыя, лишившись вскорѣ мякоти, представляютъ описанныя уже формы окончаній, характерныя для чувствительныхъ нервовъ—булавидное (а), и пластинчатое расширеніе (бляшки) большей (с') или меньшей величины (с).

На прилагаемомъ здѣсь рисункѣ изображены тонкія варикозныя нити и ихъ окончанія по одну сторону нервного пучка, тогда какъ по другую его сторону, вариеваны только части варикозныхъ нитей (b. b), окончанія же ихъ, подобныя уже описаннымъ, не представлены.

Благодаря присутствію такого большого количества нервовъ, передняя часть склеры должна обладать достаточной чувствительностью и при томъ значительно большей, чѣмъ другіе ея отдѣлы, такъ какъ на сравнительно ограниченномъ протяженіи нервовъ и ихъ окончаній наблюдается очень много, при чемъ они образуютъ, такъ сказать, опредѣленную систему или группу, извѣстнымъ образомъ связанную между собой, тогда какъ въ остальныхъ частяхъ склеры различнаго рода нервныя окончанія расположены не съ такой правильностью и на довольно большихъ разстояніяхъ другъ отъ друга. Намъ представляется, что такое сравнительно обильное количество нервовъ въ этомъ мѣстѣ должно имѣть не маловажное значеніе, какъ въ физиологическомъ, такъ въ особености въ патологическомъ состояніи не только самой склеры, напр., при ея воспаленіяхъ, но также и столь чувствительной части *tractus uvealis*, какъ цилиарное тѣло, которое именно съ этой стороны сравнительно мѣтѣ защищено отъ вредныхъ внѣшнихъ вліяній.

2) Бѣ тро ф и ч е с к и м ъ приходится отнести тѣ первыя, которые вступаютъ въ извѣстныя отношенія къ опредѣленнымъ частямъ склеры, именно къ тканевымъ ея клеткамъ и оканчиваются на ихъ поверхности. На рисункѣ № 4 можно видѣть, какъ отъ нервного волокна, въ томъ мѣстѣ, гдѣ оно теряетъ мякоть, отходитъ тонкая мелко-варикозная нить и, пройдя нѣкоторое разстояніе, направляется къ склеральной клеткѣ, въблизи которой дѣлится на двѣ тончайшія ниточки; послѣднія идутъ по поверхности клетки и здѣсь оканчиваются.

3) В а з о м а т о р ы сосудовъ склеры окрашиваются въ удачныхъ случаяхъ весьма отчетливо. Здѣсь также какъ и въ сосудахъ *chorioidae* и другихъ частей глаза изъ адвентиціального нервного сплетенія отходятъ вѣточки, которыя проникаютъ въ стѣнку сосуда, гдѣ очень тонкія нити ихъ доходятъ до мышечнаго слоя и оканчиваются на поверхности мышечныхъ клетокъ. Въмѣстѣ съ вазомото-



рами сравнительно крупныхъ артерій, находящихся на внутренней поверхности склеры, намъ удалось видѣть и гангліозныя кѣтки, отростки которыхъ были въ связи съ безмякотными нервами, оплетающими сосудъ. Въ небольшомъ количествѣ получили ихъ мы только на двухъ препаратахъ, съ которыхъ и снятъ при слабомъ увеличеніи рисунки № 6-й. Тутъ же изображенъ и довольно толстый нервный стволъ, который проходилъ на большомъ протяженіи почти параллельно артерій, но измѣняясь замѣтно въ діаметръ и лишь на томъ мѣстѣ, гдѣ онъ пересѣкалъ этотъ сосудъ, поперечникъ его увеличился раза въ два съ половиной, толщина же нерва сообразно съ этимъ стала соответственно меньше. Такого рода какъ бы симплиціанія нерва на пути сосуда наблюдались и въ другихъ областяхъ и значеніе ихъ достаточно уже выяснено гистологами.

Чтобы возможно яснѣе представить себѣ гангліозныя кѣтки и ихъ отношеніе къ вазомоторамъ, мы приложили рис. № 7, снятый съ препарата *chorioideae*, гдѣ нервы окрашены по описанному выше методу проф. К. А. Аршштейна.

Здѣсь гангліозныя кѣтки имѣются какъ одиночныя, такъ и въ группахъ. Болѣе подробное описаніе ихъ нами сдѣлано раньше въ указанной выше работѣ.

4. Кромѣ только что описанныхъ нервовъ заслуживаетъ вниманія также еще развѣтленія тончайшихъ нервныхъ нитей въ *I. fusca* и ихъ отношеніе къ эндотелиальнымъ кѣткамъ (см. рис. № 5-й).

На очень многихъ препаратахъ склеры кролика и бѣлой кошки можно видѣть, какъ представлено на рисункѣ, мелко-зернистыя нервныя нити, которыя ясно отходятъ отъ мякотнаго нерваго ствола и различнымъ образомъ переплетаясь и соединяясь между собой образуютъ сѣти, въ петляхъ которой наблюдается эндотелиальныя кѣтки (e). Мы говоримъ—сѣти, а не сплетенія потому именно, что въ мѣстахъ перекреста нервныя ниточки не переходятъ одна черезъ другую, слѣдовательно находятся не въ разныхъ плоскостяхъ, но, наоборотъ, какъ бы онѣ ни были тонки, можно ясно различить, что онѣ здѣсь какъ бы сливаются и въ этихъ точкахъ вездѣ выступаетъ болѣе крупная зернистость нитей. Ограничивается-ли вліяніе этой нервной сѣти только на эндотелиальныя кѣтки, или оно распространяется и на *lamina fusca* и имѣетъ значеніе также и для всего супракоріодальнаго пространства, въ настоящее время нельзя высказать съ увѣренностью, но послѣднее предложеніе можно считать лишь весьма вѣроятнымъ.

Эта работа произведена въ гистологической лабораторіи Казанскаго Университета подъ руководствомъ проф. Карла Августовича Арнштейна, которому считаемъ долгомъ выразить нашу глубокую благодарность.

### Объясненіе рисунковъ.

На всѣхъ рисункахъ обозначены:

буквой d. мякотный первый стволікъ.

a. окончаніе нерва въ видѣ расширенія варикознаго или булавовиднаго.

c. окончаніе нерва въ видѣ расширенія или бляшки.

c<sup>1</sup> такое же окончаніе, какъ и c, но большихъ размѣровъ.

f. окончаніе нерва въ видѣ кисточки.

h. болѣе сложное окончаніе въ видѣ сѣти.

b. b. отдѣльныя варикозныя нервныя нити, окончанія которыхъ не представлены на рисункѣ.

k. тканевая клетка склеры.

e. эндотельныя клетки I. fuscae.

Рис. 1-й. Окончаніе нервовъ въ склерѣ, вблизи экватора глаза; бѣлмй кроликъ; инъекція въ a. carotis 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> метил. сини. Reichert, oc. 3, objec. 8.

Рис. 2-й. Окончаніе нервовъ также въ средней ч. склеры бѣлаго кролика, Инъекція 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мет. сини. Zeiss, oc. 12, obj. 8.

Рис. 3-й. Окончанія нервовъ передней ч. склеры у бѣлаго кролика. Окраска по проф. К. А. Арнштейну, по раств. мет. сини 1:10.000. Reichert. oc. 3, obj. 8.

Рис. 4-й. Отношеніе нервной нити къ клеткѣ склеры (бѣлой кошки). Инъекція мет. с. 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Reichert, oc. 3, obj. 8.

Рис. 5-й. Концевая сѣть въ I. fusca (бѣлой кошки) съ эндотел. клетками (e). Инъекція 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мет. сини. Reichert, oc. 3, obj. 4.

Рис. 6-й. Вазомоторы и гангліозныя клетки сосудовъ (кролика). Reich. oc. 3, obj. 4.

Рис. 7-й. Вазомоторы и гангліозныя клетки сосудовъ chorioideae кролика-альбиноса. Окраш. мет. с. 1:10.000 по К. А. Арнштейну.

Puc 5.



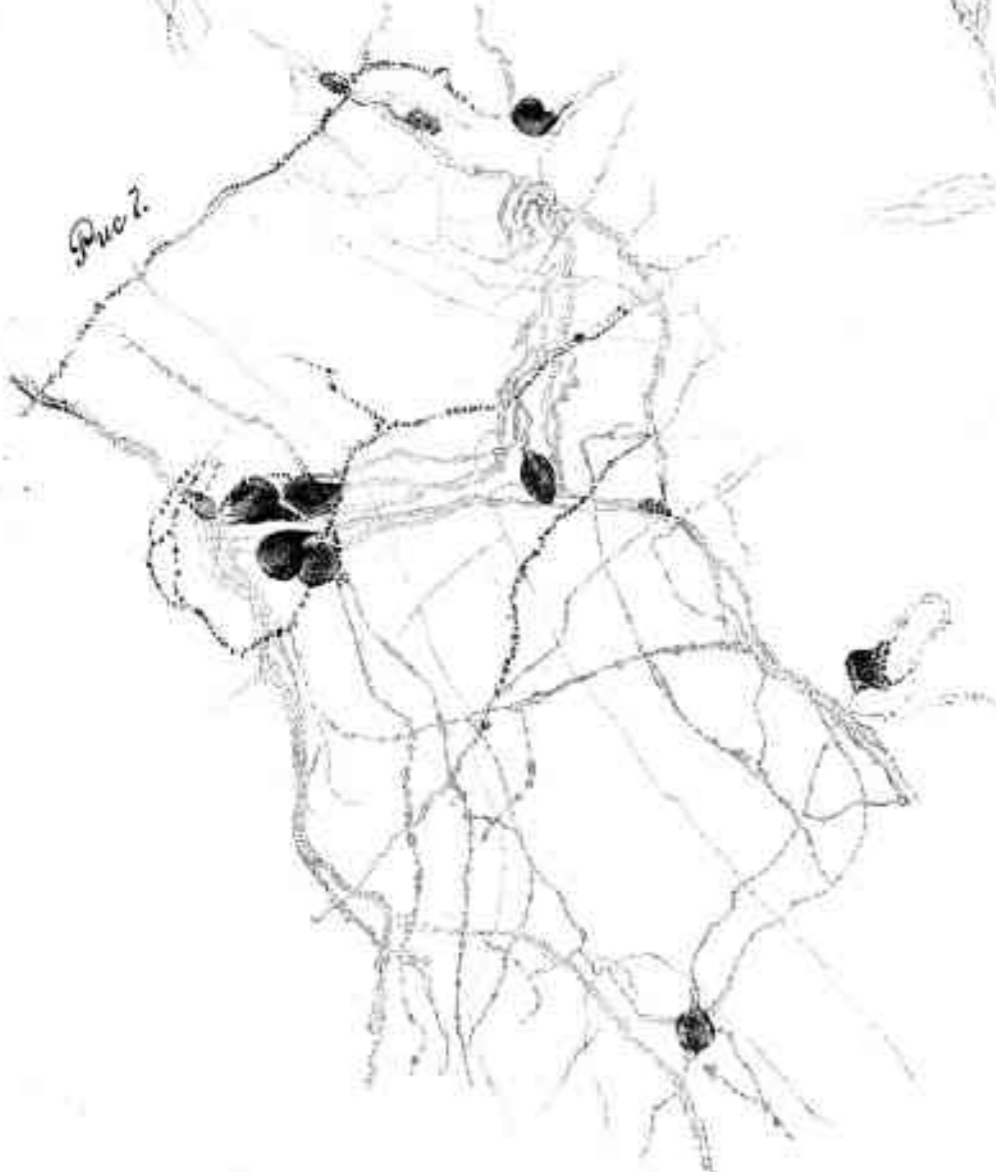
Puc 3.



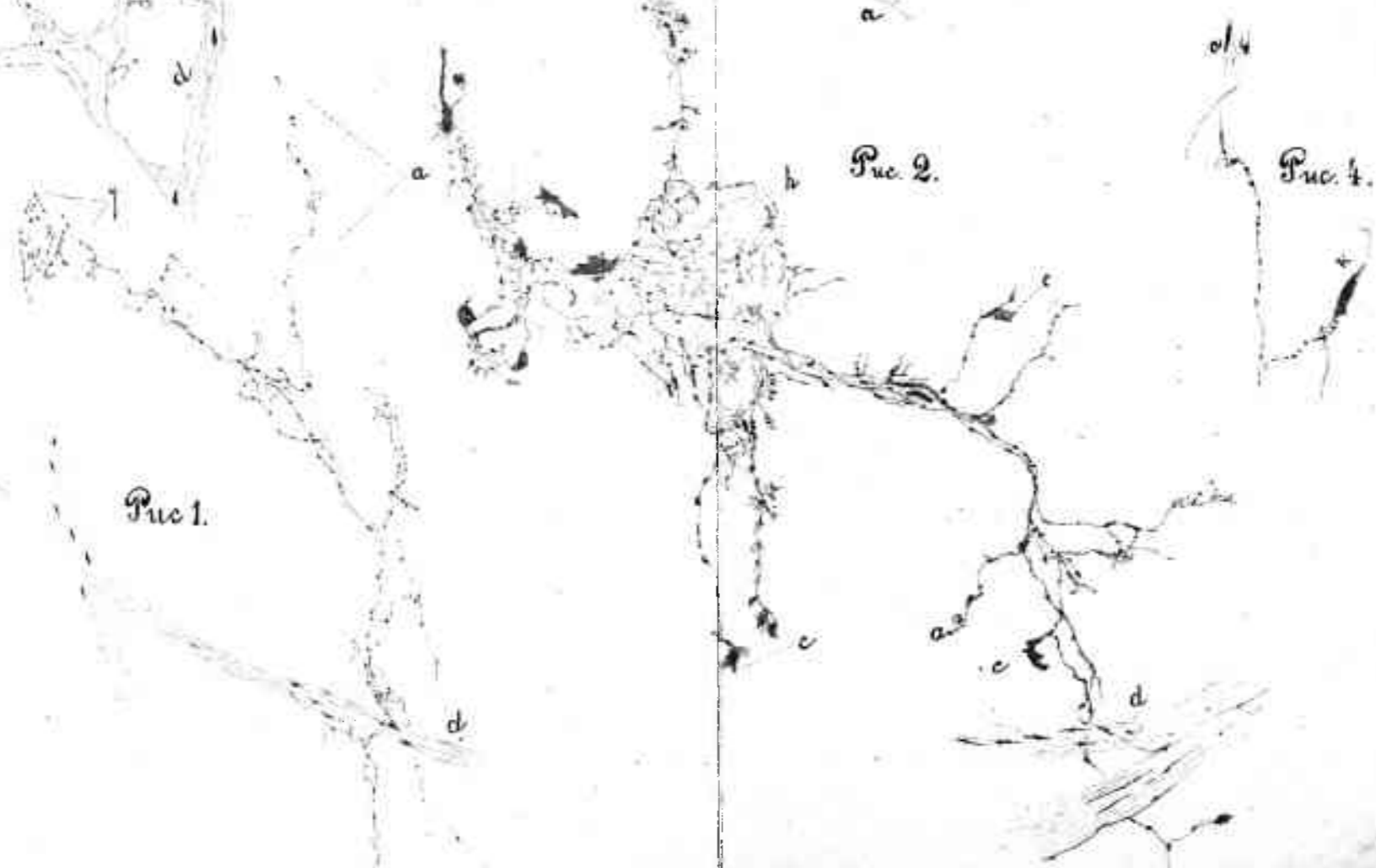
Puc 6.



Puc 7.



Puc 2.



Puc 4.

Puc 1.



## Объ операциі катаракты по даннымъ глазной кли- ники казанскаго университета за десять лѣтъ.

Д-ра А. Г. Абабова.

Въ послѣднее время при глазныхъ операціяхъ вообще и при извлеченіи катаракты въ частности стало обнаруживаться большое стремленіе примѣнять консервативные методы. Къ такому должно быть отнесено и извлеченіе катаракты безъ придектومیи. Если, не смотря на это, мы рѣшаемся опубликовать результаты операціи по методу Graefe, т. е. съ придектومیей, то лишь въ той надеждѣ, что сообщеніе это не будетъ лишнимъ и запоздалымъ. По крайней мѣрѣ, какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей, на сколько возможно было убѣдиться лично во время пребыванія тамъ, методъ этотъ имѣетъ еще полное право гражданства, а потому необходимо съ нимъ считаться и сообразоваться при сужденіяхъ о значеніи какого-либо новаго или различныхъ видоизмѣненій имѣющагося уже метода. Безъ сомнѣнія, наиболѣе желательнымъ методомъ будетъ такой, который даетъ лучшіе результаты и менѣе всего измѣняетъ видъ и форму органа. Съ этой стороны операція извлеченія катаракты безъ придектومیи болѣе заманчива, такъ-какъ сохраняется правильная форма зрачка и, по заявленію приверженцевъ этого метода, получается лучшее зрѣніе. Не подожить сомнѣнію и то, что при этомъ методѣ наблюдается и больше осложнений, какъ извѣстно, еще со времени введенія операціи извлеченія лнзы.

Послѣ обнародованія перваго радикальнаго метода операціи катаракты знаменитаго французскаго офталмолога Daviel'я, предложившаго какъ общій способъ оперативнаго лѣченія катаракты—извлеченіе ея черезъ лоскутный разрѣзь въ роговицѣ, прошло уже около 150 лѣтъ. Но на ряду съ блестящими результатами, которые получались отъ метода Daviel'я, стало обнаруживаться и много неблагоприятныхъ исходовъ, вследствие осложнений, какъ во время операціи, такъ и при заживленіи раны.

Естественное стремленіе хирурговъ избѣгать эти печальные случаи вызвало рядъ видоизмѣненій въ способѣ Daviel'я, конечнымъ

результатомъ которыхъ явился методъ Graefe—извлечение линзы съ придектоміей черезъ такъ называемый ливсарный разрѣзь въ роговицѣ. Способъ этотъ, предложенный какъ болѣе совершенный, долженъ былъ дать, казалось, результаты лучшіе, чѣмъ предъидущій, и случаи неблагоприятныя могли наблюдаться скорѣе какъ исключеніе.

На самомъ дѣлѣ потеря зрѣнія послѣ этой операціи стала встрѣчаться сравнительно нѣсколько рѣже, но все же не въ столь маломъ количествѣ, чтобы считать результаты отъ нея совершенно достаточными; такъ что ожиданія окулистовъ и отъ этого способа оправдались далеко не вполне.

Послѣ того, какъ намъ стала извѣстна причина нагноенія раны все вниманіе врачей было обращено на антисептическое, а затѣмъ, и асептическое веденіе операціи и послѣоперационнаго періода. Значеніе же того или иного метода операціи въ этомъ отношеніи, само собой, должно было отойти на второй планъ: при чемъ зіяніе раны, выпаденіе стекловиднаго тѣла и другіе неблагоприятныя моменты операціи стали считаться лишь условіями, способствующими болѣе легкому инфицированію раны заразными началами.

Въ виду этого одни окулисты обратились снова къ прежнему, почти уже совершенно оставленному методу Daviel'a, и убѣдились что, видоизмѣнивши нѣсколько этотъ сравнительно болѣе простой способъ, можно также получать довольно удовлетворительные результаты; благодаря этому они стали самыми горячими приверженцами его и въ настоящее время даже заявляютъ, какъ напр. Рапас, что и самъ Graefe, если-бы дожилъ до этого антисептическаго періода оперативнаго леченія, навѣрное въ числѣ первыхъ вернулся бы къ способу Daviel'a. Во время бесѣды о методахъ экстракціи Рапасъ высказывался такъ: „чтобы быть безпристрастнымъ, попробуйте 10 операцій произвести съ irid. и 10 безъ нея, и вы убѣдитесь, что лучшіе результаты дастъ extr. безъ iridect“.

Но такое мнѣніе не совсемъ справедливо, судя, по крайней мѣрѣ, по заявленію многихъ окулистовъ. Изъ нашихъ соотечественниковъ можемъ указать, кромѣ нѣкоторыхъ клиницистовъ, на женщину-врача Серебряникову, которая (см. Вѣст. Офт. за 1891 годъ), испытывъ тотъ и другой методъ, предпочитаетъ методъ Graefe лучшимъ. Д-ръ Вагнеръ (см. Вѣст. Офт. за 1892 годъ) также предпочитаетъ извлечение линзы производить съ придектоміей.

Многіе же окулисты производятъ операцію почти одинаково часто какъ съ придектоміей, такъ и безъ нея. Наконецъ, нѣкоторые, оперируя безъ придектоміи, накладываютъ лигатуры на края corneae или conjunctivae'наго лоскута.

Однимъ словомъ, въ методахъ операцій катаракты стала гос-

подствовать дѣйствительно полная анархія, отъ которой мы не можемъ избавиться, вѣроятно, еще очень долго.

Дѣло въ томъ, что и въ классическихъ методахъ какъ Daviel'a, такъ и Graefe имѣются довольно крупные недостатки. Правда, въ типическомъ видѣ они почти не примѣняются теперь, но за то отъ такихъ же недостатковъ далеко не свободны и всевозможны ихъ видоизмѣненія.

Если мы сравнимъ, такъ сказать, современные методы между собой, то мы должны будемъ признать, что они представляютъ собственно смѣшанныя или переходныя формы между классическими методами. Такъ, напр., мы не замѣтимъ въ нихъ строгой разницы въ формѣ разрѣза роговицы, такъ какъ у большинства операторовъ она не представляется ни строго лоскутной, ни линейной. Самый разрѣзъ большинство окулистовъ проводятъ въ верхней периферіи corneae по sclero-corneальной линіи, и слѣд., какъ по положенію, такъ отчасти по формѣ и величинѣ занимаетъ средину между строго лоскутнымъ и линейнымъ разрѣзами. Затѣмъ, если мы примемъ во вниманіе и то, что ножъ Graefe признаетъ наиболѣе удобнымъ при всѣхъ методахъ операціи катаракты, то мы придемъ къ заключенію, что существенная разница въ методахъ заключается только въ томъ, производится-ли операція съ придектومیей, или безъ нея. Но и въ этомъ отношеніи не нужно забывать, что приверженцы экстракціи безъ придектоміи считаютъ необходимымъ все таки прибѣгать къ ней, особенно въ такихъ случаяхъ, какъ напр. при выпаденіяхъ радужной оболочки изъ раны и трудномъ ея управленіи, затѣмъ, при помутненіяхъ задней капсулы; при чемъ эта операція производится ими тотчасъ послѣ экстракціи. Передъ экстракціей же, слѣд. обычнымъ путемъ, она производится при осложненныхъ катарактахъ, чаще всего при заднихъ синехіяхъ радужной оболочки.

Но такъ какъ послѣ операціи, прошедшей безъ всякихъ осложнений, спустя нѣкоторое время все таки наблюдается выпаденіе iridis и довольно часто, то нѣкоторые въ предупрежденіе этого производятъ небольшую периферическую придектомию (Pflüger въ Боннѣ и нѣкоторые американскіе врачи).

Другіе же, какъ напр. проф. K u h n t (въ Königsberg'ѣ) около 30—40% всѣхъ случаевъ производитъ простую экстракцію т. е. безъ придектоміи, при извѣстныхъ-же показаніяхъ считаетъ необходимымъ примѣнять въ 60—70% комбинированную, т. е. съ придектومیей, по очень узенькой.

Точно также проф. F u c h s простую экстракцію считаетъ показанной далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Оба метода примѣняетъ также проф. Czernak въ Прагѣ, при чемъ iris для подрѣзыванія выводитъ изъ раны кружечкомъ.

По мнѣнію же проф. Н а а b'a послѣ простой экстракціи почти всегда приходится производить дисцизію вторичной катаракты.

Нѣкоторые окулисты въ предупрежденіе выпаденія *iridis* и отчасти зараженія раны накладываютъ, какъ упомянуто, лигатуры на края раны (Kalt и Suarez de Mendoza). Во всякомъ случаѣ *prolapsus iridis* и вторичная катаракта довольно крупныя недостатки и ихъ однихъ достаточно, чтобы эту простую экстракцію считать далеко не такой простой и легкой, какъ называютъ ее приверженцы.

Если уже стремиться къ ограниченію поминки *conspicua iridis* и введенія инструментовъ въ переднюю камеру, то въ этомъ отношеніи наиболѣе подходящимъ и простымъ нужно считать методъ Trounseau, который всю операцію экстракціи производитъ при помощи одного только инструмента—пожа Грефе.

Въ экстракціи же катаракты съ иридектomieй неблагоприятными моментами считаютъ частые случаи кровоизліянія въ переднюю камеру, *irido-cyklitis*, затѣмъ, вслѣдствіе неправильной формы зрачка, оптическіе и косметическіе недостатки.

Въ виду этого нѣкоторые окулисты, вмѣсто вырѣзыванія складки радужной оболочки во всю ея вышину, производятъ лишь такъ называемую сфинктеротомію, или же иридектomieю въ возможно малыхъ размѣрахъ.

Другіе, какъ напр. Landolt, въ интересахъ возможно полнаго выведенія кортикальныхъ слоевъ линзы и во избѣжаніе *prolapsus iridis* примѣняетъ широкую иридектomieю, которая обычно рекомендуется при глаукомѣ.

При такомъ разнообразіи способовъ операціи катаракты, а также при различныхъ и подчасъ противорѣчивыхъ мнѣніяхъ о каждомъ изъ нихъ, скоро не можетъ быть рѣшенъ вопросъ, какому изъ методовъ должно быть отдано предпочтеніе. Но, если возможно будетъ доказать, что они не обладаютъ большими преимуществами другъ передъ другомъ, тогда желательно по крайней мѣрѣ выработать показанія къ примѣненію того или другаго изъ нихъ въ извѣстныхъ случаяхъ.

На сколько великъ интересъ къ выясненію этихъ вопросовъ, можно отчасти судить по тому, что проф. К n a r r на нѣсколькихъ международныхъ конгрессахъ дѣлалъ доклады объ операціи катаракты, при чемъ, пропагандируя извлеченіе линзы безъ иридектomieй, онъ тутъ же сообщалъ и полученные имъ результаты отъ этой операціи. Намъ представляется, что для болѣе или менѣе безпристрастнаго рѣшенія указанныхъ выше вопросовъ будетъ удобнѣе всего сопоставлять результаты операціи по различнымъ методамъ на основаніи возможно большаго количества случаевъ. Въ виду этого съ своей стороны мы и предлагаемъ къ имѣющимся

уже свѣдѣніямъ присоединить и тѣ данныя объ операціяхъ катаракты, которыя мы могли получить изъ матеріала Казанской клиники.

Съ 1889 по 1899 годъ въ глазной клиникѣ Казанскаго Университета всѣхъ случаевъ съ поражениемъ хрусталика наблюдалось 2648, изъ которыхъ въ 114 была уже раньше произведена операція катаракты <sup>1)</sup>. Следовательно, за вычетомъ этихъ случаевъ афакіи однихъ катарактальныхъ больныхъ останется 2534, или по отношенію ко всему количеству глазныхъ больныхъ 6,6%. Эту величину для нашего района нужно считать уже постоянной, такъ какъ и въ прежніе года катаракта наблюдалась именно въ 6% всѣхъ случаевъ, какъ можно судить по даннымъ въ „Офтальмологическихъ наблюденіяхъ“ проф. Адамюка.

Въ различныхъ степеняхъ развитія катаракта встрѣчалась на обоихъ глазахъ около 70%, а на одномъ глазѣ около 30% и большею частью (около  $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ) у русскихъ, нѣсколько менѣе  $\frac{1}{3}$  у татаръ, затѣмъ у чувашъ и весьма незначительный % у остальныхъ національностей <sup>2)</sup>. Наибольшее количество больныхъ приходилось на долю лицъ крестьянскаго сословія 66%, и мѣщанскаго 20,2%, остальные (13%) распредѣлялись между

<sup>1)</sup> Здѣсь приведены такіе случаи афакіи, когда оперативная помощь болѣе не могла быть примѣнена: такъ, въ 47 случаяхъ имѣлась афакія на обоихъ глазахъ, а въ 67 случаяхъ при афакіи на одномъ глазѣ въ другомъ имѣлись такія пораженія его, какъ leucoma corne. adh. compr., atrophia corneae, atrophia bulbi и др. Случаевъ же афакіи на одномъ глазѣ и катаракты на другомъ было 140; они будутъ рассмотрѣны въ числѣ катарактальныхъ больныхъ.

| катаракта | муж. | оба | прав. | лѣв. | всего | 2534 |
|-----------|------|-----|-------|------|-------|------|
|           |      | 933 | 255   | 203  | 1391  |      |
|           | жен. | 857 | 137   | 149  | 1143  |      |
| афакія    | муж. | 28  | 25    | 12   | 55    | 114  |
|           | жен. | 19  | 22    | 8    | 49    |      |
|           |      |     |       |      |       | 2648 |

<sup>2)</sup> Русскихъ (1097 м., 886 ж.) всего 7983, татаръ (337 м., 279 ж.) всего 610, евреевъ 12, поляковъ 8, французовъ 2, нѣмцевъ 13, армянинъ (1) и турокъ 1.



лицами духовнаго званія, военными, чиновниками, дворянами, купцами и т. д. <sup>1)</sup>.

Помутнёныя линзы у всѣхъ этихъ больныхъ представлялись различнаго происхожденія и характера.

Такъ, подъ вліяніемъ воспаленія глаза, преимущественно радужной оболочки, слѣд. отъ мѣстныхъ причинъ, катаракта наблюдалась у 48 лицъ, причемъ въ половинѣ случаевъ она была на правомъ глазѣ и только въ 5 случаевъ на лѣвомъ, остальные же 19 случаевъ на обоихъ глазахъ. Замѣчательно, что такая воспалительная катаракта встрѣчалась больше всего у мужчинъ.

Сравнительно больше случаевъ катаракты было и подъ вліяніемъ ушиба, именно у 85 лицъ, при чемъ  $\frac{2}{3}$  изъ нихъ наблюдался на правомъ (53) и только  $\frac{1}{3}$  на лѣвомъ глазѣ, на обоихъ же всего въ 7 случаяхъ; по и этой формой опять-таки страдали больше всего мужчины. Къ мѣстнымъ же причинамъ нужно отнести и глаукоматозное страданіе глазъ, при которомъ катаракта наблюдалась чаще, чѣмъ при предыдущихъ формахъ, т. е. у 156 лицъ, но это состояніе больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ было на обоихъ глазахъ (см. таб. на стр. 131).

Въ количествѣ случаевъ глаукоматозной катаракты у мужчинъ и у женщинъ нѣтъ существенной разницы, но есть нѣкоторое различіе между правымъ и лѣвымъ глазомъ, что впрочемъ скорѣе всего можетъ зависѣть отъ особенностей въ развитіи катаракты, чѣмъ отъ глаукомы, на сколько мы можемъ судить по крайней мѣрѣ по полученнымъ нами раньше даннымъ о глаукомѣ за 10 лѣтъ (см. въ В. О. въ 1896 г., кн. I).

Совершенно иное отношеніе мы встрѣчаемъ въ случаяхъ катаракты, развившейся подъ вліяніемъ травмы. Здѣсь количество случаевъ у мужчинъ въ  $6\frac{1}{2}$  разъ больше, чѣмъ у женщинъ, и затѣмъ на правомъ глазѣ катаракта вдвое чаще, чѣмъ на лѣвомъ. Надо думать, что въ условіяхъ жизни больше моментовъ къ травмамъ глазъ и хрусталика у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, каковы, напр., рубка дровъ, ушибы головы и глазъ при переноскѣ тяжестей, за-

<sup>1)</sup> Распределеніе всѣхъ больныхъ съ пораженіемъ хрусталика (2648) по званіямъ.

|         | крест. | мѣщ.  | духов. | воен. | чинов. | дворянъ | купцовъ | учащихъ и учащіяся | лица мед. зван. | казак. | изъ богат. |
|---------|--------|-------|--------|-------|--------|---------|---------|--------------------|-----------------|--------|------------|
| ко-лич. | 1753   | 534   | 96     | 96    | 67     | 41      | 19      | 12                 | 16              | 7      | 7          |
| %       | 66,2%  | 20,2% | 3,6%   | 3,6%  | 0      | 0       | 0       | 6,5%               |                 |        |            |

дѣваніе глазъ кривотомъ, напр., у извошниковъ и т. п.; затѣмъ, правая сторона туловища и особенно лица выставляется сравнительно чаще и правая рука находится въ большемъ движеніи, чѣмъ лѣвая.

Подобная же разница хотя и слабѣе замѣтна и въ количествѣ случаевъ воспалительной катаракты, но тутъ нельзя судить о вліяніи воспаленія на тотъ или другой глазъ, главнымъ образомъ, потому, что воспалительныя явленія въ глазу могли сами быть результатомъ травмы, да что въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются указанія и въ анамнестическихъ данныхъ.

Затѣмъ, въ довольно большомъ количествѣ случаевъ встрѣчалась особенно въ дѣтскомъ и юпошескомъ возрастѣ такъ называемая при рожденная катаракта.

Всѣхъ такихъ случаевъ было 116, при чемъ помутнѣніе большею частью было выражено почти въ одинаковой степени въ обоихъ глазахъ, и лишь въ 19 оно болѣе выступало въ правомъ, а въ 4 въ лѣвомъ глазѣ.

Сюда же слѣдуетъ отнести 12 случаевъ слоистой катаракты, наблюдавшейся на оболчкѣ глазахъ, но 5 сл. у мужчинъ и женщинъ, въ остальныхъ же двухъ поясокъ помутнѣніи выступали довольно рѣзко только на лѣвомъ глазѣ, тогда какъ правый представлялся почти совершенно прозрачнымъ.

Затѣмъ, на обоихъ же глазахъ преимущественно у лицъ мужскаго пола была *cataracta polaris anter.* въ 10 сл. и у женщины въ 1 сл. На одномъ же глазѣ безъ особеннаго различія въ количествѣ у мужчинъ и женщинъ въ 22 случаяхъ (у лицъ различнаго возраста).

|                             | Воспал.  |      |     | травм. |      |     | главко-мат. |      |     | прирожденная. |      |        |      |         |      | luxata. |      |     | с. secund. |      |     | и др. | всего |   |      |     |     |
|-----------------------------|----------|------|-----|--------|------|-----|-------------|------|-----|---------------|------|--------|------|---------|------|---------|------|-----|------------|------|-----|-------|-------|---|------|-----|-----|
|                             | прав.    | лѣв. | оба | прав.  | лѣв. | оба | прав.       | лѣв. | оба | сплошн.       |      | zonul. |      | polaris |      | прав.   | лѣв. | оба | прав.      | лѣв. | оба |       |       |   |      |     |     |
|                             |          |      |     |        |      |     |             |      |     | прав.         | лѣв. | прав.  | лѣв. | прав.   | лѣв. |         |      |     |            |      |     |       |       |   |      |     |     |
| Мужчинъ .                   | 15       | 3    | 11  | 46     | 23   | 3   | 25          | 9    | 53  | 5             | 3    | 60     | —    | 1       | 5    | 8       | 7    | 10  | 3          | 1    | 3   | 7     | 2     | 1 |      |     |     |
| Женщинъ .                   | 9        | 2    | 8   | 7      | 2    | 4   | 27          | 11   | 31  | 14            | 1    | 33     | —    | 1       | 5    | 6       | 1    | 1   | —          | 1    | —   | 2     | 2     | 1 |      |     |     |
|                             | 43       |      |     | 85     |      |     | 156         |      |     | 116           |      |        | 12   |         |      | 33      |      |     | 8          |      |     | 15    |       |   | 3    | 4   | 480 |
| % ко всему кол. катар. 2534 | около 2% |      |     | 3,4%   |      |     | 6%          |      |     |               |      |        | 6,4% |         |      |         |      |     | 0,35       |      |     | 0,6   |       |   | 0,28 | 19% |     |

*Cataracta luxata* (8 сл.) и только въ одномъ лѣвомъ глазѣ; у женщины наблюдался 1 случай, остальные все у мужчинъ, при чемъ 3 было на обоихъ глазахъ.

Чтобы закончить описаніе различныхъ формъ катаракты, наблюдавшихся за это время въ клиникѣ, нужно сказать еще о 3 сл. *cataracta nigra*, 3 сл. *argyrosilicida*, известковая 4 сл. и *cataracta secundaria* 15 сл.

Все приведенные выше случаи воспалительной травматической и глаукоматозной катаракты, заглѣтъ *catar. luxata*, *secundaria nigra* и прирожденной съ присоединеніемъ перечисленныхъ выше формъ ея, получимъ въ общемъ по отношенію ко всему количеству случаевъ катаракты менѣе 20%.

Остальные же 80% будутъ составлять случаи выраженного въ большей или меньшей степени, такъ сказать, сплошнаго помутнѣнія вещества линзы. Изъ нихъ только въ 5 случаяхъ можно указать, что такое помутнѣніе образовалось подѣ влияніемъ общаго страданія организма: въ двухъ катаракта стала обнаруживаться послѣ тифа, въ двухъ при *diabetus* и въ одномъ при *albuminuria*; во всехъ же остальныхъ случаяхъ нельзя было найти никакихъ данныхъ для выясненія причины этой болѣзни.

Въ этомъ отношеніи не далъ намъ опредѣленныхъ указаній и возрастъ больныхъ, что впрочемъ и слѣдовало ожидать, такъ какъ въ настоящее время можно считать вполне уже признаннымъ, что нѣтъ прямой зависимости появленія катаракты отъ возраста.

По мнѣнію проф. Schoen'a болѣе всего предрасполагаетъ къ образованію катаракты гиперметропическая и астигматическая рефракція глаза. Въ подтвержденіе этого онъ приводитъ результаты своихъ изслѣдованій надъ 1200 катарактальными больными, у которыхъ онъ находилъ такую аномалію рефракціи въ 71% случ. Но взглядъ этотъ врядъ-ли можетъ считаться правильнымъ или, по крайней мѣрѣ, примѣнимымъ всюду.

По крайней мѣрѣ у насъ, если и преобладаетъ дѣйствительно И-ческая рефракція, за то катаракта почти въ  $\frac{3}{4}$  всехъ случаевъ (изъ 2534 въ 1753) наблюдается среди крестьянъ, у которыхъ по роду ихъ дѣятельности, какъ бы ни была слаба ихъ рефракція, нѣтъ необходимости въ усиленныхъ аккомодативныхъ напряженіяхъ. Можно было бы скорѣе предположить, что какъ образованіе катаракты, такъ и самая аномалія рефракціи зависятъ отъ одной и той же причины, именно, отъ неправильнаго или недостаточнаго развитія глаза. Во всякомъ случаѣ и при такихъ сравнительно однообразныхъ условіяхъ жизни, какъ у нашихъ крестьянъ весьма трудно прослѣдить тѣ причины, которыя вызываютъ или по крайней мѣрѣ способствуютъ помутнѣнію линзы.

Въ глазахъ, пораженныхъ катарактой, наблюдались различныя страданія *corneae*—сравнительно чаще *leucoma*, затѣмъ болѣзди сосудистой и сѣтчатой оболочекъ и особенно часто—соединительной оболочки, какъ-то трахома въ различныхъ періодахъ развитія, гнойныя и простые катарры и, наконецъ, пораженія слезныхъ путей.

Въ случаяхъ катаракты на одномъ глазѣ, на другомъ была афакія въ 140 сл., главкома (38); затѣмъ также измѣненія въ *corneae*, въ видѣ *leucoma simpl.*, *adhaer.*, *staphyloma* и *atrophia*, всего въ количествѣ 105 сл.; далѣе—сосудистой оболочки: *atrophia chor.*, *occlusio pup.* всего 46 сл., сѣтчатки (*R. pigm.* 3) и *atrophia* всего глазного яблока (16 сл.). Зрѣніе при всѣхъ этихъ пораженіяхъ, за исключеніемъ афакіи и 2 сл. *Ret. pigm.*, совершенно отсутствовало.

| афакія | главк. | <i>leucoma simpl.</i> | <i>adhaer.</i> | <i>staphyl.</i> | <i>atroph. corn.</i> | <i>atroph. chor.</i> | <i>occlus. pup.</i> | <i>Retin. pigm.</i> | <i>atr. bulbi</i> |
|--------|--------|-----------------------|----------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| 140    | 38     | 77                    |                | 3               | 25                   | 6                    | 40                  | 3                   | 16                |

Что касается леченія катаракты, т. е. операціи ея, то она предлагалась преимущественно въ случаяхъ полной ея зрѣлости, т. е. когда больные не могли обходиться безъ посторонней помощи и у нихъ оставалось зрѣніе въ количествѣ всего нѣсколькихъ двухсотыхъ или даже имѣлось лишь свѣтоощущеніе.

Такого рода больныхъ было 1350 человекъ, т. е. болѣе половины всего количества катарактальныхъ, и изъ нихъ у 1044 наблюдалась такая почти вполне созрѣвшая катаракта на обоихъ глазахъ и только у 306 на одномъ, тогда какъ другой глазъ былъ въ зрѣнію совершенно не способенъ, влѣдствіе имѣвшихся въ немъ указанныхъ выше измѣненій.

Но и изъ этого количества, въ виду крайняго недостатка помѣщенія, могли быть приняты въ клинику всего 819 ч. (419 м. и 400 ж.), которымъ было произведено 1139 операцій.

Въ глазной клиникѣ отдѣльной операціонной комнаты не имѣется и въ операціи на глазномъ яблокѣ, не требующія общей наркотизаціи больного, производится въ палатахъ на кровати. Предварительно какъ помѣщеніе (т. е. полъ, подоконники и двери), такъ и кровати больныхъ моются при помощи горячей воды съ мыломъ и съ примѣсью карболовой кислоты или суслемы. Больные, принятые въ клинику, моются сначала, какъ это дѣлается всюду, въ ваннѣ, а затѣмъ уже въ чистомъ клиническомъ бѣльѣ вводятся въ палату; въ день операціи они вторично принимаютъ ванну.

Приготовленія къ операціямъ большихъ, оператора и его помощниковъ, далѣе инструментовъ и перевязочнаго матеріала, заключаются въ слѣдующемъ: приблизительно часа за два до операціи conjunctivalный мѣшокъ и глазное яблоко у больного промываются дезинфицирующей жидкостью при помощи гуттаперчевого баллона <sup>1)</sup>; части же, окружающія глазъ, т. е. кожа вѣкъ и лица вымываются нѣсколько разъ при помощи зеленого мыла и также дезинфицирующей жидкости, при чемъ особенное вниманіе обращается на рѣсницы и края вѣкъ. Затѣмъ, для уменьшенія раздраженія глазъ тутъ же вкапывается въ conjunctivalный мѣшокъ растворъ *sosain'a*, который примѣняется потомъ еще два или три передъ операціей приблизительно черезъ каждые пять минутъ. Далѣе уже на вѣки накладываются комки смоченной (асептической) ваты и этимъ заканчиваются приготовленія операціоннаго поля.

Все инструменты, требующіеся къ операціи (за исключеніемъ роговыхъ ложекъ и пластинокъ), кипятятся въ растворѣ соды, а затѣмъ перекладываются въ эмалированный тазикъ (съ крышкой), въ который налить 95% растворъ спирта. Отсюда передъ самой операціей они снова перемищаются въ чистый (асептич.) стаканъ съ растворомъ *lysolia* съ *solvoformem*.

Перевязочный же матеріалъ, т. е. вата и бинты подвергаются дѣйствию высокой температуры до 100° въ продолженіи 1 или 1½ часа.

Лекарственныя вещества, т. е. *sosain*, *atropin* и др., растворяются передъ операціей въ свѣже-прокипяченной дистиллированной водѣ.

Операторъ и помощники въ день операціи принимаютъ обыкновенно ванну, а передъ самой операціей моютъ тщательно руки и особенно пространство подъ ногтями теплой водой съ помощью мыла и щетки; затѣмъ, обсушивши руки асептическими полотенцами, надѣваютъ бѣлые асептическіе халаты.

Такіе же халаты надѣваютъ служитель и сидѣлки въ палатахъ.

Операціи производятся всегда въ присутствіи студентовъ обыкновенно въ воскресенье, такъ какъ въ этотъ день они свободны отъ занятій и могутъ, кромѣ того, придти въ возможно чистыхъ костюмахъ. Операція извлеченія линзы, когда имѣется катаракта на обоихъ глазахъ, производится большею частью сначала на правомъ глазѣ и всегда самымъ профессоромъ; если же, по заживле-

<sup>1)</sup> Для промыванія операціоннаго поля и для перевязочныхъ качествъ дезинфицирующей жидкости применялись раньше 2% растворъ *natri benzoeici*, 1:6000 растворъ треххлористаго іода, 1:5000 сулемы; въ настоящее же время пользуются для этой цѣли растворомъ двухлористой ртути 1:2000.

ни этого глаза, больной пожелает оперироваться и на другомъ, то эта операція предоставляется обыкновенно ординатору, а затѣмъ и студентамъ, послѣ того какъ они приобрѣтутъ нѣкоторый навыкъ послѣ достаточнаго количества упражненій на глазахъ животныхъ.

По окончаніи операціи глазъ атрофинизируется, рава присыпается йодоформомъ и затѣмъ на оба глаза накладывается антисептическая повязка.

Такимъ образомъ здѣсь приходится придерживаться, на сколько возможно въ глазной хирургіи, антисептическаго метода; примѣненіе же асептики въ строгомъ смыслѣ почти невозможно, какъ въ виду крайней загрязненности самой клиники, такъ и главнымъ образомъ въ виду того, что у большинства катаракталныхъ больныхъ имѣются хроническія катарры слезныхъ путей, соединительной оболочки и особенно трахома.

Послѣ операціи больные остаются въ лежачемъ положеніи около сутокъ; первая повязка смѣняется черезъ двое сутокъ, если въ глазѣ нѣтъ никакихъ явленій раздраженія или болей, а затѣмъ уже ежедневно. При правильномъ заживленіи раны на 7 сутки повязка снимается и на глаза надѣваются темныя консервы Graefe кромѣ того для защиты оперированнаго глаза отъ избытка свѣта (бокового), онъ прикрывается сверху (асептической) бѣлой плотной косыпкой, которая имѣетъ то преимущество передъ зонтами, что она обходится дешевле и при надобности легко дезинфицируется.

Межѣ строгій послѣопераціонный режимъ соблюдается послѣ дисцизіи и придектоміи, которыя также примѣняются при катарактѣ.

Дисцизія катаракты производилась обыкновенно у молодыхъ лицъ не свыше 25—30 лѣтъ, при чемъ у нѣкоторыхъ, если зрачекъ закрывался остатками, ее приходилось повторять черезъ 3—4 недѣли по два и даже по три раза.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда остатки долго не всасывались и они были довольно плотные, такъ что нельзя было рассчитывать на правильное и скорое ихъ рассасываніе, тогда они удалялись черезъ небольшой разрѣзъ въ склею, произведенный треугольнымъ ножомъ. Послѣ этой операціи, во избѣжаніе сильнаго раздраженія набухшими массами лнзы и воспаленія радужной оболочки и цилиарнаго тѣла, глазъ сильно атрофинизируется и накладывается также бинокулярная повязка.

За все указанное время дисцизія была произведена на 66 глазахъ.

Iridectomy применялась при *cataracta zonularis* и затѣмъ *s. polaris*, при чемъ эта операція производилась большею частью внутри и внизу, такъ что черезъ прозрачныя периферическія части линзы больные могли въ достаточной степени пользоваться своимъ зрѣніемъ. Всѣхъ такихъ операцій произведено 15.

Далѣе придектомія была произведена еще въ тѣхъ случаяхъ, когда кромѣ катаракты имѣлась еще глаукома на одномъ глазѣ или когда катаракта имѣлась на одномъ, безъ всякихъ слѣдствій въ немъ глаукомы, на другомъ же глазѣ этотъ процессъ былъ выраженъ довольно рѣзко и въ немъ имѣлось еще зрѣніе. Вотъ въ такихъ случаяхъ придектомія была произведена одновременно на обоихъ глазахъ у 11 лицъ и 10 на одномъ (5 прав. и 5 лѣв.), слѣд. на 32 глазахъ.

Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда у больного былъ одинъ только глазъ способный къ зрѣнію, и онъ былъ пораженъ катарактой, то всегда на этомъ глазѣ операція извлечения катаракты производилась въ два приема, т. е. сначала такъ называемая предварительная придектомія по Mooren'у, а затѣмъ уже, *minimum* черезъ 2—3 недѣли, извлекалась линза. Эти операціи переносились очень хорошо; незначительное же раздраженіе въ глазѣ и даже *iritis*, которая наблюдалась особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда зрѣніе и въ другомъ глазѣ вълѣдствіе воспаленія было потеряно, все таки скоро уступало леченію и оканчивалось благополучно. Такихъ операцій произведено въ 75 случ.—31 пр. и 44 лѣв.

Если же присутствіе незрячаго глаза могло вредно повліять на заживленіе раны или на зрѣніе другого катарактальнаго глаза, какъ напр. при *atrophia bulbi dolorosa*, *glaucoma absol.* и т. д., то такой глазъ предварительно удалялся помощью энуклеаціи, а затѣмъ уже операція катаракты на другомъ глазѣ производилась опять-таки въ два приема. Случаевъ энуклеаціи одного глаза передъ экстракціей катаракты на другомъ было всего три. Не смотря на то, что каждый такой больной подвергался операціи три раза, т. е. энуклеаціи одного глаза, затѣмъ предварительной придектоміи и экстракціи катаракты на другомъ, всѣ операціи протекали вполне благоприятно и послѣ извлечения линзы получалось достаточное зрѣніе.

За исключеніемъ приведенныхъ случаевъ у всѣхъ остальныхъ катарактальныхъ больныхъ было произведено извлеченіе линзы по комбинированному методу Graefe, т. е. съ придектоміей, при чемъ разрѣзъ роговицы проводился обыкновенно въ верхней ея периферіи. Только въ 5 случаяхъ разрѣзъ былъ сдѣланъ внизу, такъ какъ въ 3 случаяхъ больные сильно закатывали глаза вверхъ и фиксационнымъ индикаторомъ нельзя было установить ихъ правильно, а въ двухъ—имѣлась обширная *leucoma coeque* и оставался прозрачнымъ только небольшой участокъ роговицы какъ разъ въ верх-

немъ ся отдѣлѣ. Послѣ извлеченія катаракты удалялись остатки кортикальныхъ слоевъ линзы легкимъ давленіемъ на роговицу черезъ нижнее вѣко. Затѣмъ узенькимъ шпательемъ вправлялась игла, глазъ атропизировался и затѣмъ накладывалась повязка на оба глаза. Многіе окулисты, изъ опасенія инфицировать рану роговицы, избѣгаютъ очищать переднюю камеру тутъ же послѣ экстракціи. Опытъ же показываетъ, что если рѣспицы и край вѣкъ промывать возможно тщательно, то опасность зараженія раны въ значительной степени уменьшается, а между тѣмъ при такомъ выведеніи остатковъ удается получить столь чистый зрачокъ, что сравнительно рѣдко приходится производить вторичную дисцизию.

Всѣхъ экстракцій произведено 951 у 761 человѣка, при чемъ въ 190 случаяхъ операція произведена на обоихъ глазахъ.

Какъ во время операціи, такъ и при заживленіи раны наблюдались вѣкоторыя осложненія. 1) Прежде всего многіе указываютъ на частые случаи кровоизліянія въ переднюю камеру. Правда, методъ Graefe въ противоположность простому методу экстракціи, долженъ быть названъ кровавымъ, но обычно крови появляется очень незначительно, въ количествѣ нѣсколькихъ капель, и вскорѣ прекращается. Сравнительно больше выступаетъ крови въ случаяхъ застой внутри глаза, особенно при глаукомѣ. Однако и при такомъ состояніи не наблюдалось ни одного случая, чтобы присутствіе крови въ передней камерѣ служило препятствіемъ къ проведенію операціи *lege artis*; болынею частью въ глаукоматозныхъ глазахъ послѣ операціи остается въ передней камерѣ нѣсколько капель крови, но она впоследствии постепенно рассасывается. Случаевъ же послѣдовательнаго кровотеченія черезъ 3 часа послѣ операціи наблюдалось два, изъ нихъ въ одномъ глаукоматозномъ глазѣ послѣ придектоміи, произведенной на обоихъ глазахъ, при чемъ на другомъ пѣлась катаракта при нормальной тензіи, и въ другомъ случаѣ—послѣ экстракціи съ потерей стекловиднаго тѣла, при чемъ больной какъ во время операціи, такъ и послѣ нея былъ крайне пенокоенъ, постоянно возился и въ первый же день 2 раза сбилъ у себя повязку.

Въ этихъ двухъ случаяхъ зрѣніе вслѣдствіе кровоизліянія было потеряно. Всего же случаевъ кровоизліянія отмѣчено 6.

2) Затѣмъ первоначальный размѣръ раны въ роговицѣ оказывался недостаточнымъ для выведенія плотной и довольно большой линзы, почему рану приходилось увеличивать; это было произведено въ 22 случаяхъ.

3) Стекловидное тѣло появлялось до выведенія линзы, почему послѣднюю приходилось удалять при помощи ложечки или пегли—въ 31 случ.



4) Стекловидное тѣло появлялось вслѣдъ за катарактой въ 47 случаяхъ: изъ нихъ въ 4, вслѣдствіе сильного давленія на глазъ, произведеннаго большимъ вѣями, вытекло его довольно большое количество. Заживленіе раны въ этихъ случаяхъ шло медленнѣе, но на зрѣніе не оказало замѣтнаго вліянія. Неправильности въ ходѣ заживленія раны наблюдались слѣдующія.

1) Заживленіе съ раздраженіемъ, почему дольше пришлось продержать глазъ подъ повязкой (отъ 10 дней до 2½ недѣль)—въ 52 случ. Такое раздраженіе чаще всего встрѣчалось въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ были осложненія во время операциі и у песнокопныхъ больныхъ.

2) Воспаленіе радужной оболочки—въ 50 случаяхъ; обыкновенно оно легко поддавалось леченію, но поддерживалось въ 36 сл. заворотомъ вѣкъ, большую часть пиявко, и лишь послѣ операциі по Stellwag'у быстро уступило леченію и зрѣніе сохранилось.

3) Въ 5 же случаяхъ наступило *occlusio pup.*

Здѣсь нужно отмѣтить тотъ фактъ, что, если послѣ операциі на одномъ глазѣ наблюдался явленія раздраженія или воспаленія *iridis*, то то же самое повторялось потомъ и на другомъ глазѣ, если опъ тоже подвергнется операциі. Но воспаленіе выступало на другомъ глазѣ значительно слабѣе или совершенно даже не обнаруживалось, когда операциа катаракты на немъ производилась въ два приема, т. е. сначала предуготовительная придектomia и затѣмъ, спустя 2—3 недѣли, экстракція.

3) Пагноеніе *corneae* наблюдалось въ 16 случаяхъ, изъ которыхъ въ 2 ограничилось частичнымъ пораженіемъ и до вѣкоторой степени сохранилось зрѣніе ( $\frac{10}{60}$  и  $\frac{12}{60}$ ); въ 14 же—пагноеніе перешло на всю роговицу и закончилось рубцомъ.

4) Пагноеніе всѣхъ оболочекъ глаза (*panophthalmitis*) было въ 10 случаяхъ.

5) Выпаденіе радужной оболочки было въ 18 случаяхъ, при чемъ въ 3 оно было едва замѣтное и подл вліяніемъ мнотическихкихъ средствъ и бинтованія оно вправилось почти совершенно, но въ 15-ти выпячивающуюся изъ раны часть *iridis* пришлось срѣзать и края раны прижечь ляписомъ. Послѣ нѣсколькихъ дней бинтованія на мѣстѣ бугристости получилась гладкая и ровная поверхность.

6) Остатки периферическихкихъ слоевъ катаракты и частью помутнѣвшей капсулы наблюдались въ зрачкѣ у 53 лицъ, при чемъ въ 20 случаяхъ они закрывали зрачекъ почти совершенно, такъ что пришлось примѣнить дисцизію такъ наз. вторичной катаракты; въ остальныхъ же остатки были незначительны и мало препятствовали зрѣнію.

7) Расхождение краевъ рапы было въ шести случаяхъ; здѣсь полное заживленіе раны получилось лишь послѣ продолжительнаго бинтованія глазъ.

8) Накопецъ, подъ вѣяніемъ бинтованія въ 12 случаяхъ хроническое катаральное состояніе conjunctivae обострилось, такъ что пришлось примѣнять arg. nitr.

Въ двухъ случаяхъ послѣдовава смерть отъ апоплексіи и легочнаго кровотеченія.

Зрѣніе у больныхъ послѣ операціи обыкновенно изслѣдуется передъ тѣмъ, какъ выписывать ихъ изъ клиники, слѣдовательно при правильномъ теченіи послѣоперационнаго періода къ концу второй недѣли.

Изслѣдованіе этихъ случаевъ дало слѣдующіе результаты. Потери зрѣнія вследствие нагноенія въ 24 сл., т. е. 2,52%; тоже вследствие воспаленія сосудистой оболочки въ 5 сл.; свѣтоощущеніе при правильномъ заживленіи безъ явленій воспаленія въ 5 сл.; зрѣніе отъ  $\frac{2}{cc}$  до  $\frac{20}{cc}$  ( $< \frac{10}{cc}$ —48 сл. и отъ  $\frac{10}{cc}$  до  $\frac{20}{cc}$ —50) въ 98, т. е. 10,3%; зрѣніе отъ  $\frac{20}{cc}$  до  $\frac{20}{xx}$  въ 819 сл., т. е. 86,2%.

Въ 1139 случаяхъ примѣнялись слѣдующія операціи:

|                      | Ирискт. при<br>catarac. c.<br>glanc. | Ирискт. при<br>cataracta po-<br>laris, zonul. | Dissectio у<br>молод.<br>субъект. | Предварит.<br>прискт. | Извлеченіе<br>катарактѣ |
|----------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| На прав. глаз.       | 5                                    | 2   | 18                                | 31                    | 395                     |
| На лѣв. глаз.        | 5                                    | 3   | 6                                 | 44                    | 176                     |
| На обихъ<br>глазахъ. | 11<br>(22 опер.)                     | 5<br>(10 опер.)                               | 21<br>(42 опер.)                  | —                     | 190<br>(380 опер.)      |
| В с е г о            | 32                                   | 15  | 65                                | 75                    | 951                     |

1139

Осложненія во время и послѣ операціи:

| Увелич. раз-<br>мѣр. раны | Выпад.<br>стекл. тѣла. | Удаленіе<br>ложек. челл. | Заживл. съ<br>раздраж. | Съ iritis | Заросш. зр.<br>эксуд. | Впаденіе<br>рад. об. | Кровоиз. въ<br>пер. кад. | Запарат.<br>въск. | Обст. ка-<br>тар. съед. об. | Остат. керн.<br>сл. въ зрач. | Наги. согн. | Ретроф. |
|---------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------|-----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|---------|
| 22                        | 78                     | 31                       | 52                     | 50        | <sup>1)</sup> 10      | 15                   | 6                        | 36                | 12                          | 53                           | 14          | 10      |
| 2,3%                      | 8%                     | 3,2%                     | 5,5%                   | 5,3%      |                       |                      |                          |                   |                             | 5,5%                         |             | 2,52%   |

<sup>1)</sup> Въ 4 случаяхъ сохранилось нѣкоторое зрѣніе, а въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлось очень слабое свѣтоощущеніе, послѣ присктѣтомъ книзу зрѣніе постепенно

## Вторичныя операціи:

| Дисцип. вт кат. | Опер. завор. вѣкъ. | Срѣзываніе prolaps. irid. |      |
|-----------------|--------------------|---------------------------|------|
| 26              | 36                 | 15                        | 71   |
|                 |                    |                           | 2,6% |

## V I S U S.

| $\frac{1}{\infty} - \frac{1}{\infty}$ | $\frac{10}{\infty}$ | $\frac{10}{\infty} - \frac{20}{\infty}$ | $\frac{20}{\infty} - \frac{20}{xx}$ |
|---------------------------------------|---------------------|---|-------------------------------------|
| 34                                    | 48                  | 50                                      | 810                                 |
| 3,58%                                 | 10,3%               |   | 86,1%                               |

## Причины отсутствія зрѣнія въ 34 случаяхъ.\*

| Нагноен. | Кровоизл. при глав. | Зароц. зр. | Арт. зр. и. | Певоз. зр. | Центроз. ст. с. |
|----------|---------------------|------------|-------------|------------|-----------------|
| 24       | 2                   | 5          | 1           | 1          | 1               |

Потеря зрѣнія вслѣдствіе нагноенія corneae и ranoophth. мѣнѣ всего можно поставить въ зависимость отъ примѣняемаго у насъ метода, такъ какъ извѣстно, что при этомъ методѣ края раны прилегаютъ плотно, тѣмъ при доскутномъ, слѣд. болѣе предохраняютъ отъ зараженія. Если-же при этомъ даже и возможно тщательное промываніе conjunctiv'альнаго мѣшка и очищеніе краевъ вѣкъ передъ операціей и антисептическая повязка оказываются недостаточными, то въ этомъ виной уже является качество самого оперативнаго матеріала. Въ виду значительнаго количества случаевъ трахомы и хроническаго conjunctivit'a невозможно выбирать одни только чистые случаи катаракты.

Операціи приходилось откладывать лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣлось болѣе или менѣе значительное отдѣленіе conjunct.

Примѣнять въ такихъ случаяхъ открытое леченіе, рекомендуемое въ послѣднее время съ нѣкоторою настойчивостью, и под-

стало повышаться и дошло до нормы ( $\frac{20}{xx}$ ). Въ остальныхъ 5 сл. зрѣніе вслѣдствіе закрытія зрачка имѣлось менѣ  $\frac{1}{\infty}$ .

\* Примѣчаніе: За исключеніемъ трехъ слѣдующихъ случаевъ общее количество потери зрѣнія послѣ операціи наблюдалось въ 31 сл., слѣд. въ 3,25%.

вергать оперированный органъ всякимъ случайностямъ, и вмѣсто необходимаго покоя, оставлять его въ движеніи, еще менѣе удобно для нашихъ центеллигерстныхъ и непокойныхъ большихъ. Для нихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказывалось даже необходимымъ примѣненіе сѣтки Fuchs'a сверхъ наложенной на глазъ повязки.

Лишь покойному положенію больныхъ (лежаніе въ продолженіи 16—20 час. на спинѣ) и слегка давишей повязкѣ, накладываемой на оба глаза, можемъ приписать большую рѣдкость случаевъ выпаденія радужной оболочки, чѣмъ у другихъ оперируемыхъ по тому же методу.

При операціи же безъ *iridect.* выпаденіе радужной оболочки наблюдалось въ значительно большемъ количествѣ случаевъ, именно отъ 5% и до 12% (Panas, Galezowski, Knapp и Schweigger). Даже при методѣ Kalt'a, съ наложениемъ лигатуры на край *corneae*, выпаденіе наблюдается въ 4%.

Воспаленіе радужной оболочки и послѣдующее къ счастью въ небольшомъ числѣ случаевъ зарощеніе зрачка наблюдаются при экстракціи съ *iridect.* въ общемъ не часто.

Но выпаденіе стекловиднаго т. въ большемъ или меньшемъ количествѣ повидимому рѣже встрѣчается при *extr.* съ *irid.* (въ числѣ нашихъ случаевъ приведены и такіе, когда дѣйствительно выпаденіе стекловиднаго т. не было, но оно показывалось въ краяхъ или при операціи, или тотчасъ послѣ удаленія катаракты, такъ что остатки картнальныхъ слоевъ линзы не могли быть удалены изъ опасенія потери стекловиднаго т.).

Не смотря на это, количество случаевъ вторичной катаракты, когда представлялось необходимымъ примѣненіе *discisio*, какъ второй операціи, въ нашихъ случаяхъ было значительно меньше, именно около 2 съ небольшимъ процентовъ, тогда какъ послѣ *extractio* безъ *iridect.*, *discisio* приходилось производить отъ 6% (Panas), 19,1 (Schweigger), 30 (Galezowski), 50 и болѣе (Knapp).

Конечный результатъ послѣ извлеченія линзы съ *irid.* и безъ нея не представляетъ существенной разницы, и неблагоприятныя исходы колеблются между 2,4 (Knapp), 3,8 (Schweigger) безъ *iridect.* и 5,1 (Schweigger) послѣ *irid.*; у насъ общее число неблагоприятнаго исхода т. е. потерь зрѣнія достигаетъ 3,25%.

Возстановленіе путемъ операціи зрѣніе въ 95—97% не представляетъ большой разницы въ острогѣ въ зависимости отъ метода, не смотря даже на то, что приведенные нами результаты слѣдуетъ считать минимальными, такъ какъ изслѣдованіе зрѣнія въ нашей клиникѣ производится въ концѣ 2-й недѣли послѣ операціи, т. е. передъ тѣмъ, какъ выпишется больной. Въ это время, какъ извѣстно, острога зрѣнія подъ влияніемъ временнаго астигматизма, остатковъ кортикальныхъ слоевъ линзы и т. д., оказываеся

еще сравнительно слабой. По прошествіи же 1—2 мѣсяцевъ острота зрѣнія, какъ приходилось убѣждаться у некоторыхъ нашихъ больныхъ, отъ  $\frac{15-20}{\text{кс}}$  т. е. 0,08—0,1 доходила до  $\frac{20}{\text{л}}$  и даже  $\frac{20}{\text{xxx}}$ ; т. е. 0,4—0,75.

Проф. Schweigger, при первомъ изслѣдованіи зрѣнія, произведенномъ по прошествіи 2—4 недѣль, получалъ  $V = \frac{1}{4}$ ; у тѣхъ же больныхъ по прошествіи 2—3 мѣс. и позже зрѣніе  $= \frac{1}{2}$  — т. е. полное.

Такимъ образомъ при почти одинаковыхъ достоинствахъ и недостаткахъ въ методахъ операціи съ iridect. и безъ нея нѣкоторое преимущество въ способѣ извлеченія съ придектоміей, намъ представляется, состоятъ въ томъ, что послѣ него не приходится такъ часто примѣнять вторичную операцію, какъ при извлеченіи безъ iridect. При этомъ послѣднемъ способѣ весьма часто наблюдаются случаи вторичной катаракты и выпаденія радужной оболочки, т. е. осложненія, требующія неизбежнаго и довольно часто повторнаго оперативнаго вмѣшательства.

Надо имѣть въ виду, кромѣ того, что экстракцію безъ придектоміи нельзя примѣнять во всѣхъ случаяхъ катаракты. Такъ и сами приверженцы этого способа указываютъ на то, что при осложненныхъ катарактахъ, повышенной тенсіи глазного яблока, трудномъ вправленіи радужной оболочки, при помутнѣніяхъ задней капсулы приходится производить иридектомию обыкновенную или периферическую, какъ рекомендуетъ Pflüger. Изъ этого слѣдуетъ, что методъ безъ придектоміи нельзя считать общимъ, но что его можно примѣнять только при извѣстныхъ условіяхъ, а слѣд. въ сравнительно ограниченныхъ размѣрахъ.

Если же извлеченіе линзы производить съ придектоміей и, во избѣжаніе выпаденія стекловиднаго т. и кровотеченія, разрѣзь *corneae* проводить не далеко въ склерѣ, а ближѣ къ *limbus*'у и отрѣзывать радужную оболочку въ возможно малыхъ размѣрахъ во избѣжаніе большихъ круговъ свѣторазсѣянія, и, наконецъ, тщательно выводить остатки линзы, то можемъ получить удовлетворительные результаты почти во всѣхъ случаяхъ катаракты; слѣд. такой методъ можно, по нашему мнѣнію, считать общимъ до тѣхъ поръ, пока въ методѣ экстракціи безъ придектоміи не будутъ устранены, по крайней мѣрѣ, существенные недостатки, требующіе примѣненія вторичной операціи (дисцизия, срѣзыванія *prolar. iridis*).

Что же касается метода Schweigger'a—извлеченіе линзы черезъ нижній разрѣзь *corneae* съ сохраненіемъ мостика *conjunct.* въ связи съ роговицей,—то онъ врядъ ли можетъ имѣть большія преимущества. Существенный же недостатокъ его, на который указываетъ и самъ Schweigger, состоитъ въ томъ, что присутствіе

мостики conjunctivae затрудняетъ выходненіе линзы. Вѣроятно изъ за этого недостатка онъ не былъ припятъ и раньше, такъ какъ онъ, оказывается, методъ не новый, былъ описанъ еще Desmarres'омъ въ 1851 г.

По этому поводу Schweigger съ сожалѣніемъ и вполне справедливо высказываетъ: „Doch wer kann was kluges, wer was dummes denken, das nicht die Vorwelt schon gedacht“. Тоже самое можно сказать и по поводу метода Gradenigo, который въ сущности мало чѣмъ отличается отъ метода Pagenstecher'a и имѣеть, судя по отчетамъ, такіе же недостатки (при немъ неизбѣжны большіе потери стекловиднаго тѣла).

Эти-же слова Schweigger'a примѣнимы и по поводу открытаго леченія ранъ послѣ экстракціи, такъ-какъ, оказывается, такое леченіе, судя по заявленію Landolt'a, примѣнялъ Rose въ Цюрихѣ еще въ 1868 году, когда Landolt былъ у него ассистентомъ.

---

Въ заключеніе приносимъ глубокую благодарность высокочтимому профессору Е. В. Адамоку, съ разрѣшенія котораго мы пользовались матеріаломъ глазной клиники.

## Къ вопросу о лечебномъ дѣйствиі электрическаго свѣта.

Г. А. Нячина

Уже въ древнія времена было извѣстно, что свѣтъ и цвѣтные лучи обнаруживаютъ извѣстное вліяніе на фізіологическіе процессы независимо отъ дѣйствиі тепловыхъ лучей, содержащихся въ источникѣ свѣта. Тогдашніе врачи широко пользовались дѣлительнымъ дѣйствиемъ свѣта. Но истинными творцами свѣтолечения должны считаться Орбазіусъ и Лэцій, давшіе показанія и противопоказанія къ леченію болѣзней свѣтовыми ваннами. Однако въ теченіе послѣдующихъ вѣковъ свѣтолеченіе было забыто и лишь въ концѣ истекшаго столѣтія оно вновь получило практическое примѣненіе. вмѣстѣ съ тѣмъ стало подвергаться научной разработкѣ и самое фізіологическое дѣвствіе свѣта. И не памѣреть приводить здѣсь всѣхъ многочисленныхъ фактовъ, накопившихся въ настоящее время по вопросу о фізіологическомъ вліяніи бѣлаго и цвѣтового свѣта какъ на простѣйшія формы животнаго организма, такъ и на высшихъ животныхъ, но позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ фактахъ, имѣющихъ болѣе близкое отношеніе къ затронутому мною вопросу. Одна изъ наиболѣе обстоятельныхъ работъ по данному вопросу принадлежитъ русскому автору д-ру И. В. Годневу, у котораго приведены также подробныя литературныя указанія.

Годневъ въ своей работѣ описываетъ дѣлный рядъ оригинальныхъ опытовъ, имѣвшихъ цѣлью выяснитъ различное фізіологическое дѣвствіе на животный организмъ свѣта и темноты. Помѣстивъ въ совершенно темной комнатѣ двухъ животныхъ, онъ ввелъ имъ подъ кожу черезъ троакаръ трубочки съ хлористымъ серебромъ. Одно животное выпущено на свѣтъ на одинъ часъ. другое-же оставалось въ это время въ темнотѣ; затѣмъ черезъ часъ въ темной комнатѣ вынули трубочки изъ-подъ кожи у обоихъ животныхъ, причемъ оказалось, что у того животнаго, которое пробыло нѣкоторое время на свѣту, произошло сильное почернѣніе серебра, у другого же такого почернѣнія серебра замѣчено не было. Многіе другіе аналогичные опыты убѣдили автора, что ткани

пропускаютъ черезъ себя лучи свѣта, хотя не въ одинаковой степени, располагаясь въ слѣдующемъ порядкѣ: кожа, кость, мочевоѣ пузырь, мозгъ, печень, мышцы, кровь, селезенка, почки. Кромѣ того, ткани животнаго организма, пропуская черезъ себя всѣ лучи свѣта, поглощаютъ ихъ, сохраняютъ нѣкоторое время, передаютъ окружающей средѣ и, наконецъ, могутъ преобразовывать лучи одного рода въ лучи другого рода. Отсюда авторъ дѣлаетъ выводъ, что свѣтъ, составляя волнообразное движеніе вещества, всегда обладаетъ живою силою, способной произвести въ тѣлахъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія, временныя или постоянныя. То же въ новѣйшее время подтвердили Муриновъ и Солуха относительно свѣта вольтовой дуги.

Рядъ дальнѣйшихъ опытовъ, произведенныхъ Годневымъ, выяснилъ еще и многіе другіе интересные факты. Такъ, оказывается, что свѣтъ вліяетъ на регенерацію тканей. Перерѣзавъ у 45 лягушекъ п. ischiadicus на одной сторонѣ, авторъ 15 изъ нихъ содержалъ въ темнотѣ, 15—при свѣтѣ, а остальныхъ—въ сосудѣ, въ который свѣтъ проникалъ черезъ растворъ хинина. Движенія въ больной конечности раньше всего возстановились у освѣщенныхъ лягушекъ (на 24-й недѣлѣ), въ сосудѣ съ растворомъ хинина нѣсколько позже (на 28-й недѣлѣ), а въ темномъ сосудѣ—еще позже (на 32-й недѣлѣ). То же наблюдалось въ опытахъ надъ рыбками съ перерѣзкой части верхней половины хвоста: при свѣтѣ перерѣзанная часть хвоста выросла въ 7—9 мѣсяцевъ, въ темнотѣ—въ 11—13 мѣс.

Относительно вліянія свѣта на метаморфозы въ тѣлѣ рядъ точныхъ опытовъ и наблюденій приводитъ авторъ къ заключенію, которое было высказано уже раньше другими изслѣдователями (Moleschott, Rubini, Platen, Hammond, Когацъ и др.)—именно, что подъ вліяніемъ свѣта происходитъ усиленный обменъ веществъ. При голоданіи потеря въ вѣсѣ идетъ быстрѣе у животныхъ при свѣтѣ, чѣмъ въ темнотѣ. Этотъ фактъ подтвержденъ въ новѣйшее время Борисовымъ, по мнѣнію котораго подъ вліяніемъ свѣта происходитъ повышенная задержка питательнаго матеріала.

Изъ другихъ выводовъ, къ которымъ пришелъ при своихъ изслѣдованіяхъ Годневъ, я приведу еще слѣдующіе: 1) солнечный свѣтъ обпаруживаетъ свое вліяніе болѣе учащепымъ сердцебіеніемъ и дыханіемъ; 2) свѣтъ вліяетъ на кожную чувствительность и на органы высшихъ чувствъ; 3) свѣтъ сравнительно съ темнотой способствуетъ болѣе быстрому обпаруженію дѣйствія вводимыхъ въ организмъ лекарственныхъ веществъ, усиливая при этомъ ихъ дѣйствіе.

Одновременно съ упомянутымъ авторомъ другой нашъ соотечественникъ Введенскій сообщилъ въ зоологической секціи



Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей свои изслѣдованія, произведенныя въ лабораторіи проф. Мечникова, выясняющія вопросъ о вліяніи свѣта на чувствительность животнаго и чловѣка. По изслѣдованіямъ этого автора, свѣтъ дѣйствуетъ прямо на чувствительно-двигательный аппаратъ и вызываетъ рефлкторныя движенія въ мышцахъ. Интересны наблюденія его надъ жагушками съ перерѣзанными зрительными первами: животныя, выставленныя на свѣтъ, стараются принять такое положеніе, чтобы со всѣхъ сторонъ освѣщеніе было одинаковое, и дѣлаются покойными только тогда, когда свѣтъ падаетъ равномерно на все тѣло. На людяхъ также наблюдалось авторомъ измѣненіе чувствительности подъ вліяніемъ свѣта: на освѣщенной конечности измѣреніе помощью циркуля Вебера обнаруживало повышеніе чувствительности сравнительно съ неосвѣщенной (на пальцахъ отношеніе это доходило до  $1\frac{1}{2}$  къ  $2\frac{1}{2}$ ). Фактъ этотъ отмѣчаютъ также Цѣханскій, Великій, Коранъи.

Относительно вліянія свѣта на кожу интересны наблюденія Weddington'a. Послѣдній видѣлъ у рогатаго скота и овецъ, при кормленія ихъ гречихой, появленіе на кожѣ пузырчатой сыпи въ томъ случаѣ, если животное содержалось при свѣтѣ или имѣло бѣдную шерсть; въ темнотѣ-же такой сыпи не наблюдалось. У одной коровы, которую авторъ выкрасилъ мѣстами въ черный цвѣтъ, сыпь появилась только на бѣлыхъ мѣстахъ.

Что касается физиологическаго дѣйствія цвѣтныхъ лучей, то различаютъ лучи синіе, фіолетовые и ультрафіолетовые—съ большимъ показателемъ преломленія, имѣющіе наибольшій химическій эффектъ и наименшій тепловой, и такіе лучи, какъ красные и ультракрасные, отличающіеся обратными свойствами. Эффектъ химическихъ лучей на чловѣческую кожу проявляется въ различныхъ степеняхъ, въ зависимости отъ интенсивности и продолжительности дѣйствія: отъ легкаго раздраженія до воспаленія съ послѣдующимъ отслоеніемъ эпидермиса. Искусственный свѣтъ производитъ то же дѣйствіе, какъ и солнечный, при чемъ простыя лампы содержатъ мало химическихъ лучей, а электрическій свѣтъ содержитъ ихъ больше, чѣмъ солнечный. Дѣйствіе электрическаго свѣта на кожу проявляется не вдругъ, а по истеченіи нѣкотораго періода времени (скрытый періодъ). По наблюденіямъ Маклакова надъ самимъ собою, дѣйствіе электрическаго свѣта, продолжавшееся только 15 мин., проявилось черезъ 10 ч.; послѣ дѣйствія свѣта въ теченіе 1 минуты, черезъ  $\frac{1}{2}$  часа появилась ограниченная гиперестезія кожи. По мнѣнію Маклакова, дѣйствіе электрическаго свѣта на кожу не термическое, но химическое, сходное съ солнечнымъ загаромъ. Тоже подтверждаетъ Widmark на основанія точныхъ опытовъ съ электрическимъ свѣтомъ. Проф. Максимовъ считаетъ, что вліяніе электрическаго свѣта на кожу

имѣеть характеръ сосудодвигательнаго разстройства, и думаетъ, что существуетъ особая связь между химическими лучами и окончаніемъ нервовъ, а, можетъ быть, существуютъ и особые нервы, имѣющіе спеціальное отношеніе къ химическимъ лучамъ. Нельзя также не упомянуть, что химическіе (фіолетовые) лучи, по Fin sen'u и др., отличаются губительнымъ дѣйствіемъ на бактеріи. Извѣстный бактериологъ Дюсланхъ говоритъ, что „свѣтъ есть превосходное, наиболѣе дешевое и доступное бактериубивающее средство“. Наконецъ, въ самое послѣднее время изучено дѣйствіе электрическаго свѣта на ткань какъ нормальную (Möller), такъ и патологическую. Такъ, Глѣбовскій изслѣдовалъ микроскопически волчаночную гранулему подѣ влияніемъ Fin sen'овскаго леченія. Оказалось, что послѣ 6 сеансовъ уже не было видно характерной гранулемы съ гигантскими клѣточками, а встрѣчались многочисленныя сосуды, разбросанныя островками посреди новообразованной соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ круглыхъ клѣточекъ; эндотелій сосудовъ сильно разбухалъ, выполяя собою весь просвѣтъ сосудовъ до полной закупорки.

Познакомившись, такимъ образомъ, съ нѣкоторыми физиологическими данными, перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію лечебнаго дѣйствія свѣта.

Лечебное значеніе свѣта извѣстно очень давно, но практическое его примѣненіе пачалось только за самое послѣднее время. Правда, еще раньше, въ восьмидесятыхъ годахъ, Рапа, Charriignon, D'Esprinc, Gebhardt и др. приводятъ отдѣльныя наблюденія надѣ дѣйствіемъ свѣта при душевныхъ заболѣваніяхъ, но въ этой области данный методъ не успѣлъ приобрѣсти права гражданства. Какъ лечебный методъ, свѣтолеченіе впервые было примѣнено въ 1890 г. русскимъ врачомъ фонъ-Штейномъ въ Москвѣ, который, освѣщая маленькой электрической лампочкой полость рта больной, страдавшей гайморитомъ, замѣтилъ у нея исчезновеніе боли.

Почти одновременно опубликовалъ свои наблюденія о лечебномъ дѣйствіи свѣта американскій врачъ Kellog, который старался вліять свѣтомъ не только мѣстно, но и на все тѣло. Гачковскій въ 1892 г. описалъ 27 случаевъ успѣшнаго леченія электрическимъ свѣтомъ различнаго рода невралгій, суставнаго и мышечнаго ревматизма. Тоже подтверждаютъ на цѣломъ рядѣ наблюденій Эвальдъ, Кнютцеръ, Козловскій, Горбачевъ, Кечекъ, Грибоѣдовъ, Солуха, Соколовъ и др.

Д-ръ Макавѣевъ доложилъ въ прошломъ году О-ву Русскихъ Врачей въ Петербургѣ о нѣсколькихъ благопріятныхъ случаяхъ леченія свѣтомъ. Авторъ пользовался обыкновенной лампочкой накаливанія въ 50 свѣчей съ параболическимъ рефлекторомъ.

Случаи эти касаются волчанки, хроническаго ревматизма, нейралгій и травматическаго орхита.

Габриловичъ и Финкельштейнъ пользовали электрическимъ свѣтомъ больныхъ, находившихся въ санаторіи Халила. Успѣшные результаты получились въ 15 случаяхъ ревматизма, въ 1 случаѣ межреберной нейралгій и въ 1 случаѣ сѣдалищной нейралгій.

Д-ръ Эйгеръ, убѣдившись, что свѣтъ дѣйствуетъ 1) повышающимъ образомъ на объѣмъ веществъ, 2) какъ болесутоляющее и 3) потогонное, примѣнялъ свѣтолечение (въ формѣ синихъ лампочекъ накаливанія) при различныхъ мѣстныхъ и общихъ заболѣваніяхъ, какъ нейралгія, хроническій ревматизмъ, диабетъ, тучность, плевритъ. Наиболѣе благоприятные результаты получились при сочленовномъ ревматизмѣ (9 полныхъ выздоровленій и 2 облегченія—изъ общаго числа 11 случаевъ); изъ 10 случаевъ нейралгій—въ 5-ти боли совсѣмъ исчезли, въ 4-хъ получилось облегченіе, въ 1 случаѣ никакого дѣйствія не послѣдовало.

Strebel, завѣдующій свѣтолечебнымъ заведеніемъ въ Мюнхенѣ, получалъ благоприятные результаты, преимущественно, при хроническомъ ревматизмѣ и мочеиспыхъ страданіяхъ, а также при нейралгіяхъ, главнымъ образомъ, при свѣжихъ сѣдалищныхъ нейралгіяхъ.

Мининъ въ статьяхъ „Къ свѣтолеченію“ и „Свѣтолеченіе въ хирургіи“ обращаетъ вниманіе на лечебное дѣйствіе синяго электрическаго свѣта. Дѣйствуя такимъ слабымъ источникомъ, какъ 16-ти свѣчная 100 вольтовая лампочка съ рефлекторомъ, авторъ могъ излечивать очень многіе болѣзненные процессы. Успѣшное дѣйствіе синяго электрическаго свѣта наблюдалось при кровоизліаніяхъ, при хронической экземѣ, сочленовномъ ревматизмѣ, при нейралгіяхъ и др. Авторъ приводитъ много соответствующихъ исторій болѣзней. Мининъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) свѣтъ отъ синей электрической лампочки производитъ двойное дѣйствіе — обезболвающее и рассасывающее; 2) по силѣ и быстротѣ лечебнаго дѣйствія свѣтъ этотъ не имѣетъ себѣ подобнаго среди извѣстныхъ до сихъ поръ обезболивающихъ средствъ. Авторъ считаетъ, что синіе электрическіе лучи производятъ быстрое суженіе кровеносныхъ сосудовъ, дѣйствуя или на сосудодвигательные нервы, или на гладкія мышцы сосудовъ.

Кесслеръ приводитъ результаты 137 случаевъ успѣшнаго пользованія лампочками накаливанія: въ числѣ этихъ случаевъ были: 36 ушибовъ, 28 свяхнутій и растяженій, 31 случай мышечнаго и сочленовнаго ревматизма, 9 случаевъ кожныхъ заболѣваній и 32 случая нейралгій. Выводы автора таковы: 1) боль несомнѣнно весьма быстро уменьшается, 2) кровоизліанія очень скоро рассасываются, сочленовные выпоты, сыпи и другія страданія кожи скорѣе усту-

паютъ леченію свѣтомъ, чѣмъ обычному леченію (контрольныя наблюденія); 4) въ сравненіи съ другими способами леченія электро-свѣтолеченіе (въ подходящихъ случаяхъ) требуетъ меньше времени.

Д-ръ Муриновъ въ 1897 г. испыталъ на самомъ себѣ дѣйствіе свѣта вольтовой дуги при леченіи острого сочленовнаго ревматизма, что заставило его заняться изслѣдованіемъ этого средства. Изъ своихъ опытовъ и наблюденій, произведенныхъ въ приемномъ покоѣ Мраморнаго дворца, авторъ дѣлаетъ, между прочимъ, слѣдующіе выводы: 1) свѣтъ вольтовой дуги дѣйствуетъ не только на поверхностные слои общихъ покрововъ (кожу и подкожную клетчатку), но проникаетъ глубокіе слои тканей человѣческаго организма; 2) дѣйствіе на броможелатиновую фотографическую пластинку свойственно не только однимъ сине-фіолетовымъ лучамъ спектра, но и другимъ лучамъ его; 3) для терапевтическаго воздѣйствія слѣдуетъ примѣнять весь свѣтовой пучекъ лучей, не исключая тепловыхъ, гдѣ это возможно; 4) при продолжительномъ дѣйствіи свѣта на какой либо участокъ не рѣдко появляется потъ на всемъ тѣлѣ; 5) наблюдается измѣненіе пульсовой волны; 6) раньше и замѣтнѣе всего вліяніе электрическаго свѣта сказывается на уменьшеніи или полномъ прекращеніи болевыхъ ощущеній, что продолжается сначала отъ нѣсколькихъ часовъ до 2-хъ сутокъ; при болѣе продолжительномъ примѣненіи свѣтолеченія боли или совершенно прекращаются, или значительно стихаютъ; 7) лучи электрическаго свѣта способствуютъ всасыванію серозныхъ выпотовъ въ сочлененіяхъ при ревматическихъ пораженіяхъ и исчезновенію отековъ тканей при подагрическихъ обостреніяхъ.

Остается еще упомянуть о леченіи краснымъ свѣтомъ. Въ 1893 г. Fin sen предложилъ леченіе оспенныхъ бѣльныхъ въ комнатахъ, гдѣ были-бы исключены химическіе лучи фильтраціей свѣта черезъ красныя стекла или занавѣси. Проф. Winternitz получилъ хорошіе результаты при леченіи краснымъ свѣтомъ экземы. Авторъ покрывалъ пораженную часть тонкой, очень красной шелковой матеріей и, по возможности дольше (до 4 ч.), подвергалъ непосредственному дѣйствію солнечныхъ лучей. При этомъ, не смотря на продолжительное дѣйствіе интенсионаго солнечнаго свѣта, самая нѣжная кожа не темнѣла и не загорала; никакихъ воспалительныхъ явленій на ней не замѣчалось, что авторомъ приписывается задержкѣ химическихъ лучей.—Однако, долженъ сказать, что другіе авторы (проф. Lang, Renou) не могли констатировать какого либо благопріятнаго вліянія краснаго свѣта на теченіе оспеннаго процесса.

Изъ приведенныхъ мною данныхъ, далеко, правда, не исчерпывающихъ всей литературы этого вопроса, можно усмотрѣть, какое значительное развитіе электросвѣтолеченіе получило за по-

сѣднее десятилѣтіе. Въ настоящее время леченіе электрическимъ свѣтомъ практикуется въ нѣсколькихъ видахъ.

I) Общее свѣтолеченіе и электросвѣтовая ванна: Обнаженный больной помещается на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа въ ящикъ, по стѣнкамъ котораго размѣщены лампочки накаливанія; внутри ящикъ или выложенъ зеркалами, или, какъ у Winternitz'a и Stgasser'a, выкрашенъ бѣлой эмалевой краской. Въ устроенной мною электросвѣтовой камерѣ каждая лампочка еще снабжена отдѣльнымъ рефлекторомъ, на днѣ помещается лампочка для потъ, придѣланная къ небольшой скамеечкѣ.

II) Мѣстное электросвѣтовое леченіе—производится помощью лампочекъ накаливанія, снабженныхъ рефлекторомъ. Мною для мѣстнаго воздѣйствія примѣняется: а) большой сильный рефлекторъ (фирмы „Sanitas“), снабженный 6-ю лампами отъ 32 до 50 свѣчей каждая; б) лампочка накаливанія (бѣлая или синяя), заключенная въ вершинѣ металлическаго конуса (по Слетову) и в) лампочка съ маленькимъ параболическимъ рефлекторомъ—для освѣщенія небольшихъ поверхностей.

III) Мѣстное электросвѣтовое леченіе посредствомъ вольтовой дуги—способъ, предложенный Finsen'омъ, который въ своемъ приборѣ устранилъ извѣстнымъ образомъ тепловое дѣйствіе дуговыхъ лампъ.

Что касается примѣненія электросвѣтовыхъ ваннъ, то авторы высказываются въ весьма благоприятномъ смыслѣ. Слетовъ, примѣняя этотъ способъ свѣтолеченія, главнымъ образомъ, у лицъ съ замедленнымъ обменомъ веществъ, видитъ преимущество свѣтовыхъ ваннъ передъ паровыми и суховоздушными въ томъ, что здѣсь потѣніе прекращается очень быстро и послѣдовательной потливости не наблюдается: черезъ 10—15 мин. послѣ гашенія лампъ больной сухъ—обстоятельство въ нашемъ климатѣ чрезвычайно важное; кромѣ того, для начала потѣнія пужна  $t^{\circ}$  гораздо болѣе низкая и время значительно меньшее, чѣмъ при другихъ способахъ. По Kellogg'у, въ турецкой банѣ, при  $60^{\circ}$ — $65^{\circ}$  C., потѣніе начинается черезъ 5 м., 35 с., а въ свѣтовой, при  $27,2^{\circ}$  C., черезъ 3 м., 32 с. По Слетову, потъ у большинства начинаетъ выступать, при  $23^{\circ}$ — $25^{\circ}$  C., черезъ 10 м.—15 м.

По Сабсовичу, температура электросвѣтовой ванны, большую часть, равномерно подымается каждая 2 минуты на  $2^{\circ}$  C. Потѣніе наступаетъ черезъ 3—4 минуты, если ванна предварительно нагрѣлась до  $22^{\circ}$ — $24^{\circ}$  C., и весьма обильно; пульсъ учащается на нѣсколько ударовъ въ минуту. По наблюденіямъ Winternitz'a, у нѣкоторыхъ больныхъ, при температурѣ въ ящикѣ  $27^{\circ}$  C., уже черезъ 5 минутъ наступаетъ обильный потъ, при чемъ не наблюдается раздраженія циркуляціонныхъ органовъ. По Эйгеру,

обильный потъ выступаетъ около  $40^{\circ}$  С. По моимъ наблюденіямъ, въ суховоздушной ваннѣ (которой я раньше пользовался до устройства электросвѣтовой камеры), при  $40^{\circ}$ — $45^{\circ}$  R, потъ выступалъ черезъ 10 м.—12 м., въ электросвѣтовой, при  $28^{\circ}$ — $30^{\circ}$  R,—черезъ 4 м.—5 м., а спустя 12 м.—15 м. выступаетъ обильный потъ. Пульсъ въ суховоздушной ваннѣ до 130, въ свѣтовой—не свыше 100, при чемъ остается полнымъ и правильнымъ; при суховоздушной ваннѣ наблюдаются нѣкоторыя субъективныя явленія (головкруженіе, дурнота), которыхъ при свѣтовой почти не наблюдаются. Дыханіе въ свѣтовой ваннѣ, повидимому, мало измѣняется. Одна моя больная съ разстройствомъ сердечныхъ клапановъ (на почвѣ ревматическаго эндокардита) свободно переносила свѣтовую ванну въ теченіе 15" при  $32^{\circ}$ .

Что касается мѣстнаго электросвѣтолеченія по Fin sen'u, то, не имѣя личныхъ наблюденій, позволю себѣ, однако, нѣсколько коснуться теоретической стороны метода. Fin sen,—которому свѣтолеченіе столь много обязано,—примѣняетъ свѣтъ къ леченію, главнымъ образомъ, волчанки. Fin sen принимаетъ дѣленіе лучей на химическіе, свѣтовые и тепловые и первымъ изъ нихъ приписываетъ исключительное лечебное значеніе. Пользуясь сильными вольтовыми дугами (до 80 амперъ), онъ концентрируетъ лучи цѣлой системой стенокъ, при чемъ особыми приспособленіями къ своему аппарату исключаетъ почти всѣ тепловые и большую часть красныхъ, оранжевыхъ, желтыхъ и зеленыхъ лучей; проходятъ только сине, фіолетовые (и ультрафіолетовые) лучи. Однако, считаю нужнымъ замѣтить, что взглядъ Fin sen'a раздѣляется не всеми. Козловскій, Муриновъ приписываютъ цѣлебное дѣйствіе всѣмъ лучамъ вмѣстѣ. Слетовъ, придерживаясь такихъ компетентныхъ физиковъ, какъ Тямиряевъ, Хвольсонъ, утверждаетъ, что не существуетъ особыхъ химическихъ лучей, а всѣ лучи спектра—видимые и не видимые—способны въ извѣстныхъ случаяхъ вызывать химическое дѣйствіе. Вотъ что говоритъ проф. Хвольсонъ (Курсъ физики, Т. II, 1898, стр. 381):... „оказалось, что способность вызывать химическія реакціи не есть специфическое свойство лучей опредѣленной преломляемости, но что этою способностью обладаютъ всѣ лучи видимаго спектра и даже лучи инфракраснаго. Произойдетъ-ли въ данномъ веществѣ химическая реакція при дѣйствіи лучей, зависитъ прежде всего отъ способности вещества поглощать эти лучи, при чемъ, какъ открылъ Vo gel, примѣсь къ данному веществу другого, способна поглощать лучи, можетъ вызвать въ первомъ ту химическую реакцію, которая при отсутствіи этой примѣси не происходитъ вслѣдствіе неспособности разсматриваемаго вещества поглощать данныя лучи“. Существовавшее мнѣніе, что химическое дѣйствіе вызываютъ только синіе, фіолето-

вые и ультрафиолетовые лучи, основывалось, главнымъ образомъ, на фотографическихъ явленіяхъ: на реакціи  $\text{AgCl}_2$ ,  $\text{AgBr}$ ,  $\text{AgI}$ , на соединеніе  $\text{Cl}$  съ  $\text{N}$ , но въ настоящее время указываютъ на возможность снимать при помощи зеленыхъ, желтыхъ и красныхъ лучей, а англійскій физикъ  $\text{A. v. n. e. u}$  указалъ даже на химическія свойства инфракрасныхъ (тепловыхъ) лучей.

Тоже утверждаетъ Муриновъ въ своей вышеприведенной работѣ. Слетовъ еще добавляетъ, что теперь доказано, что дѣйствіе различныхъ частей спектра на жизненные отправленія растеній тоже обязательно не правой половинѣ его, а самой яркой его части—красной. Съ практической стороны, Слетовъ, еще до появленія въ печати работы  $\text{Finsen}'a$ , началъ примѣнять лампочки накаливанія при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, между прочимъ, при волчанкѣ и экдемѣ и получилъ результаты во всѣхъ отношеніяхъ удовлетворительные, въ чемъ я могъ лично убѣдиться на фотографіяхъ, любезно показанныхъ мнѣ въ прошломъ году самимъ авторомъ, снятыхъ съ больныхъ до и послѣ леченія. Объ успѣшномъ леченіи волчанки обыкновенной лампочкой накаливанія упоминаютъ и другіе русскіе авторы (Клюпферъ, Козловскій, Мининъ, Макавѣевъ). Интересно привести здѣсь наблюденіе д-ра Слетова, который освѣщалъ у больного съ волчанкой обѣихъ щекъ и носа правую щечу дуговою 10—А. лампой, а лѣвую 16-ти свѣчной лампочкой накаливанія; не смотря на 3-хъ мѣсячное леченіе, нельзя было замѣтить какой-бы то ни было разницы между обѣими сторонами.—Вышесказанное, отнюдь, не имѣетъ цѣлью сколько-нибудь умалить общепризнаннаго заслуги  $\text{Finsen}'a$  въ дѣлѣ электросвѣтотеченія; мнѣ казалось важнымъ указать, что, повидимому, нѣтъ непремѣнной необходимости въ сложныхъ приборахъ съ вольтовой дугой, что можетъ имѣть практическое значеніе въ виду большой дороговизны  $\text{Finsen}'овскихъ$  аппаратовъ, дѣлающей ихъ малодоступными.

Переходя теперь къ собственнымъ наблюденіямъ надъ лечебнымъ дѣйствіемъ электрическаго свѣта, я долженъ сказать, что начало моихъ наблюденій относится къ зимѣ 1899 г. и составляютъ весьма скромное число 26. Однако, предлагаемый способъ леченія еще на столько новъ, собранный до сихъ поръ матеріалъ столь невеликъ, что, какъ мнѣ кажется, всякія новыя наблюденія, какъ-бы они ни были малы, отрывочны или неполны, все-же имѣютъ свое значеніе и должны быть опубликованы. На этомъ основаніи я рѣшаюсь привести нѣсколько весьма краткихъ исторій болѣзней.

1. Г. М., 53 л., явился въ мартѣ прошлаго года съ жалобой на боли въ бокахъ, преимущественно, въ правомъ, которыя продолжаются уже нѣсколько лѣтъ.

Сначала получалось временное облегченіе отъ внутреннихъ приемовъ лекарствъ, но въ послѣднее время боли сильно ожесточились и мало успокоивались отъ лекарственнаго приема. Исслѣдованіе дало указаніе на типичную межреберную нейралгію, развившуюся на почвѣ общей нейрастеніи, при одновременномъ вліаніи неблагоприятныхъ для больного гигиеническихъ условий (пребываніе въ сыромъ помѣщеніи). Было примѣнено свѣтолеченіе. Грудная клетка освѣщалась большимъ рефлекторомъ, снабженнымъ шестью лампочками накаливанія 32-хъ свѣч. ными (бѣлыми); продолжительность сеанса 15 минутъ. Уже во время первыхъ сеансовъ болезненныя ощущенія совершенно исчезали, но въ утро слѣдующаго дня вновь появлялись, хотя въ значительно меньшей степени. Спустя двѣ недѣли, боли на столько успокоились, что можно было разрѣшить больному прекратить леченіе, вслѣдствіе необходимости выѣхать на время изъ города. Въ декабрѣ того же года М. вновь явился съ жалобой на усиленіе болѣй, которыя до того времени мало почти беспокоили больного. Послѣ 6 сеансовъ боли опять стихли.

II. Г-жа Т., 45 л., уже нѣсколько лѣтъ страдаетъ сѣдалищной нейралгіей на правой сторонѣ, по временамъ переходящей и на лѣвую. Прежде страдала параметритомъ, отъ котораго лечилась на лиманѣ. Въ сентябрѣ 1900 г., по предписанію врача-гинеколога, начала пользоваться электросвѣтовыми ваннами. Камера освѣщалась 19-ю лампами въ 16 свѣчей каждая, продолжительность сеанса до 20 мин. Всего примѣнено было 40 ваннъ (съ небольшимъ перерывомъ). Въ настоящее время больная вполне здорова.

III. Г-жа Д., 23-хъ лѣтъ, истеричка, страдала въ теченіе нѣкотораго времени сильными болями въ лѣвой половинѣ лица, не уступавшими обыкновеннымъ терапевтическимъ приемамъ. Обратилась ко мнѣ въ декабрѣ прошлаго года. Было примѣнено леченіе синей лампочкой накаливанія 16-ти свѣчной, снабженной маленькимъ рефлекторомъ. Въ теченіе одной недѣли боли совершенно исчезли. До настоящаго времени больная не чувствуетъ боли въ лицѣ.

Совершенно аналогичный случай сравнительно скорого (16 сеансовъ) излеченія нейралгіи тройничнаго нерва пришлось мнѣ наблюдать въ ноябрѣ прошлаго года на большой, направленной ко мнѣ однимъ глубокоуважаемымъ товарищемъ для свѣтолеченія.

Кромѣ того, свѣтолеченіе оказало успѣшное дѣйствіе въ 2-хъ случаяхъ плечевой нейралгіи, въ одномъ случаѣ артралгіи плечевого сустава подагрическаго происхожденія и въ нѣсколькихъ случаяхъ сочленоваго ревматизма. Изъ числа послѣднихъ приведу слѣдующій.

IV. К., лаборантъ у-та, 60 л., страдалъ уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ суставными и невритическими болями, весьма часто обострившимися. Пребываніе на лиманѣ и леченіе электричествомъ и массажемъ не принесли пользы. Весною прошлаго года боли до того ожесточились, что препятствовали больному исполнять служебную дѣятельность. Въ мартѣ направленъ врачомъ для свѣтолеченія.



Къ больному примѣнены были общія электросвѣтоточныя ванны въ вышеуказанной формѣ. Всѣхъ ваннъ больной принялъ 45. Въ результатѣ получилось полное исчезновеніе болей, такъ что больной, живя лѣтомъ на дачѣ, свободно исполнялъ руками такія трудныя работы, какъ колка дровъ. Въ послѣдній разъ я видѣлъ больного въ декабрѣ прошлаго года, и состояніе его оставалось весьма удовлетворительнымъ.

Изъ остальныхъ моихъ наблюденій, касавшихся хроническихъ конституціонныхъ болѣзней, укажу на три случая тучности, гдѣ примѣнялось общее электросвѣтовое леченіе. При нѣскольکو ограниченномъ режимѣ, больные терали въ вѣсѣ еженедѣльно въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ 1—1,5 кило, въ общемъ 6—9 кило.

Въ одномъ случаѣ болѣзни кожи (psoriasis capitis), послѣ 28 сеансовъ свѣтолеченія, кожа приняла нормальный видъ. Наконецъ, въ одномъ случаѣ сильного ушиба ступни у 60-ти лѣтняго субъекта боль и легкій кровоподтекъ исчезли послѣ 4-хъ сеансовъ освѣщенія синей лампочкой накалыванія.

Заканчивая свое сообщеніе, долженъ сказать, что я далеко отъ мысли дѣлать какіе-либо опредѣленные выводы. На это не даютъ права ни мои крайне немногочисленные наблюденія, ни даже болѣе многочисленныя и болѣе обстоятельныя наблюденія другихъ авторовъ. Не будучи пока научно обосновано, свѣтолеченіе пахидигъ себѣ, однако, все болѣе и болѣе широкое распространеніе, благодаря тѣмъ практическимъ результатамъ, которые здѣсь получаютъ. Нужны еще многія широкія наблюденія и точныя научныя изслѣдованія, прежде чѣмъ электросвѣтолеченіе завоеуетъ себѣ мѣсто въ ряду другихъ научныхъ методовъ леченія.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

Годневъ.—Къ ученію о вліяній солнечнаго свѣта на животныхъ. Дневникъ Казанскаго Общества врачей. 1882.

Горбачевичъ.—О вліяній различныхъ цвѣтныхъ лучей на развитіе и ростъ млекопитающихъ. Дисс. Петербургъ. 1883.

Gebhardt—Die Heilkraft d. Lichtes. (Цит. по Цѣханскому).

Ф.—Штейнъ.—Электрическій свѣтъ, какъ возможное терапевтическое средство. Мед. Обзор. 1890.

Горбачевъ.—Докладъ Терапевтическому Обществу. 1897.

Макавѣевъ.—Къ леченію свѣтомъ. Врачъ. 1900.

Niels R. Finsen.—Traitement de lupus vulgair par les rayons chimiques concentrés. Sem. méd. 1897.

Слетовъ.—Врачебныя примѣненія городского электрическаго тока.

Козловскій.—О примѣненіи вольтовой дуги съ лечебною цѣлью. Врачъ. 1898.

Максимовъ.—Еженедѣльникъ Практ. Медицины. № 16, 1900.

Kellog.—Anwendung von Wärme nach einer neuen Methode. (Цитир. по Слетову).

Гачковскій.—Русск. Медицина. 1899.

Борисовъ.—Вліяніе свѣта и теплоты на составъ крови. Еженед. Практ. Медицины. № 12, 1900.

Маклаковъ.—L'influence de la lumière voltaïque sur les teguments du corps humaine.—Arch. d'ophtalmologie. 1889. IX.

Соколовъ.—Больничная газета Воткина. 1900, № 45 и 47.

К. О. Штейнъ.—Опытъ примѣненія электрическаго свѣта при травматическихкихъ поврежденіяхъ. Докладъ въ Обществѣ русскихъ врачей 11-го ноября 1899 г.

Грибобдовъ.—Лечение невралгій электрическимъ свѣтомъ.—Обозрѣніе Психіатр. 1899.

Strebel.—Deutsch. med. Wochenschr. 1900

Эйгеръ.—Докл. Петерб. Мед. О-ву 2-го мая 1900 г.

Кесслеръ.—Къ вопросу о леченіи электрическимъ свѣтомъ.—Врачъ. 1900

Габриловичъ и Фикельштейнъ.—Врачъ. 1900, № 14 и 15.

Миницъ.—Врачъ. 1900, № 11 и 47.

Кечекъ.—О леченіи свѣтомъ и фотохимическомъ воспаленіи. Труды Об-ва врачей г.г. Ростова Н. Д. и Нахичевани за 1898—99 года.

Сабосовичъ.—Электросвѣтовое леченіе.—Тамъ-же.

Wedding.—Einfluss des Lichtes auf die Haut der Thiere. (Цитир. по Цеханскому).

Цеханскій.—О физиологическомъ дѣйствіи свѣта и его цвѣтныхъ лучей на животный организмъ.—Медицинское Обозрѣніе. 1899.

Онъ-же.—О терапевтическомъ дѣйствіи свѣта.—Тамъ-же.

Глѣбовскій.—Реф. въ Еженедѣльникѣ Практ. Медицины. 1900.

Великій.—Свѣтъ и жизнь. Томскъ. 1892.

Солуха.—О проникаемости кожныхъ покрововъ и другихъ тканей тѣла для свѣта Вольтовой дуги.—Обозрѣніе психіатр. 1900.

## О потерѣ воображенія въ случаѣ афазіи.

Д-ра В. И. Руднева,

Ординатора Одесской психіатрической больницы.

При изслѣдованіи одного больного афатика интереснымъ явленіемъ для насъ показалось у него отсутствіе воображенія. Онъ не можетъ вообразить себѣ самыхъ простыхъ вещей. Такъ, напримѣръ, больному предложень вопросъ: „какъ вы представляете себѣ домъ?“

Больной: Я не могу себѣ представить... домъ то я знаю, но не могу вообразить... ничего не скажу.

Докторъ: Какая у васъ въ головѣ картина появляется при словѣ „домъ“?

Больной: Какъ бы сказать? мнѣ трудно: я не могу себѣ представить, домъ то я знаю, но вообразить не могу.

Докторъ: Вы говорите, что знаете и не можете вообразить?

Больной: Домъ то я знаю, но какъ нарисовать, не знаю. даже вотъ Одесса, не могу вообразить.

Докторъ: Ну чтоже вы про домъ то знаете?

Больной: Домъ? домъ большой можно сказать, да, большой, домъ большой очень, ничего не могу сказать.

Докторъ рисуетъ больному домъ.

Больной: Вотъ это домъ, домикъ маленькій изъ крестьянъ.

Докторъ: Когда я у васъ спрашивалъ, развѣ вы себѣ не представляли хотя бы такого дома?

Больной: Мнѣ трудно въ высшей степени, я не знаю, какъ вообразить, я не могу себѣ представить.... чтобы нарисовать въ головѣ? нѣтъ!... не могу вообразить.

Докторъ: Представьте себѣ собаку.

Больной Собаку?.. собакъ то я знаю обыкновенныхъ... я даже самъ удивляюсь.

Докторъ: Нарисуйте собаку.

Больной: Не могу.

Докторъ: Можеть быть вы мнѣ нарисуете человѣка?..

Больной: Человѣка?.. не могу.. большой человѣкъ.. человекъ красивый, здоровый, старикъ, молодой, такъ или нѣтъ?

Докторъ: Да это вѣрно, а все таки вы мнѣ нарисуйте человѣка.

Больной: Я бы съ удовольствіемъ.. человѣка?.. (вслѣдъ за этимъ больной провелъ горизонтальную черту — и сказалъ „господь его знаетъ“).

Докторъ: Вы же понимаете, что такое человѣкъ?

Больной: Я знаю! но не могу представить... Я же кончилъ гимназію, а теперъ ничего не выходитъ.

Представленную больному фотографію онъ узналъ, но срисовать оттуда ничего не могъ. Когда больному предоставлено было самому подумать, можетъ быть онъ въ состояніи самъ что нибудь вообразить, то полученъ былъ отвѣтъ: „собаку?... тоже не выходитъ... кошку?... тоже не выходитъ; ну кошку!.. посмотришь, какъ же и вообразить... пѣть не могу себѣ представить“.

Воображеніе болѣе сложныхъ картинъ также не возможно для больного.

Докторъ: Вообразите себѣ сраженіе, битву солдатъ.

Больной: Стрѣляютъ и больше ничего... они бились, стрѣляли.. я не могу вообразить, я не могу себѣ представить—солдаты дрались, стрѣляли, не могу себѣ вообразить... я немогу себѣ представить картину... я не могу вообразить—представить...

Докторъ: Ну, а прежде вы могли представлять?

Больной: Да, конечно могъ бы представить.. все равно какъ пожаръ.. трудно представить.. должно быть испуганъ, но я вообразить себѣ картину... мнѣ трудно, когда я не могу написать какое нибудь письмо, это доказательство—равносильно...

Когда докторъ описываетъ больному битву солдатъ и спрашиваетъ, можетъ ли онъ себѣ представить эту картину, то больной отвѣчаетъ: „такъ?.. нѣтъ Боже сохрани“.

Докторъ: Какъ же вы себѣ представляете пожаръ?

Больной: Я знаю, что жарь.. сгорѣлъ.., какъ же я представлю?.. возлѣ дома или упали или что?.. не приходитъ воображеніе... какъ я могу рассказать: я не могу вообразить...

Докторъ: Вы же раньше бывали на пожарахъ, видѣли все?

Больной: Конечно зналъ, а теперь не могу, теперь я равнодушно буду смотрѣть.

Докторъ: Вы только помните, что сгорѣлъ?

Больной: Только!.. человекъ тамъ упалъ что ли? это удивительно въ высшей степени, хоть даже возьмите: съ водою пришло, порвало съ людьми, съ домами въ Одессу (рассказъ о пароходѣ)... вотъ что.... какъ это? Аптека? нѣтъ трудно, не могу представить... трудно.

Докторъ: Вы не можете себя представить парохода?

Больной: Да не могу... и какъ оно и что оно... тоже самое ни къ чему не относится.

Докторъ: А вы ѣздили на пароходѣ въ Одессу?

Больной: Ѣздилъ и не могу... даже самъ не знаю, что это такое.

Докторъ: Ну наконецъ представьте себя школу.

Больной: Школу? школу?... такъ что я представляю, я даже не знаю: ну были мальчики и дѣвочки... ну тамъ читали что то такое.

Докторъ: Вы же сами были учителемъ и должны все это представить.

Больной: А если я сумасшедшій!... я самъ былъ учителемъ, но такое несчастіе со мной случилось... я говорилъ, увлекалъ... что то такое тамъ ни то, ни се выходитъ (большой указывая на свою голову, руками изображаетъ путаницу).

Когда докторъ подробно рисуетъ картину занятій въ школѣ и проситъ больного въ свою очередь вообразить и рассказать, то получаетъ отвѣтъ „мнѣ вообразить?.. значить и улетѣло“.

Докторъ: Ну расскажите, какъ я вамъ сейчасъ говорилъ.

Больной: Не могу рассказать, какъ же я расскажу?.. я не думаю, какъ это выйдетъ, но ничего не выходитъ у меня... ученики играли? нѣтъ не играли... что такое ученики дѣлали?... ничего не выходитъ... куда оно дѣвалось?

Больной самъ заявляетъ объ отсутствіи у него воображенія, какъ бы предупреждая, что его отвѣты лишены того духовнаго содержанія, которое они предполагаютъ. Напримѣръ, онъ говоритъ,

что не можетъ себѣ представить парохода, хотя въ его словахъ „съ водою пришло, поѣхало съ людьми и домами въ Одессу“ какъ будто рисуется вся картина парохода, но обсуждая его слова, можно замѣтить, что это отдѣльныя части картины: здѣсь и „вода, люди, дома, Одесса, движеніе“, но эти отдѣльныя составныя части не въ состояніи вызвать яснаго образа парохода, который у здороваго человѣка до такой степени живо встаетъ въ воображеніи, что какъ будто снова переживаешь бывалое путешествіе. Этотъ примѣръ показываетъ, что пострадала ассоціативная способность мозга и что отсутствуетъ та тонкая и согласная работа всего мозга, которая прежде вызывала образы пережитыхъ впечатлѣній. У больного сложный механизмъ разобранъ на отдѣльныя составныя части и яркія краски, отражающіеся на отдѣльныхъ его частяхъ, ждутъ только соединенія съ другими, чтобы составить чудную картину, свойственную дѣятельности здороваго мозга.

Больной не можетъ воображать, и памъ въ такомъ случаѣ приходитъ на память слова психолога Джемса: „если бы самое прозаческое человѣческое существо могло переселиться въ душу собаки, то оно пришло бы въ ужасъ отъ царящаго тамъ полного отсутствія воображенія“<sup>1)</sup>. Нѣкоторое сходство замѣчается между состояніемъ воображенія у нашего больного и у животныхъ.

Больной лишился такого богатства, которымъ владѣетъ каждый бѣднякъ. Поэзія жизни для него теперь не доступна, онъ не можетъ себѣ строить воздушныхъ замковъ и хотя на время уносится воображеніемъ подалеже отъ дѣйствительной жизни, для него такой праздничной.

### Состояніе памяти у больного.

Если заставить больного произнести даже послѣднее слово, которое онъ сказалъ, то оказывается, что онъ не въ состояніи его повторить. Этотъ недостатокъ въ особенности очень ясно выступаетъ, когда больной повторяетъ свои же слова. Напримѣръ, онъ говоритъ: „ухо.. клюхъ.. клухъ“. Правильно сказанное слово очень быстро улетучивается изъ памяти, больной ловитъ его, но не можетъ поймать. Это обстоятельство приводитъ его въ большое смущеніе; только сію секунду сказалъ правильно и потому уже слово исчезло. Ясно, что здѣсь очень пострадала память. Въ нормальномъ состояніи сказанное слово довольно долго еще звучитъ въ нашихъ ушахъ, у больного же оно не оставляетъ прочнаго слѣда. Желая

<sup>1)</sup> Джемсъ. Психологія. 1898 г. 303 стр.

узнать, на сколько пострадала у больного память, какъ способность задерживать и воспроизводить прочитанное, мы изслѣдовали его въ этомъ направленіи, предлагая для чтенія небольшіе рассказы. На первыхъ парахъ, когда больной читалъ нѣкоторыя слова неправильно и не могъ рассказать о прочитанномъ, то намъ казалось, что онъ просто не можетъ уловить смысла. Напримѣръ, онъ читаетъ не совсѣмъ правильно фразу „разбойники подѣхали къ дереву, ихъ было 40 человекъ“.

Докторъ: Ну расскажите.

Больной: Вотъ видите ли, какъ я увлекся, я теперь ничего не понимаю; чтобы мнѣ другую какую нибудь вещь взять, а то я какъ то увлекся и не различалъ.

Когда больной научился правильно читать такъ, что читалъ безъ ошибки всю фразу и не встрѣчалъ препятствій, то мы снова просили его рассказать прочитанное, но и теперь онъ не былъ въ состояннн ничего припомнить. Напримѣръ, больной безъ ошибки читаетъ фразу „наступила ночь и Робинзонъ преспокойно легъ въ свою постель“. Когда я прошу его рассказать мнѣ, о чемъ читалъ, то получаю отвѣтъ: „нѣтъ, повторить не могу, даже не могу припомнить, что случилось, такой казусъ, отверну, прочитаю и думаю, что такое случилось: голова должно быть плоха“.

Читалъ десятки разъ какой нибудь рассказъ и, не будучи въ состояннн запомнить его содержаніе, больной самъ замѣчаетъ: „двадцать разъ читалъ и понимаю все и повторю, но забуду и мнѣ даже стыдно, память такая, что удивительно“.

Онъ позабылъ молитвы, не можетъ производить ариѳметическія дѣйствія, не знаетъ исторію, географію, которая преподавалъ. Прошлая жизнь также позабыта, онъ не помнитъ даже лица своей матери, которая еще жива.

Краткая исторія болѣзни заключается въ слѣдующемъ.

Больной захворалъ во время педагогическаго засѣданія; записывая фамиліи учениковъ, вдругъ замѣтилъ, что начинаетъ плохо видѣть, и, желая придвинуть къ себѣ лампу, протягивалъ руки дальше, чѣмъ слѣдуетъ, такъ что товарищи учителя сдѣлали предположеніе, что онъ ничего не видитъ. Больной прекратилъ засѣданіе, отложивъ его на слѣдующій день, такъ какъ ему нездоровится. Затѣмъ пошелъ въ свою квартиру и на вопросъ окружающихъ, что съ нимъ случилось, отвѣчалъ плохо, не могъ уже объясниться вслѣдствіе разстройства рѣчи. Сознанія

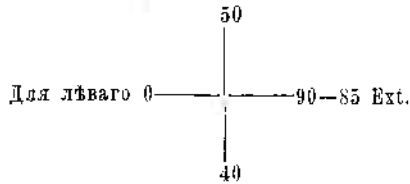
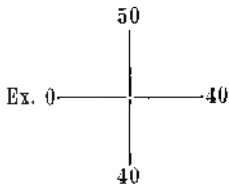
однако не терялъ. Приглашенные врачи сдѣлали кровопусканіе изъ вѣнъ на рукѣ, клали пузырь со льдомъ на голову.

Больной долженъ былъ лежать нѣкоторое время въ постели, затѣмъ онъ началъ ходить, но плохо объяснялся. Черезъ 2 мѣсяца былъ отпущенъ въ Кіевъ, поступилъ въ клинику, откуда выписался въ маѣ 1897 г. и черезъ годъ съ небольшимъ снова появился на горизонтѣ. Исслѣдованіе въ октябрь 1898 г., кромѣ повышенія рефлексовъ на верхнихъ и нижнихъ конечностныхъ и афатическихкихъ симптомовъ, не дало также ничего; ко времени демонстраціи больного въ психіатрическомъ обществѣ онъ жаловался, что какъ будто сталъ хуже говорить. Наконецъ, въ январѣ 1899 года больной жаловался на то, что вслѣдствіе волненій, которыя испыталъ за послѣдніе дни, онъ замѣтилъ въ себѣ большую черембну. Прежде всего онъ отмѣчаетъ, что плохо владѣетъ правой рукой (взявши какую нибудь вещь, напр., кусокъ хлѣба, онъ, не донеся его до рта, выпускаетъ изъ рукъ; не можетъ рѣзать ножомъ мясо, проливаетъ изъ ложки супъ и т. п.). И дѣйствительно, грубая сила правой руки значительно оказалась ослабленной, а именно по динамометру для правой 36, для лѣвой 56 кіл. Кромѣ того въ ней замѣчается расстройство мышечнаго чувства—почти полная потеря его: больной не могъ опредѣлять ни одного предмета, который ему клали въ правую руку, тогда какъ лѣвой онъ опредѣлялъ правильно. Такъ, когда въ правую руку положенъ былъ серебряный рубль, больной сказалъ: «я знаю, что то есть, но опредѣлить не могу». Когда же рубль былъ положенъ въ лѣвую руку, то больной тотчасъ сказалъ: «а! это—деньги». Кромѣ слабости правой руки замѣтна также слабость правой ноги; грубая сила ея значительно уменьшена и при походѣ больной не твердо ступаетъ правой ногой, слегка волочить ее. Ригидности нѣтъ. Тактильная, болевая и температурная чувствительность безъ черембны.

Исслѣдованіе головныхъ нервовъ показало слѣдующее.

N. olfactorius безъ измѣненій.

N. opticus. Поле зрѣнія для праваго глаза.



По скіаскопій на обоихъ *E.* При исслѣдованіи зрѣнія найдено: *V. ос.*  $d=0,5$ , *V. ос.*  $s=0,6$ . Глазное дно нѣсколько блѣдно, нижніе сосуды по картинѣ не ясны и по калибру уже верхнихъ; вообще сосуды уже, но не рѣзко. Конвергенція: при сильномъ напряженіи перестаетъ работать бинокулярно, но не измѣнена ни одна мышца. Реакція зрачковъ вяла и лѣвый нѣсколько шире праваго. Аккомодациі у такого больного измѣрять нельзя. (Свидѣнія любезно сообщены намъ



многоуважаемымъ товарищемъ окулистомъ д-ромъ Думитралко). При изслѣдованіи поля зрѣнія оказалось такимъ образомъ правосторонняя геманопсія. Существованіе ея сказалося также въ томъ, что больной при писаніи правой рукой, соскальзывалъ перомъ съ бумаги, а потому мы и отправили его къ специалисту для точнаго опредѣленія.

N. oculomotorius: неравномѣрность зрачковъ и вялая реакція ихъ. Движенія глазъ произвольны возможны во все стороны; глаза правильно слѣдятъ за движеніемъ пальца. Однако при конвергенціи лѣвый глазъ не приближается къ носу, правой приближается, но не совсѣмъ. Въ виду этого больной представляетъ отчасти своеобразный симптомъ: онъ потерялъ способность видѣть свой собственный носъ, хотя дальше своего носа онъ видѣть.

Nn. facialis et hypoglossus. Парезъ праваго личнаго и язычнаго нервовъ.

N. acusticus. Слухъ не измѣненъ, но потеряна способность локализовать звуки. Остальные нервы въ порядкѣ.

Черепъ въ окружности  $56\frac{1}{2}$  сант.; асимметріи нѣтъ; лобные бугры слабо развиты; существуетъ нѣкоторое вдавленіе обѣихъ теменныхъ костей и при соединеніи ихъ съ лобными—незначительныя бороздки; на лбу есть нѣсколько рубцовъ отъ осин. При постукиваніи молоточкомъ черепа на лѣвой сторонѣ мы находимъ довольно сильно выраженную болѣзненность въ 3 мѣстахъ черепной крышки: первая—вверху, гдѣ волосистая часть виска образуетъ уголъ съ волосистой частью лба; вторая—на разстояніи 7 сант. вверху отъ прикрѣпленія верхняго ушнаго хряща; третья точка—по срединѣ затылочной кости. Больной самъ замѣчаетъ: «такая боль ужасная». Изъ ея объясненій можно понять, что эта боль является у него, когда онъ ляжетъ на одинъ бокъ; однако, перемѣнивъ позу, т. е. лежа на другой бокъ, онъ чувствуетъ, что боль перешла въ другую часть головы. При сидѣніи боли нѣтъ, но если внезапно повернуть голову въ сторону, то чувствуетъ боль въ затылкѣ. Изслѣдуя чувствительность правой стороны черепа, находимъ болѣзненность въ симметричныхъ мѣстахъ и на этой сторонѣ: здѣсь тоже три болѣзненные точки.

Что касается чтенія и письма, то больной заявилъ, что онъ къ этому теперь не способенъ. Фамилію все еще можетъ подписывать, но измѣненіе въ почеркѣ значительное. Читаетъ совершенно не можетъ. Въ этомъ легко убѣдиться, предложивъ ему для чтенія прежній рассказъ, который онъ раньше читалъ. Вотъ онъ:

Ж и г ъ : (больной читаетъ) банхъ.. килъ.. каевхъ.. гавль, галь.

н ѣ о г д а : «вгъ.. вхъ игна.. гавхъ».

Р о б и н з о н ъ : «что.. горъ.. орзвонъ.. горнизонъ» и т. п.

Рѣчь его теперь измѣнилась до того, что трудно понять, что онъ хочетъ сказать.

Если вкратцѣ повторить тѣ разстройства, которыя имѣются въ настоящее время у нашего больного, то получится слѣдующее.

А) Двигательныя: 1) моторная афазія частичная съ парафазіей, 2) аграфія, 3) парезъ п. *facialis dextri et p. hypoglossi dextri*, 4) парезъ правой руки и ноги, 5) парезъ конвергенціи глазъ.

Б) Чувствительныя: 1) словесная глухота частичная, 2) словесная слѣпоты съ алексіей, 3) правосторонняя гемипарезія, 4) потеря мышечнаго чувства въ правой рукѣ и ногѣ и 5) потеря способности локализовать звуки.

Такимъ образомъ, въ нашемъ случаѣ страдаетъ двигательная и отчасти чувствительная область мозговой коры лѣваго полушарія. Эти области, какъ извѣстно, снабжаются кровью изъ *art. fossae Sylvii*, которая раздѣляется на 5 вѣтвей. Первая вѣть питаетъ извилину Броуса и облитерація ея вызываетъ, по мнѣнію Charcot <sup>1)</sup>, только одну моторную афазію безъ чувствительныхъ разстройствъ. Вторая и третья вѣтви Сильвиевой артеріи идутъ къ двигательнымъ центрамъ для конечностей, четвертая вѣть между прочимъ идетъ къ *gyrus angularis*, гдѣ, по увѣренію Dejerine'a и Sericux'a находится локализациа свѣтовыхъ образовъ буквъ. Пяковая, пятая снабжаетъ кровью височныя извилины. Словесная глухота часто осложняется словесной слѣпотой вслѣдствіе сложности центровъ. Вообще же страданіе Сильвиевой артеріи должно отразиться на состояніи питаемыхъ ею центровъ и, если мы предположимъ въ нашемъ случаѣ недостаточный притокъ крови изъ артеріи, то получимъ ослабленіе дѣятельности лѣваго полушарія. Болѣзненность при постукиваніи въ симметричныхъ точкахъ правой половины черепа паводитъ на мысль, что затронуто и правое полушаріе, хотя въ значительно меньшей степени. Дѣло въ томъ, что во время болѣзни наблюдалось повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ не только на правой но и на лѣвой сторонѣ. Затѣмъ при изслѣдованіи больного въ послѣдній разъ 20 октября 1894 г., когда онъ снова поступилъ въ клинику, оказалось ослабленіе силы обѣихъ рукъ: динамометръ для правой показывалъ всего 4 kilo, для лѣвой 32 kil; грубая сила ногъ была весьма понижена; сильное повышеніе сожильныхъ рефлексовъ на обѣихъ рукахъ и ногахъ; клонусъ стопъ на обѣихъ ногахъ, на лѣвой сильнѣе; довольно рѣзкая ригидность нижнихъ конечностей.

Итакъ, предположеніе о страданіи обѣихъ Сильвиевыхъ артерій кажется вѣроятнымъ.

<sup>1)</sup> Charcot. *Leçons*. 1889 г., 66 стр.

Гораздо болѣе яснымъ представляется измѣненіе въ картинѣ болѣзни. Первоначально развилось ослабленіе высшихъ функцій мозговой коры: вслѣдствіе нарушенія интанія пострадала ассоціативная дѣятельность клѣтокъ, связывающихъ между собою главные центры. Затѣмъ разстройство коснулось уже самихъ центровъ, что и выражается въ настоящее время массой признаковъ органическаго пораженія.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ останавливаетъ вниманіе между прочимъ расширеніе лѣваго зрачка и вялая реакція обоихъ зрачковъ. Расширеніе зрачка указываетъ на ослабленіе суживающихъ волоконъ, проходящихъ въ стволѣ общаго глазодвигательнаго нерва. Относительно кортикальнаго центра послѣдняго и хода волоконъ уже извѣстно, что п. *oculomotorius*, подобно зрительному нерву, испытываетъ также полуперекрестъ, при чемъ „ядро происхожденія одной стороны церебральнаго ствола посылаетъ большую часть радикулярныхъ волоконъ въ периферическій нервъ той же стороны и малую часть волоконъ въ нервъ противоположной стороны“ (Van-Gehuchten). Такъ какъ въ нашемъ случаѣ у больного Ш. наиболѣе ослаблено лѣвое полушаріе, то слѣдовательно большая часть глазодвигательныхъ волоконъ соответствующаго (лѣваго) глаза будетъ ослаблена въ своей дѣятельности, результатомъ чего явится преобладаніе антагониста—п. *dilatatoris pupillae*, иннервируемаго п. *sympathico*, и получится расширеніе лѣваго зрачка. Въ правый глазъ пойдетъ меньшая часть волоконъ и потому тамъ еще будетъ достаточно силенъ другой п. *oculomotorius*, и только вялая реакція будетъ свидѣтельствовать о не совсѣмъ нормальномъ состояніи нѣкоторыхъ его волоконъ.

Кромѣ слабости центра, завѣдующаго суженіемъ зрачковъ, у больного наблюдается еще ослабленіе центра, подпимающаго нижнія вѣки, которыми представляются слегка опущенными и не доходятъ до радужной оболочки; большой самъ обратилъ вниманіе на то, что глаза у него стали большіе.

О слабости центра, завѣдующаго конвергенціей, уже было сказано.

Правосторонняя геміанонсія объясняется прекращеніемъ функцій лѣваго затылочнаго зрительнаго центра. Такъ какъ перекрещенныя волокна преобладаютъ по числу надъ прямыми, то понятно, почему у больного внутренняя половина праваго глаза равна всего  $40^\circ$ , тогда какъ въ лѣвомъ глазу оно колеблется въ предѣлахъ  $90-85^\circ$ .

Обращаясь къ анализу данныхъ, полученныхъ при начальномъ изслѣдованіи, \*) мы остановимся на невозможности больного назы-

\*) Вопросы Вервно-Психической Медицины. Т. V, стр. 74.

вать предметы ихъ обычными именами. Онъ не называлъ предмета, но описывалъ его. Если просить здороваго человѣка сдѣлать описаніе предмета, онъ также будетъ описывать качества, свойственныя данному объекту, который возбуждаетъ въ мозгу цѣлую массу представленій. Вся наука о внѣшнихъ предметахъ, по мнѣнію Сѣченова <sup>1)</sup>, есть не что иное, какъ до безкопечности обширное представленіе о каждомъ изъ нихъ, т. е. сумма всѣхъ возможныхъ ощущеній, вызываемыхъ въ насъ этими предметами при всѣхъ мыслимыхъ условіяхъ. Познаніе окружающаго міра совершается съ дѣтства въ извѣстной послѣдовательности. Если бы ребенокъ могъ выразить словами впечатлѣнія, которыя онъ получилъ, на примѣръ, отъ колокольчика, то онъ сказалъ бы: „блестящее, круглое, холодное, звучащее и пр.“ вмѣсто этого его учатъ называть предметъ однимъ именемъ или даже онъ самъ въ силу подражанія даетъ колокольчику названіе „дипъ-дипъ“, которое замѣняется потомъ словомъ „колокольчикъ“, словомъ, являющимся такимъ же знакомъ, какъ и „дипъ-дипъ“ (Сѣченовъ).

Въ одномъ словѣ сконцентрирована масса впечатлѣній и дѣйствительно это слово способно вызвать впечатлѣнія, когда оно произносится; равнымъ образомъ, давая человѣку задачу узнать, что такое, на примѣръ, будетъ „блестящее, круглое, звучащее и пр.“ можно вызвать слово „колокольчикъ“. Когда мы смотримъ на какойнибудь предметъ и желаемъ его назвать, то слово быстро появляется передъ умственными очами и мы его произносимъ; психическій процессъ, который здѣсь совершается, остается для насъ неуловимымъ: зрительное впечатлѣніе предмета и названіе его такъ тѣсно соединены, что кажутся невысланными одно безъ другаго.

Но вотъ передъ нами больной, который не можетъ назвать предмета. У него въ головѣ не проносится соответствующее слово: „голова свободна“—говоритъ онъ. Между тѣмъ предметъ узнаетъ большимъ, слѣдовательно зрительный образъ пробудилъ слѣды отъ прежнихъ впечатлѣній, которыя выразились въ словахъ. На примѣръ, глядя на апельсинъ, онъ сказалъ: „желтое, вкусное, пріятное и пр.“. Эти слова оказывались болѣе связанными съ предметомъ, чѣмъ слово „апельсинъ“, а они обозначаютъ качество предмета или составныя части общаго впечатлѣнія, получаемаго отъ предмета. Описывая многія качества, больной не можетъ соединить ихъ въ одно цѣлое и обозначить однимъ словомъ, какъ это онъ дѣлалъ прежде. Всякій разъ для него является задача или, вѣрнѣе онъ знаетъ отдѣльныя качества предмета, но сложить все вмѣстѣ не

<sup>1)</sup> Сѣченовъ. Психологическія этюды. 1873 г.

можетъ. Умъ взрослого человѣка дѣлается похожъ въ это время на умъ ребенка: какъ этотъ послѣдній, зная очень многія качества предмета, не знаетъ еще условнаго знака, которымъ обозначается этотъ предметъ, такъ и большой не можетъ въ своемъ умѣ сложить изъ чистыхъ копертчныхъ понятій общее. Наблюденіе маленькихъ дѣтей убѣдило проф. Прейера, что у нихъ въ различные періоды ихъ развитія встрѣчаются такого рода физиологическія состоянія, которыя совершенно аналогичны болѣзненнымъ состояніямъ, извѣстнымъ подъ названіемъ афазіи: слѣдовательно, то, что въ однихъ случаяхъ зависитъ отъ недоразвитія, въ другихъ—обуславливается патологическими поврежденіями (Манассеина <sup>1)</sup>).

Исслѣдуя у больного состояніе памяти, мы огиѣтили значительное ослабленіе ея. Разрушеніе памяти, говоритъ Рибо <sup>2)</sup>, слѣдуетъ не случайному путю, а идетъ отъ менѣе организованнаго къ наиболѣе организованному. При болѣзняхъ памяти имена собственныя и существительныя забываются раньше прилагательныхъ, что и наблюдалось у нашего больного. Со временемъ однако больной могъ изъ 200 предметовъ правильно назвать 26, остальные предметы также называлъ именами существительными, но невѣрно, причѣмъ всегда сознавалъ свою ошибку. Просматривая списокъ тѣхъ предметовъ, которые онъ называлъ правильно, нельзя вывести никакого заключенія; но изъ 342 словъ, которыя были спрошены, у больного совершенно забытыми оказались дѣйствительно слова, рѣдко употребляемая въ рѣчи, какъ то: автоматъ, автономія, акрвды, амброзія и пр.

Такъ какъ физиологическія условія памяти заключаются въ прочности ассоціатій, то мы обратили особое вниманіе на изслѣдованіе ихъ у больного и убѣдились, что у него ослаблена ассоціативная дѣятельность. Напримѣръ, больной произвольно могъ вызвать одну, двѣ ассоціатіи: стараясь припомнить животныхъ, онъ называлъ корову, лошадь, осла, изъ птицъ только ибѣтуха. Самыя обычныя ассоціатіи, какъ то азбука, молитвы, счетъ оказались въ высшей степени разстроенными. Слабость ассоціативной дѣятельности сказывается между прочимъ и тогда, когда больной старается что нибудь припомнить, муская въ ходъ ассоціатіи, въ которыхъ встрѣчается слово. Но въ высшей степени разстройство ассоціативной дѣятельности сказывается у больного при его попыткахъ вообразить себѣ что нибудь. Здѣсь уже замѣчается у него полнѣйшая диссоціатія. Слово у больного существуетъ какъ бы самостоя-

<sup>1)</sup> Манассеина. О письмѣ вообще. 1883 г.

<sup>2)</sup> Рибо. Болѣзни памяти. 1881 г.

тельно: оно не вызываетъ никакого образа. Онъ не можетъ себѣ вообразить дома, кошки, собаки и пр. Больной себѣ ничего не представляетъ. Подобнаго рода явленіе наблюдается и въ нормальномъ состояніи у нѣкоторыхъ субъектовъ только по отношенію къ извѣстнымъ словамъ. Такъ, напримѣръ, Рибо <sup>1)</sup> при своихъ изслѣдованіяхъ убѣдился, что слово „причина“ вызывало въ половинѣ случаевъ отвѣтъ: „я ничего себѣ не представляю“.

Превосходный случай потери зрительнаго воображенія описанъ Бернардомъ <sup>2)</sup>. Большой, купецъ, потерялъ способность представляенія: „я знаю, говорить онъ, что у моей жены черные волосы, но представить себѣ этотъ цвѣтъ, а также даружность и черты лица моей жены, я совершенно не въ состояніи“.

Цитируя между прочимъ этотъ случай Джэмсъ, <sup>3)</sup> вопреки мнѣнію большинства медицинскихъ писателей, утверждаетъ, что процессы, обуславливающіе и воспроизведеніе, и воспріятіе ощущеній, совершаются въ тѣхъ же нервныхъ путяхъ.

Бинэ <sup>4)</sup> въ своей „Психологіи умозаключенія“ также придерживается этого мнѣнія, выражаясь, что одна и также клѣтка вибрируетъ какъ при ощущеніи, напр., краснаго цвѣта, такъ и при воспоминаніи о немъ.

Цигенъ <sup>5)</sup> склоняется болѣе къ мнѣнію, что ощущенія и образы воспоминанія замечательваются въ различныхъ элементахъ коры; онъ дѣлаетъ это на основаніи случаевъ т. наз. душевной слѣпоты и пр.

Что касается нашего случая, то можно придти къ заключенію, что процессъ воображенія требуетъ дѣятельности ассоціативнаго аппарата во всей его совокупности, такъ какъ при функціи отдѣльныхъ частей этого аппарата образа не получается. Эта синтетическая способность, свойственная дѣятельности нормальнаго мозга, нарушается въ различной степени при патологическихъ состояніяхъ.

Изслѣдованіе ассоціаций служитъ къ выслепленію психической жизни человѣка, такъ какъ даже самый простой психическій актъ невозможенъ безъ ассоціаціонныхъ дугъ по мнѣнію Мейнерта <sup>6)</sup>. Изученіе же случаевъ разстройствъ рѣчи способствуетъ разработкѣ ученія объ афазіи, которую Джэмсъ справедливо называетъ драгоценнымъ алмазомъ къ современной физиологіи мозга.

<sup>1)</sup> Рибо. Эволюція общихъ идей. 1898 г.

<sup>2)</sup> Бернардъ. Progrès médical. 1883. 21 juillet

<sup>3)</sup> Джэмсъ. Психологія. 1898 г., 248 стр.

<sup>4)</sup> Бинэ. Психологія умозаключенія. 1889 г. 33 стр.

<sup>5)</sup> Цигенъ. Физиологическая психологія. 1893 г., 109 стр.

<sup>6)</sup> Мейнертъ. Психіатрія. 1885 г., 165 стр.

## Случай *Lichen ruber acuminatus*.

М. С. Пильнова.

Въ 1860 году *F. Hebra* описалъ своеобразное страданіе кожи, которое, по его словамъ, представляло столько особенностей въ своихъ проявленіяхъ, теченіи и исходѣ, что онъ не могъ отождествить его ни съ однимъ изъ описанныхъ авторами въ своихъ трудахъ дерматозовъ и далъ ему названіе *lichen ruber* <sup>1)</sup>.

Спустя девять лѣтъ (1869 г.) *Erasmus Wilson*, основываясь на 50 случаяхъ, описалъ другое заболѣваніе кожи подь именемъ *lichen planus* <sup>2)</sup>. *Kaposi* (1876 г.), встрѣчая случаи, гдѣ на одномъ и томъ же больномъ одновременно наблюдалась рядомъ съ *lichen ruber Hebra* и форма, описанная *Wilson*'омъ, пришелъ мало по малу къ убѣжденію, что обѣ эти болѣзни принадлежать къ одному и тому же процессу, именно—*lichen ruber*, и предложилъ для формы, описанной *Hebra* ою, названіе *lichen ruber acuminatus*, а для *lichen planus* англійскихъ авторовъ—*lichen ruber planus Wilson*'а <sup>3)</sup>.

Такого мнѣнія, высказаннаго впервые *Kaposi*, придерживаются въ настоящее время большинство дерматологовъ.

*Lichen ruber acuminatus* встрѣчается, какъ было упомянуто, очень рѣдко. Объ этомъ можно судить по сообщеніямъ различныхъ авторовъ, а также и по даннымъ нашей клиники. Эти данныя говорятъ, что за десятилѣтній періодъ (съ 1889—1898 г.) на 15190 случаевъ различныхъ заболѣваній, изъ которыхъ 6561 падаютъ на долю кожныхъ болѣзней, *lichen ruber acuminatus* встрѣтился только одинъ разъ, а за все время существованія клиники нашей большой—всего только третій случай этой болѣзни. Рѣдкость данной болѣзни, а также серьезное вліяніе, оказываемое ею на общее состояніе и даже жизнь больного—первые 14 случаевъ *Hebra*'ы

---

<sup>1)</sup> *Hebra* u. *Kaposi*, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2 Auflage. 1874 г. S. 388.

<sup>2)</sup> *Kaposi*, Archiv für Dermatologie und Syphilis. B. 31. S. 3.

<sup>3)</sup> l. c. S. 5.

окончились летальнымъ исходомъ—придаютъ ей глубокой практичеcкій интересъ.

Больной Д. Ф., 43 лѣтъ, крестьянинъ Уржумскаго у. Вятской губ., по профессіи портной, поступилъ въ клинику 14 Октября т. г. Происходить онъ изъ здоровой семьи, гдѣ никакихъ кожныхъ заболѣваній не было. Про свою болѣзнь рассказываетъ онъ слѣдующее: въ началѣ сентября мѣсяца т. г. у него на пальцахъ рукъ и ладоняхъ начала слѣзать кожа небольшими участками. Педбли черезъ двѣ на шеѣ появилась зудящая сыпь, которая съ недѣлю держалась только на шеѣ, а затѣмъ постепенно распространилась по всему тѣлу. Появилась она съ самаго начала въ видѣ тѣхъ узелковъ, которые мы наблюдаемъ въ настоящее время и которые, по словамъ больного, впоследствии частью слились, но въ общемъ не измѣнили своего характера. Съ 1-го октября больной началъ замѣчать, что у него «палить» лицо; посмотрѣвшись въ зеркало, онъ увидѣлъ, что кожа лица покраснѣла и шелушится. Черезъ нѣкоторое время на кожѣ волосистой части головы появились бѣловатая чешуйки—плоть, какъ выразился больной,—особенно замѣтныя при чесаніи головы. Вначалѣ этихъ чешуекъ было немного, но впоследствии количество ихъ увеличилось настолько, что онѣ затруднили чесаніе головы. До настоящаго заболѣванія у него была желтуха, замѣченная докторомъ въ половинѣ іюля т. г.; самъ же больной ее не замѣчалъ, а обратился къ доктору по поводу недомоганія, препятствовавшего ему работать. Продолжалась желтуха мѣсяць съ небольшимъ и подъ вліяніемъ леченія исчезла. Векорѣ послѣ желтухи у него появилась настоящая кожная болѣзнь. 3 года тому назадъ у него была какая-то сыпь, которая сопровождалась сильнымъ зудомъ и мѣстами мокла, но подъ вліяніемъ леченія сыпь эта скоро исчезла. Другихъ какихъ-либо болѣзней кромѣ лихорадки, бывшей лѣтъ 20 тому назадъ, у больного не было.

При поступленіи больного въ клинику явленія болѣзни состояли въ слѣдующемъ: кожа почти всего тѣла занята плотными, твердыми, конусообразными папулезными эфлоресценціями, расположенными въ особенно большомъ количествѣ на кожѣ туловища и въ частности спины. Величина отдѣльныхъ узелковъ вездѣ одинакова и равняется величинѣ просіянаго зерна. Цвѣтъ ихъ красный и красновато-бурый. На верхушкѣ большинства узелковъ находятся тонкія плотно сидящія чешуйки бѣловатаго цвѣта. На сгибабельной поверхности предплечій, при разсматриваніи отдѣльныхъ узелковъ, можно найти нѣсколько плоскихъ блестящихъ папулъ, поверхность которыхъ напоминаетъ собою сѣкъ воска. Въ большинствѣ узелки сидятъ раздѣльно другъ отъ друга, будучи отдѣлены здоровыми участками кожи, но такъ близко одинъ къ другому, что кожа на видѣ призводитъ впечатлѣніе шарени, а на ощупь терки. На задней поверхности шеи, на груди, спинѣ и на лодыжкахъ мѣстами отдѣльныхъ узелковъ не замѣтно, а падаются бляшки различной величины и формы. Поверхность этихъ бляшекъ неровная, шероховатая, частью покрытая вышеупомянутыми чешуями, частью же свободная отъ нихъ. Цвѣтъ этихъ бляшекъ однороденъ съ цвѣтомъ отдѣльныхъ узелковъ. Кромѣ вышеописанныхъ узелковъ и бляшекъ, не считая находящихся въ небольшомъ количествѣ на кожѣ спины осадивъ и кровянистыхъ горостъ, никакихъ другихъ эфлоресценцій не замѣчается. Сыпь занимаетъ все туловище, шею, верхнія и нижнія конечности, хотя на послѣднихъ она выражена гораздо слабѣе. Кожа лица представляется покрасившейся, шелушащейся; отдѣльныхъ па-



пулезныхъ эффоресценцій и инфильтратовъ, какъ на другихъ мѣстахъ тѣла, не замѣчается. Вся кожа волосистой части головы покрыта бѣловатыми чешуйками, которыя мѣстами образуютъ скопленія на подобіе бугорковъ. Волосы не измѣнены. На ладонныхъ и на ладонныхъ и тыльныхъ поверхностяхъ пальцевъ рукъ кожа утолщена и шелушится; кое-гдѣ попадаются трещины. На подошвахъ кожи также значительно утолщена и напоминаетъ собою сплошную мозольную поверхность. Кожа повсемѣстно суха, кожные борозды на мѣстѣ инфильтратовъ выражены очень рѣзко. Плоты представляются утолщенными, матовыми, желтовато-бурымъ нѣтъ; поверхность ихъ неровная, слегка бугристая. Видимыя слизистыя оболочки розовокраснаго цвѣта, ничто ненормальнаго на нихъ простымъ глазомъ не замѣчается. Подкожный жирный слой развитъ хорошо. Мышцы на ощупь упруги. Костный скелетъ правиленъ. Лимфатическія железы на шеѣ слегка увеличены, на остальныхъ, доступныхъ для ощупыванія мѣстахъ, нормальны. Сердечная дѣятельность неправильна: имѣется аритмія; пульсъ средняго наполненія, число ударовъ въ 1'—70. Со стороны другихъ внутреннихъ органовъ не замѣтно никакихъ видимыхъ уклоненій. Общее состояніе больного вполне удовлетворительное. Аппетитъ хороший. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна, ни бѣлка, ни сахара не содержитъ. Общая чувствительность не разстроена. Колебныя и другіе сухожильные рефлексы нормальны.

Главными точками опоры для діагностики даннаго заболѣванія кожи, какъ *lichen ruber acuminatus*, служитъ присутствіе отдѣльныхъ плотныхъ конической формы п краснаго цвѣта узелковъ, которые вездѣ сохраняютъ свой основной типъ п ни въ какую другую форму не переходятъ. Но есть п другія страданія кожи, которымъ также присуще образованіе узелковъ, не измѣняющихъ своего вида во все время существованія болѣзни п которыя также носятъ названіе *lichen*, а именно: *lichen ruber planus*, *lichen scrophulosorum* п *lichen pilaris*.

*Lichen ruber planus*, представляя собой другую форму описанной Нebra'ю болѣзни—*lichen ruber*, характеризуется появленіемъ вначалѣ безцвѣтныхъ величиною въ уколъ булавки узелковъ, сильно блестящихъ, въ особенности при боковомъ освѣщеніи. Узелки эти впослѣдствіи увеличиваются п становятся плоскими, красноватаго цвѣта, круглой или поллпгпальной формы, лишенными чешуекъ п также блестящими, какъ первоначальные, влѣдствіе чего поверхность ихъ напоминаетъ собою сръзь воска.

*Lichen scrophulosorum* выражается образованіемъ желтоватыхъ или блѣдно-красныхъ узелковъ, располагающихся обыкновенно кругами или группами съ преимущественной локализацией на туловищѣ п, какъ показываетъ самое названіе, встрѣчается у скрофулезныхъ, золотушныхъ субъектовъ при частомъ одновременномъ присутствіи пораженія лимфатическихъ железъ и другихъ проявленій золотухи.

При *lichen pilaris* узелковъ въ собственномъ смыслѣ слова не бываетъ, а въ устьяхъ фолликуловъ образуются скопленія орого-

въвыпихъ клѣтокъ эпидермиса, каковыя пзмѣненія чаще всего локализируются на разгибательной поверхности конечностей, въ особенности, плечь и бедеръ.

Изъ этихъ данныхъ видно, что *lichen ruber acuminatus*—привавимъ къ этому еще отсутствіе опредѣленной локализациіи при немъ и часто универсальное распространеніе—достаточно отличается отъ вышеупомянутыхъ болѣзней пзъ группы *lichen* и смѣненіе ихъ возможно развѣ только при самомъ поверхностномъ осмотрѣ больного.

Что касается *psoriasis vulgaris universalis*, могущаго иногда подать поводъ къ смѣшенію, то преобладаніе толстыхъ известкового вида чешуй надъ инфильтраціей кожи, столь характерное для псориаза, любимое псориазомъ мѣсто пораженія разгибовъ локтя и колѣна, а также появленіе кровоточенія при соскабливаніи чешуекъ, гарантируютъ отъ ошибки.

Отъ папулезной экземы и мелкопапулезнаго сифлида (*lichen syphiliticus*) нашъ случай отличается однообразіемъ клинической картины, тогда какъ этимъ обѣимъ болѣзнямъ присуща извѣстная полиморфность, а именно: при первой можно встрѣтить кромѣ папулъ и пузырьки и пустулы и мокнущія мѣста и коросты; при второмъ же частое присутствіе рядомъ съ мелкими папулами эфлюоресценцій кринопапулезнаго сифлида, а также различіе въ возрастѣ эфлюоресценцій, ихъ мѣдинокрасный цвѣтъ и наличность другихъ припадковъ сифилиса достаточны для отличія одной болѣзни отъ другой.

Что въ нашемъ случаѣ не *prurigo*, это видно изъ того, что послѣдняя характеризуется блѣдыми или блѣдинокрасными папулами, представляющими ничто иное, какъ мельчайшіе волдыри крапивницы съ сильнѣйшимъ зудомъ, преимущественной локализацией на головныхъ, крестцовой области и ягодицахъ, а также появленіемъ съ дѣтства.

Краснота и шелушеніе кожи, наблюдающіяся въ нашемъ случаѣ, могутъ при извѣстныхъ условіяхъ послужить причиною смѣшенія данной болѣзни съ *pitiriasis rubra*, но одновременное присутствіе рядомъ съ инфильтратами кожи отдѣльныхъ остроконечныхъ узелковъ, а также пораженія ногтей, не бывающія при послѣдней болѣзни, предохраняютъ отъ этого.

*Lichen ruber acuminatus* извѣстенъ во Франціи подъ именемъ *pitiriasis rubra pilaris* (*Divergie*), которую французы считаютъ болѣзью sui generis; но симптомы, описанныя французами (*Divergie*, *Besnier*, *Brocq*, *Richaud*, *Voeck*) какъ характерные для послѣдней болѣзни, также характерны и для первой (*lichen r.*

acumin.). Нѣмецкіе дерматологи (Kaposi <sup>1)</sup>, Lukasiwicz <sup>2)</sup>, видѣвшіе въ Парижѣ случаи pityriasis rubra pilaris, а также и муляжи этой болѣзни, заявляютъ, что обѣ болѣзни тождественны: французскіе же дерматологи, утверждавшіе раньше обратное, на международномъ дерматологическомъ съѣздѣ въ Вѣпѣ (1892 г.) заявили (Feulard и Brocq), что показанные имъ классическіе образчики lichen ruber acuminatus, по ихъ мнѣнію, есть pityriasis rubra pilaris <sup>3)</sup>.

Для терапіи lichen ruber Невга'ю былъ предложенъ мышьякъ, который употребляется и въ настоящее время при леченіи означенной болѣзни. Въ мышьякѣ мы имѣемъ могучее и, даже можно сказать, специфическое средство противъ этой болѣзни: но только мышьякъ нужно употреблять въ большихъ дозахъ и продолжать его примѣненіе въ некоторое время даже послѣ исчезновенія сыпи. Такъ, Невга рекомендуетъ употреблять его въ формѣ азіатскихъ пилюль, гдѣ каждая пилюля содержитъ  $\frac{1}{10}$  грама ас. arsenicosi. и совѣтуетъ начинать съ 3хъ пилюль въ день и постепенно доходить до 10—12 пилюль. Употребляя мышьякъ такимъ образомъ, Невга давалъ больнымъ въ теченіе года до 3500 штукъ этихъ пилюль безъ какихъ-либо вредныхъ послѣдствій для организма. Въмѣсто внутренняго приѣма мышьяка совѣтуютъ (Kobner) употреблять его въ формѣ подкожныхъ инъекцій Фовлера раствора, гдѣ излеченіе получается при меньшихъ дозахъ и въ болѣе короткій срокъ.

Но попадаются все-таки случаи lichen ruber acuminatus, гдѣ, не смотря на самое энергичное примѣненіе мышьяка, не замѣчается никакого вліянія его на болѣзнь. Такой случай былъ представленъ проф. Поспѣловымъ на XII международномъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ (1897 г.). Подобный же случай былъ и въ нашей клиникѣ, гдѣ не смотря на то, что доза ежедневныхъ инъекцій была доведена постепенно до 2,0 sol. arsenical. Fowleri и употреблялась въ такомъ видѣ въ продолженіе 1½ мѣсяцевъ, не получилось никакого результата. О такомъ же случаѣ, который не поддался мышьяковой терапіи и окончился летальнымъ исходомъ, упоминаетъ и Kaposi <sup>4)</sup>.

Смерть больныхъ lichen ruber acuminatus наступаетъ обыкновенно при явленіяхъ маразма, ближайшую же причину ея мы не знаемъ.

<sup>1)</sup> l. c. S. 16.

<sup>2)</sup> Lukasiwicz. Archiv für Dermatologie u. Syphilis. B. 34, S. 169—170.

<sup>3)</sup> l. c. Pag. 172—173.

<sup>4)</sup> Kaposi. Archiv für Dermatologie u. Syphilis. B. 31. S. 28.

Нашему больному съ 18 по 28 октября производились ежедневныя инъекціи  $\frac{1}{2}$  ‰ *sol. natrî arsenicosi*; начато было съ двухъ дѣлений 2хъ-граммоваго шприца, заключавшихъ въ себѣ 0,001 *natrî arsenicosi*, и ежедневная доза увеличивалась на два дѣления или 0,001 мышьяка. Всего инъекцій было сдѣлано 10, по по причѣмъ ихъ сильной болезненности онѣ были оставлены и съ 4-го ноября больной принимаетъ внутрь пиллоли, содержащія *ac. arsenicosum* съ такимъ расчетомъ, что каждая пиллоли заключаетъ въ себѣ 0,002 мышьяковистой кислоты. Пиллоли больной началъ принимать съ 3 штукъ въ день, прибавляя черезъ день по 1 пиллоль, и въ настоящее время онъ принимаетъ 15 пиллоль *pro die* или 0,03 *ac. arsenicosi*.

Что касается вліянія мышьяковой терапіи на болѣзнь нашего паціента, то, хотя на поясницѣ, на ягодицахъ, а также и на нѣкоторыхъ другихъ мѣстахъ замѣтно рассасываніе узелковъ и инфильтратовъ кожи, однако появленіе новыхъ узелковъ и столь кратковременное употребленіе мышьяка не позволяютъ еще сказать, насколько эта терапія окажется дѣйствительной въ данномъ случаѣ.

За время пребыванія больного въ клиникѣ картина болѣзни измѣнилась и въ настоящее время развита отъ вышеописанной, а именно: отдѣльныхъ узелковъ, столь характерныхъ для даннаго заболѣванія, теперь гораздо меньше, напротивъ сплошные инфильтраты кожи увеличились въ своихъ размѣрахъ; но все-же наличность хотя и меньшаго, чѣмъ прежде, числа отдѣльныхъ узелковъ при внимательномъ отношеніи помогаютъ сдѣлать вѣрдую діагностику.

## Къ вопросу о малярийной инфекции при душевныхъ расстройствахъ. <sup>1)</sup>

Д-ра Г. В. Сороковикова.

(Окончаніе)

Въ теченіи болѣзни за время пребыванія больной въ лечебницѣ можно было отмѣтить, какъ это видно изъ прилагаемой картограммы, съ психической стороны строго интермиттирующій характеръ: періодъ спутанности сознанія, сильнаго возбужденія, обмановъ органовъ чувствъ и идей бреда смѣнялся періодомъ яснаго сознанія, и лишь временами съ явленіями простого оживленія и пѣкаторой болтливости. Въ періодѣ спутанности сознанія и возбужденія больная высказывала то идеи бреда величія, называя себя „Императрицей, воспитательницей Государя, великой писательницей“, то идеи бреда преслѣдованія, считая себя окруженной врагами, которые заперли ее „въ казематъ“, а мужа ея и дѣтей убили. Одну изъ служащихъ считала за персонѣтаго левсера, который заперъ ее сюда, а теперь наблюдаетъ, какъ бы еще спровадить ее въ подвалъ: ругала и гнала отъ себя доктора и всѣхъ окружающихъ, подозревая и ихъ участниками въ заговорѣ противъ нея. Въ періодѣ же яснаго сознанія больная казалась только нѣсколько болтливой, оживленной, но сознавала, гдѣ она находится, горячо просила извиненія за тѣ оскорбленія, которыя она паносила доктору и окружающимъ, во время, какъ она сама называла, „воеводскаго паросепзма“. Эти періоды смѣнялись сначала строго посуточно, а затѣмъ періодъ возбужденія постепенно ступшеывался, и, наконецъ, совсѣмъ исчезъ. За все время періоду спутанности сознанія и возбужденія, соотвѣтствовало два раза повышеніе температуры до 38° и даже до 39,9°. Въ виду того, что у больной несвольню бросалась въ глаза періодичность состоянія психическаго возбужденія и констатировало значительное увеличеніе селезенки, было назначено леченіе препаратами хлупина и Methilen-blau и черезъ 2 мѣсяца пребыванія въ лечебницѣ больная выписалась вполне оправившейся.

Второй аналогичный случай, наблюдавшійся мною, былъ слѣдующій.

<sup>1)</sup> См. выше, январь—февраль, стр. 37.

Больная В. Ф. А., 37 лѣтъ, татарка, замужняя. Изъ анамнестическихъ данныхъ известно, что больная часто подвергалась пароксизмамъ лихорадки и передъ настоящимъ психическимъ заболѣваніемъ долго страдала лихорадкой. По словамъ мужа лихорадка была и трепала сначала чрезъ день, потомъ каждый день, а затѣмъ бросила, но за то больная стала безсвязно говорить, пѣть пѣсни, плакать безъ причины, ругаться и уходить изъ дому, не зная куда. Такъ продолжалось мѣсяца два—три. 5-го іюня 1889 г. больная поступила въ лечебницу.

$\frac{5-6}{VI}$ . Больная была принята въ остро—безпокойное отдѣленіе. Больная среднего роста, слабаго тѣлосложенія, чрезвычайно истощена. Кожа блѣдна съ землистымъ оттѣнкомъ, морщиниста. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны, анэмичны. Зрачки умѣренно и равномѣрно расширены, на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ живо. Болевая и тактильная чувствительность кожи не измѣнена. Пателлярные рефлексы резко повышены. Ушные сережки приросены и постепенно переходятъ въ кожу шеи. Въ конфигураціи черепа замѣтно рѣзкое выступленіе темениныхъ бугровъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ обнаружено значительное увеличеніе селезенки, доходящее до средней линіи живота почти до пупка. Селезенка гладка и тверда. Съ психической стороны больная представлялась бессмысленной, все время что—то бормочетъ, вскакиваетъ съ мѣста и опять садится, то улыбается чему—то, то начинаетъ ругаться, не обращая ни къ кому лично изъ окружающихъ, то вдругъ обращая къ изслѣдовавшему ее врачу, начинаетъ жаловаться, что у нея все болитъ, указывая на руки, ноги и область желудка.

$\frac{5}{VI}$ —36,9°;  $\frac{6}{VI}$ —36,5—37,1°.

$\frac{7}{VI}$ . Съ утра сидѣла спокойно на постели, послѣ обѣда сдѣлалось безпокойна, плачетъ, кричитъ на все отдѣленіе, вскакиваетъ съ постели, ругается, сдѣлала нападеніе на сидѣлку и порвала на ней фартукъ. Была переведена въ буйное отдѣленіе. Жестъ достаточно. Спала ночью плохо; t° 37,5 и 36,0°.

$\frac{8}{VI}$ . Съ утра нѣсколько спокойнѣе; плачетъ, жалуется ординатору, что ей не даютъ жести и пить, а между тѣмъ только что напилась чаю съ хлѣбомъ, говорить, что у ней все болитъ, просить отпустить ее домой, а здѣсь она боится, что ее уморятъ голодомъ. Къ вечеру вскакиваетъ съ постели, кричитъ, ругается, при удерживаніи дерется. Ночь спала. T° 37,3° и 36,7°.

$\frac{9}{VI}$ . Сидитъ на постели, что—то бормочить. Между прочимъ заявляетъ доктору, что напрасно ее сюда привезли, у ней болѣло сердце и была лихорадка, а потомъ она не помнитъ, что съ ней такое было. Къ вечеру безпокойна, часто вскакиваетъ съ постели, что—то бормочетъ, ругается, при удерживаніи и попыткѣ усадить ее на мѣсто сопротивляется и дерется. Жестъ много. Спала плохо. T° 37,9°—37,3°.

$\frac{10}{VI}$ . Сильно возбуждена, часто вскакиваетъ, на вопросы не отвѣчаетъ, то ругается, то кричитъ, то поетъ пѣсни. Настѣдованіе крови на плазмодіи не дало никакихъ результатовъ. Ночь снала плохо и сильно потѣла.  $t^{\circ}$  37,3°, 38,3°. Было сдѣлано выпрыскиваніе сѣиин. с. exte. орій утромъ и вечеромъ, послѣ чего наблюдалась рвота.

Съ 11 по 20 іюня. Постоянная сѣина настроенія, то плачетъ, то кричитъ, ругается, то поетъ пѣсни. Часто приходитъ въ возбужденное состояніе, рветъ постельное бѣлье и платки на себѣ, особенно къ вечеру, иногда сидитъ на постели, накрывшись одѣяломъ съ головой плачетъ и жалуется, что ее заѣсъ морять голодомъ, между прочимъ ѣсть по-много и съ жадностью. Температура не превышала нормы. Въ виду постоянной рвоты отъ выпрыскиваній опія, онъ отмѣняетъ и выпрыскивается только сѣиин бисур.

21 іюня. Грустная, слезливая, сидитъ на постели, также накрывшись одѣяломъ съ головой. Къ вечеру температура поднялась до 39,5°. Больная лежитъ, что то бормочетъ, на вопросы не отвѣчаетъ, какъ будто и не слышитъ. Съ стороны кишечника нѣкоторое задержаніе. Ночь провела спокойно, была потъ. Назначенъ сѣиин. въ видѣ капель Виноградова. Селезенка еще значительно увеличена, легко прощупывается. Лекарства принимаетъ охотно.

Съ 22 по 30 іюня. Таже сѣина спокойнаго состоянія возбужденнымъ. Больная то сидитъ смирно, плачетъ, что-то бормочетъ, обращается съ жалобами къ ординатору, что у ней все болитъ, указываетъ на руки и на ноги, говоритъ, что тамъ ползають «червяки», то плачетъ и проситъ отпустить ее домой, очень беспокоится, кричитъ, ругается, грозитъ кулаками кому-то, бросается на сидѣлку и дерется, рветъ бѣлье. По преимуществу въ утренній періодъ времени явленія плаксивости, раздражительности, но больная все-таки на вопросы отвѣчаетъ, можетъ вести разговоръ в своемъ положеніи; въ вечерній же періодъ отмѣчается значительная экстензивность въ состояніи возбужденія. Анеститъ также хороше. Силь улучшился. Селезенка значительно уменьшилась, не выходитъ за края реберъ. Отъ лекарствъ не отказывается.

Съ 1 по 20 іюня. Временами сидитъ, закутавшись одѣяломъ съ головой, плачетъ и причитаетъ; обращается съ тѣми же жалобами къ ординатору, что ей не даютъ ѣсть, не смотря на то, что сѣиляетъ всегда съ жадностью всю порцію и еще добавочное. Временами же приходитъ въ сильное возбужденіе, кричитъ, ругается, грозитъ кулаками, вскакиваетъ съ постели, стремится уйти, при удерживаніи что то безсвязно бормочетъ или ругается и дерется, рветъ бѣлье. Повышеніе температуры  $\frac{10}{VII}$  наблюдалось до 38,3°, когда больная вяла, лежитъ, закрывшись одѣяломъ съ головой, и что-то бормочетъ.

Съ 21 по 31 іюня. Больною частію сидитъ или лежитъ, закутавшись одѣяломъ съ головой, то плачетъ, просится домой, то заражается весельемъ обругающихъ

больныхъ, начинаетъ вѣтъ и прилясъвается, временами же возбуждена, кричитъ, ругается, дѣлаетъ нападенія на другихъ больныхъ и на служащихъ, грозить кулаками, одну изъ сидѣлокъ считаетъ за переодѣтую татарку, которая, по ея мнѣнью, находится въ связи съ ея мужемъ. Спать спокойно, рѣдко бываетъ, что долго не спитъ. Вѣтъ по многу. Специальной періодичности въ смѣнѣ настроенія больной отмѣтить уже не удастся. Съ физической стороны замѣтно значительное улучшение: больная прибѣла въ вѣсѣ на 6 фунтовъ. Повышенія температуры больше не наблюдалось. Селезенка не продуцируется, перкуторно опредѣляется въ предѣлахъ нормы. Хининъ продолжается.

Съ 1 по 15 августа. Какъ съ психической, такъ и съ физической стороны замѣтно значительное улучшение. Больная большею частью спокойна, сидитъ на постели, накрывшись одеяломъ съ головой. Сознаніе достаточно ясное, на вопросы отвѣчаетъ осмысленно. Настроеніе веселое, больная часто поетъ и прилясъвается. Значительная прибѣль въ вѣсѣ. Температура все время нормальна.

Съ 16 по 31 августа. Состояніе больной значительно улучшилось. Больная спокойно сидитъ на постели. Интересуется, когда ее отпустятъ домой. Прѣжней раздражительности и возбужденнаго состоянія совсѣмъ не замѣтно. Прибѣла въ вѣсѣ всего на 22 фунта,

Съ 1 по 24 сентября. Больная тиха, спокойна. Сознаніе достаточно ясное. Она знаетъ, что здѣсь больница и она дѣйствительно была больна, но что съ ней такое было, не можетъ опредѣлить, не помнить, сколько времени она здѣсь находится. Часто плачетъ, проситъ отпустить ее домой, такъ какъ очень соскучилась объ дѣтяхъ. 24 сентября, чрезъ три съ половиной мѣсяца, выписалась изъ лечебницы значительно оправившись.

Въ теченіи болѣзни этой больной можно отмѣтить большою частью смутанность сознанія, бессмысленность, безсвязность п только временами какъ будто появляющееся созпательное отношеніе къ окружающему. Въ тоже время періодъ сильнаго психическаго возбужденія, когда больная кричала, ругалась, вскакивала съ постели и дѣлала даже нападенія, высказывая при этомъ идеи бреда преслѣдованія, что ее хотятъ уморить голодомъ, принимала одну изъ сидѣлокъ за переодѣтую татарку, которая отбила у ней мужа; этотъ періодъ смѣнялся періодами болѣе спокойнаго или индифферентнаго состоянія: когда больная сидѣла или лежала на постели, то плакала, то жаловалась на различныя боли, то временами могла даже разобратъся въ окружающей обстановкѣ.

Хотя строго прослѣдить эту смѣну состояній одно другимъ довольно трудно было, но можно было, особенно въ первый мѣсяць нахожденія въ лечебницѣ, подмѣтить, что больная съ утра чаще была болѣе спокойна, къ вечеру же приходила въ болѣе возбуж-

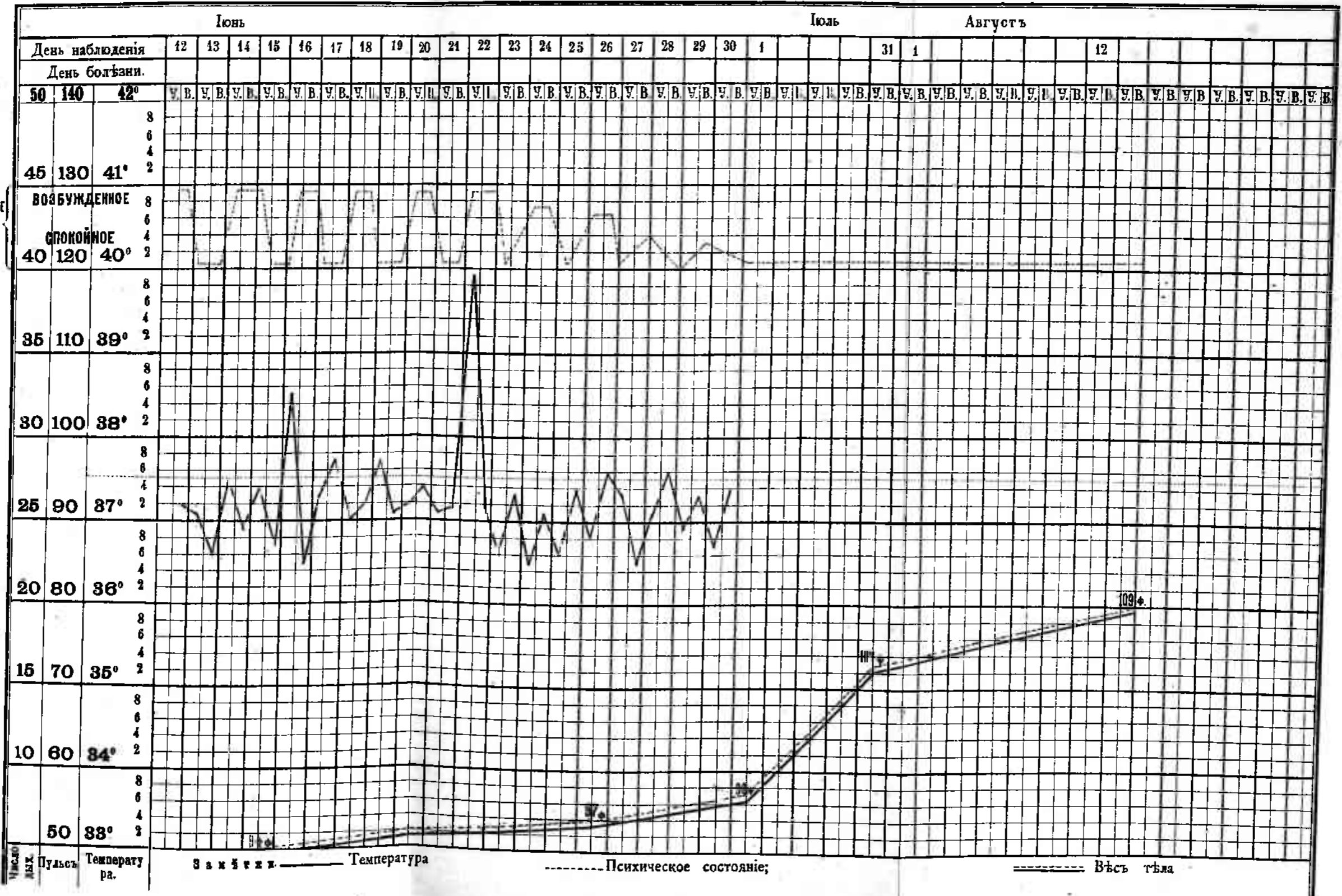


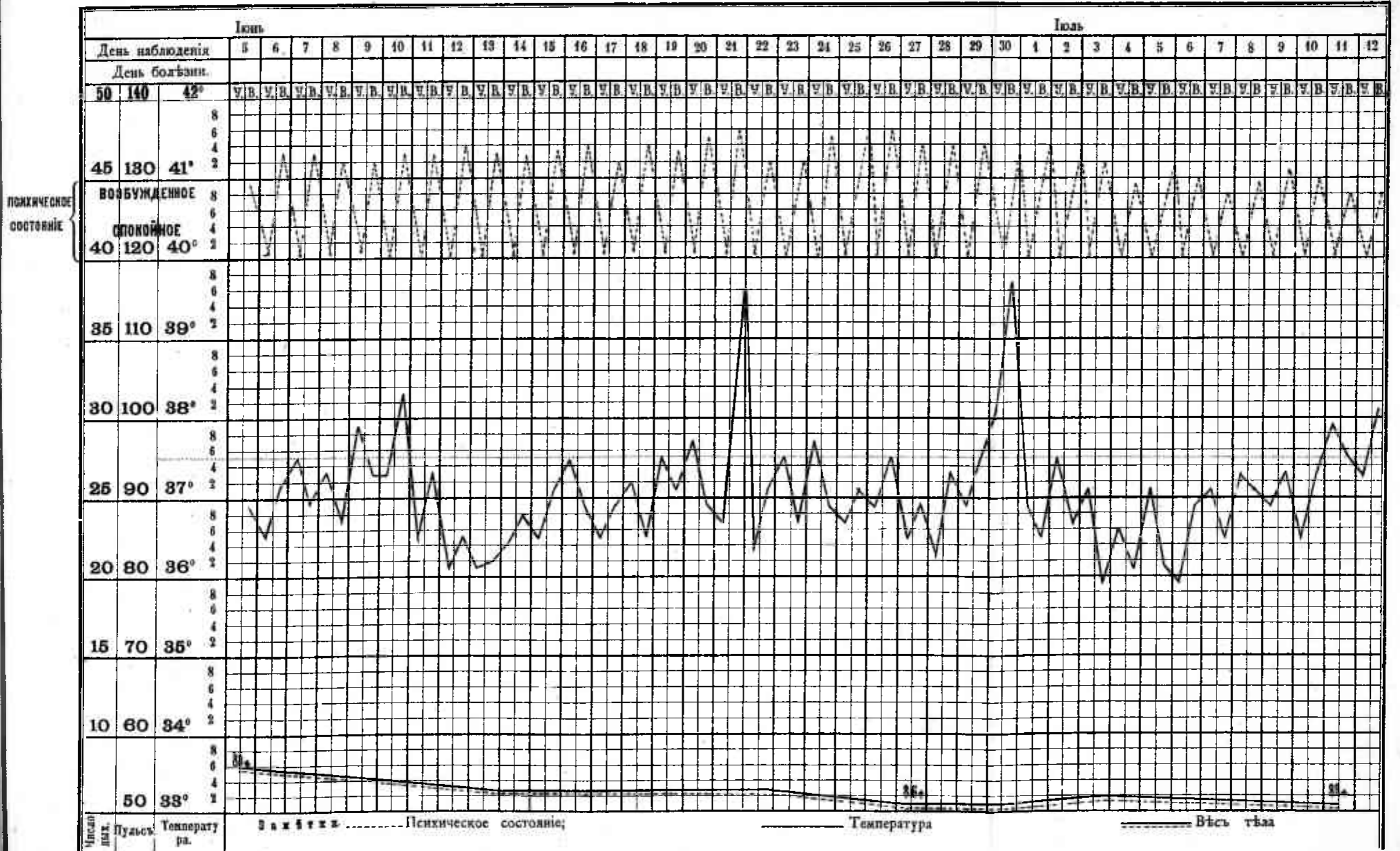
денное состояніе. Этому періоду возбужденія иногда соответствовало повышеніе температуры до 38,5—39,5°.

Въ виду значительнаго увеличенія селезенки и кахектическаго состоянія больной было назначено лѣченіе препаратами хирина и больная, чрезъ 1—1½ мѣсяца пребыванія въ лечебницѣ, стала быстро оправляться, какъ въ психическомъ, такъ и въ физическомъ отношеніяхъ, а чрезъ 3½ мѣсяца пребыванія въ лечебницѣ—24 сентября—больная была выписана въ значительно улучшенномъ состояніи.

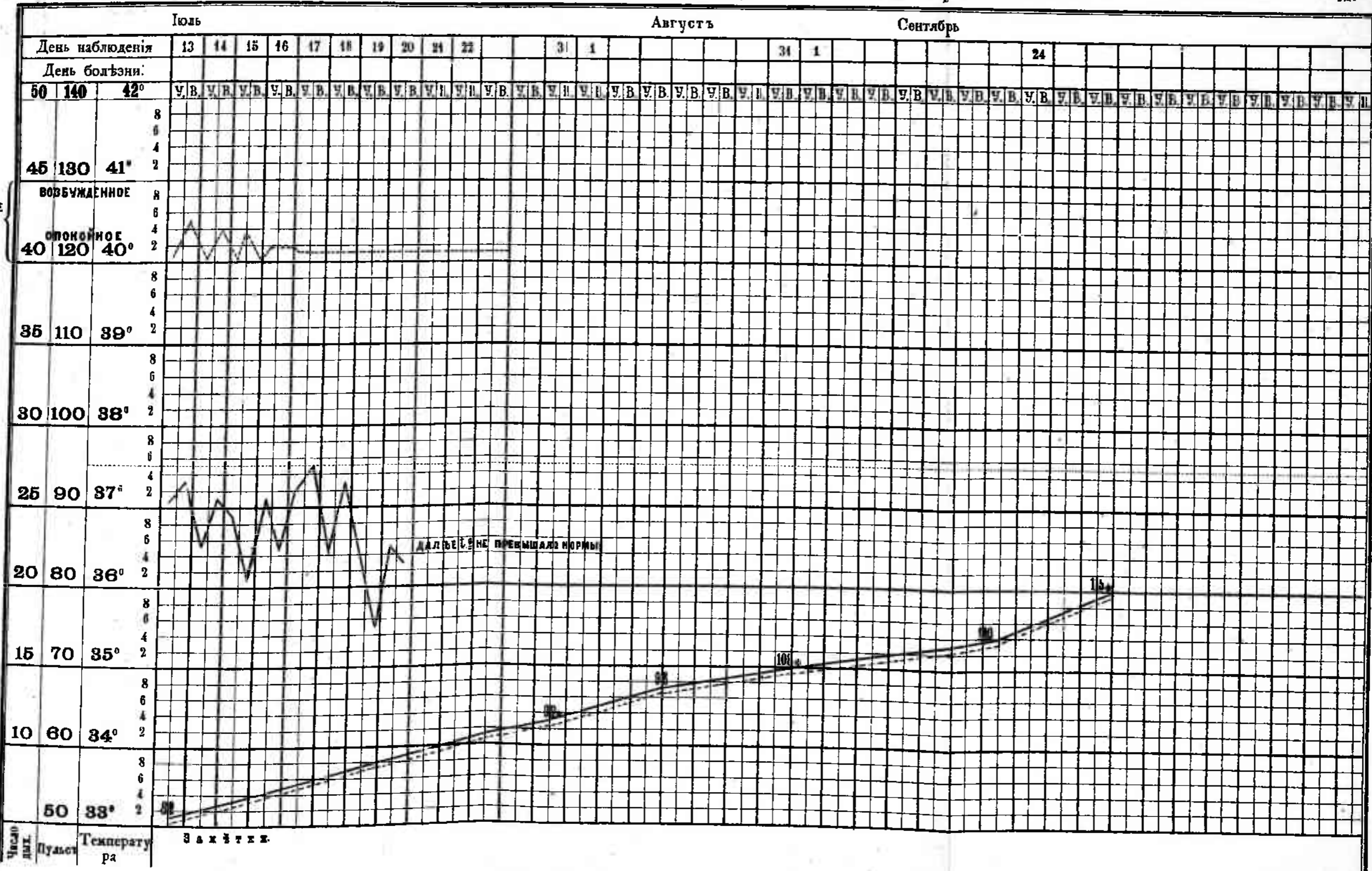
Разбирая эти два случая, прежде всего должно замѣтить, что у нашихъ больныхъ, какъ это извѣстно изъ анамнестическихъ данныхъ, имѣлась невротическая конституція; кромѣ того, какъ та, такъ и другая больная страдали и до поступленія въ лечебницу и въ моментъ поступления маляріей, которая, какъ надо полагать, и послужила причиной, вызвавшей психическія разстройства, протекавшія у нашихъ больныхъ съ достаточно ясно выраженными интересіями въ состояніи душевной дѣятельности.

Правда, первая больная прель психическимъ заболѣваніемъ перенесла сыпной тифъ, но овъ протекалъ и кончился, какъ свидѣтельствуютъ врачи, лечившіе больную, безъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ и психической сферы, при удовлетворительномъ самотическомъ состояніи, а потому могъ послужить только ослабляющимъ моментомъ, а уже на этой ослабленной почвѣ малярія вызвала психозъ, то есть, въ то время какъ съ окончаніемъ сыпного тифа вліяніе его на организмъ прекратилось, послѣдній долженъ былъ бы уже оправляться, но обнаружившаяся малярія начинаетъ дѣйствовать на организмъ и вызываетъ психическое разстройство. Наконецъ, хотя произведенныя нами изслѣдованія крови разбираемыхъ пациентокъ на плазмодіи не дали намъ никакихъ результатовъ, но клипическая картина теченія психическихъ разстройствъ, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ въ связи съ увеличеніемъ селезенки и съ временнымъ повышеніемъ температуры, а также съ явленіями пота и тому подобныя, казалось бы даютъ намъ право констатировать въ каждомъ изъ данныхъ случаевъ наличность страданія маляріей и интермиттирующій характеръ теченія психическаго разстройства, въ первомъ по типу *febris intermittens tertiana*, во второмъ случаѣ—*febris intermittens quotidiana*. Если къ этому прибавить полный успѣхъ леченія препаратами хирина, то несомнѣнно должно придти къ заключенію, что мы имѣемъ передъ собой случаи такъ называемыхъ „Малярійныхъ Психозовъ“. Въ виду того, что въ нашей мѣстности заболѣванія маляріей являются довольно распространенными, то съ перваго взгляда казалось бы, что психическія разстройства на почвѣ малярии должны бы встрѣчаться не особенно рѣдко; однако, если приять во вниманіе





ПСИХИЧЕСКОЕ  
СОСТОЯНІЕ



ДАЛЕЧНЕ НЕ ПРЕВШАЛА НОРМЫ

Число дат Пульс Температу ра ЗАХИТКА

что острые случаи при специфическомъ леченіи и на дому протекають благопріятно и, наконецъ, довольно трудно спеціально диагностировать малярію у душевно-больнаго, то станетъ понятнымъ, что и при нашемъ столь обширномъ больничномъ матеріалѣ спеціальное проявленіе душевныхъ разстройствъ на почвѣ маляріи наблюдается не особенно часто, почему я позволимъ себѣ предложить вниманію глубокоуважаемаго собранія описанныя мною случаи.

Исторія болѣзни первой больной была ведена гг. докторами Сорокинымъ, Болдыревымъ и Гонорковымъ, а второй больной—д-рами Сорокинымъ, Скуринымъ и Гонорковымъ.

## РЕФЕРАТЫ.

### Глазныя болѣзни.

**Я. В. Зеленковскій.** *Къ патогенезу симпатическаго воспаления.* Дисс. С.-ПБ. 1900 года.

Въ обширномъ введеніи авторъ излагаетъ сущность симпатическаго воспаления и существующія теоріи его происхожденія. Заключая этотъ отдѣлъ работы, авторъ высказывается, что ни одна изъ существующихъ теорій о причинахъ симпатическаго воспаления (цилиарная Graefe - Müller'a, миграторно - бактерійная Deutschmann'a, перво-бактерійная Schmidt-Rimpler'a—Panas'a, теорія Berlin'a, Arnold'a) не заслуживаетъ названія теоріи, такъ какъ противъ каждой изъ нихъ имѣются или возраженія клиническаго характера, или отрицательные результаты опытовъ. Въ экспериментальной части своей работы авторъ описываетъ опыты, поставленные съ цѣлью провѣрки трехъ главнѣйшихъ теорій. Результаты во всѣхъ случаяхъ получились имъ отрицательные. Это заставляетъ автора предполагать причину симпатическаго воспаления въ иномъ, именно—во вліяніи токсиновъ, вырабатываемыхъ въ первично пораженномъ глазѣ и переходѣ ихъ по субвагинальнымъ пространствамъ зрительныхъ нервовъ въ другой. Съ цѣлью доказать это, авторъ ставитъ рядъ опытовъ съ впрыскиваніемъ токсиновъ въ субвагинальное пространство зрительнаго нерва, въ стекловидное тѣло глаза кролика, предпославъ этимъ опытамъ результаты изслѣдованій надъ условіями лимфообращенія въ зрительныхъ нервахъ. Изъ первой группы опытовъ авторъ дѣлаетъ выводъ, что стафилококковый токсинъ извѣстной вирулентности, введенный въ субвагинальное пространство зрительнаго нерва, вызываетъ въ соответственномъ глазѣ воспалительныя измѣненія (иритъ, придопиклиръ, папиллатъ—не всегда) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ направиться по субвагинальнымъ пространствамъ къ центру, затѣмъ черезъ хіазму по складкамъ мягкой оболочки въ субвагинальное пространство второго зрительнаго нерва и, наконецъ, можетъ проникнуть во второй глазъ, выз-

навѣ тамъ тѣ же воспалительныя явленія, что и въ первомъ глазу. Вторая группа опытовъ—съ введеніемъ токсина въ стекловидное тѣло—дала доказательные результаты въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ токсинъ вводился повторно. Такихъ опытовъ у автора 19; изъ нихъ только въ 8-ми удалось вызвать явленія, похожія на симпатическое воспаленіе. Измѣненія оболочекъ и субвагинальныхъ пространствъ зрительныхъ нервовъ въ положительныхъ опытахъ заставляютъ автора признать, что переходъ токсиновъ совершался и въ этихъ случаяхъ по субвагинальнымъ пространствамъ.

Основываясь на результатахъ своихъ изслѣдованій, авторъ въ заключеніи работы останавливается на предлагаемой гипотезѣ и находитъ, что съ точки зрѣнія ея можно объяснить многіе факты въ этиологій и клинической картинѣ симпатическаго воспаленія, до сихъ поръ не объяснимыя по существующимъ теоріямъ.

Чирковскій.

**И. Е. Максимовъ.** *О дѣйстви бромистаго ареколина (arecolinum hydrobromicum) на глазъ.* С.-ПБ. 1900 годъ.

Авторъ произвелъ экспериментально-клиническое изслѣдованіе надъ новымъ муотисомъ (бромисто-водородная соль ареколина—алкалоида орѣха Ateca Catechu), выяснивъ его преимущества и нѣкоторые недостатки предъ обычно употребляемыми мотическими средствами—пилокарпиномъ и эзеринномъ. Опыты велись имъ какъ на нормальныхъ, такъ и на патологическихъ, наипаче глаукоматозныхъ, глазахъ. Введеніе въ конъюнктивальный мешокъ  $\frac{1}{2}\%$ — $1\%$  бромистаго ареколина вызываетъ незначительную, скоро преходящую гиперемію конъюнктивы и мало выраженное опущеніе жженія. Эти явленія особенно не рѣзки и быстро исчезаютъ на глаукоматозныхъ глазахъ. Зрачекъ подъ влияніемъ ареколина суживается, при чемъ продолжительность міоза въ глаукоматозныхъ глазахъ не менѣе 3-хъ часовъ. Причину суженія подъ влияніемъ этого средства авторъ видитъ въ раздраженіи ареколиномъ периферическихъ окончаній п. oculomotorii. На ряду съ міозомъ ареколинъ вызываетъ и спазмъ аккомодации, степень и продолжительность котораго различна въ зависимости отъ концентраціи растворовъ. Что касается вліянія изслѣдуемаго средства на внутриглазное давленіе, то авторъ приводитъ относительно этого 49 наблюденій надъ нормальными (15 сл.) и глаукоматозными (34 сл.) глазами. Во всѣхъ случаяхъ при изслѣдованіи тонометромъ пр. Маклакова констатировано пониженіе давленія, при чемъ въ нормальныхъ глазахъ maximum пониженія чаще всего колебался отъ 1,6 до 4,6 mm. Hg, въ глаукоматозныхъ

достигалъ въ среднемъ до 33 mm. Hg. Продолжительность періода пониженія послѣ однократнаго введенія 1% бромистаго ареколина въ нормальныхъ глазахъ равнялась 1—2 часамъ, въ глаукоматозныхъ же пониженіе давленія наблюдалось и на второй день послѣ примѣненія ареколина. При повторномъ введеніи ареколина (3 раза въ день по 2—3 кап.) внутриглазное давленіе глаукоматозныхъ больныхъ держалось пониженнымъ за все время наблюденія (4—5 дней). Останавливаясь на выясненіи причинъ пониженія Тп. подъ вліяніемъ ареколина, авторъ предполагаетъ ее, съ одной стороны, въ суженіи зрачка и вслѣдствіе этого открытія Фонтанова пространства, съ другой—въ суженіи сосудовъ дна глаза съ усиленіемъ ихъ тонуса. Въ заключеніи работы авторъ приводитъ нѣсколько наблюденій нащѣ терапевтическимъ эффектомъ бромистаго ареколина при глаукомѣ. Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ авторомъ достигнуты утѣшительные результаты какъ относительно субъективныхъ, такъ и объективныхъ припадковъ болѣзни. Въ 2-хъ случаяхъ хронической глаукомы, наблюдаемыхъ авторомъ, гдѣ продолжительное примѣненіе пилокарпина не давало никакихъ результатовъ, а эзеринъ совершенно не переносился, однодневное примѣненіе ареколина вызвало исчезновеніе до толѣ мучившихъ больного болей. Кромѣ указанныхъ свойствъ новаго средства авторъ упоминаетъ о легкой растворимости бромистаго ареколина въ водѣ, его способности не разлагаться и не измѣнять своихъ свойствъ при стерилизаціи и, наконецъ, о его сравнительной дешевизнѣ. Употребленіе растворовъ силѣе 1% авторъ не рекомендуетъ.

*В. Чирковский.*

**Л. В. Смирновъ.** *О дѣйстви перонина на глазъ.* Дисс. С.-Пб. 1900 года.

Въ 1899 году Bufalini предложилъ въ глазной практикѣ мѣстное anaestheticum—перонинъ, по химической натурѣ—хлоръ—гидратъ бензолъ морфіянаго эфира, относящійся къ дериватамъ морфія. Авторъ изслѣдовалъ предложенное средство, испытавъ его анестезирующее свойство, его вліяніе на зрачекъ, accommodaцію, тензію, диффузію и на эпителий роговицы. При инстилляціи въ конъюнктивальный мѣшокъ  $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{3}$ —1% раствора перонина наступала быстрая сравнительно съ кокаиномъ, эйканномъ анестезія, продолжительность которой колебалась въ зависимости отъ концентраціи раствора, въ среднемъ равняясь 11—18 $\frac{1}{2}$  мин., при чемъ наблюдалась во всѣхъ почти случаяхъ гиперемія и отекъ конъюнктивы, а субъективно, въ первую минуту по введеніи, чувство жженія, горенія. Всѣ эти явленія довольно быстро проходили и никакихъ вредныхъ



послѣдствій не оставляли. Зрачекъ подѣ влияніемъ перонина суживается и это суженіе иногда держится нѣсколько часовъ, вмѣстѣ съ этимъ наблюдается и спазмъ аккомодациі. Изъ опытовъ автора выяснилось также, что перонинъ понижаетъ внутриглазное давленіе и въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень значительно. Эти свойства изслѣдуемаго средства дали поводъ автору примѣнить его при глаукомѣ. Во всѣхъ описанныхъ случаяхъ (4-хъ) ежедневное примѣненіе  $\frac{1}{3}\%$  раствора перонина въ теченіе  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца дало благоприятные результаты: внутри—глазное давленіе понизилось, зрачекъ сузился, зрѣніе улучшилось, ослабли или совершенно исчезли тягостныя субъективныя ощущенія.

*В. Чирковский.*

## КОЖНЫЯ И ВЕНЕРИЧЕСКІЯ БОЛѢЗНИ.

**А. В. Сибирскій.** *Къ вопросу объ измѣненіяхъ кожи при брюшномъ тифѣ.*—Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. 1901, № 1.

Въ своей работѣ, вышедшей изъ патолого-анатомическаго института Проф. К. Н. Виноградова, авторъ останавливается только на вопросѣ о своеобразной пигментациі ладоней и подошвъ и измѣненіяхъ эластической ткани кожи. Своеобразное окрашиваніе ладоней и подошвъ у брюшныхъ тификовъ въ желтый цвѣтъ, доходящій иногда до оранжеваго и шафраннаго и прилежащее мозолистый видъ конечностямъ людей, совершенно незнакомыхъ съ физическимъ трудомъ, впервые было отмѣчено въ 1893 г. д-ромъ Филипповичемъ. Указанное измѣненіе докторъ Филипповичъ назвалъ «ладонно-подошвеннымъ симптомомъ» и считалъ его патогномичнымъ для брюшного тифа. Существованіе описаннаго симптома въ томъ же году было подтверждено Чепурковскимъ, а въ 1898 было признано, правда съ нѣкоторыми ограниченіями, Quentip'омъ. Вопросъ же объ измѣненіяхъ эластической ткани кожи при тифѣ поднять и подвергнуть изслѣдованію авторомъ почти впервые. За исключеніемъ не многихъ работъ по вопросу о старческихъ измѣненіяхъ кожи и ея эластической ткани (Neuman, Schmidt, Paternostre, Орбантъ и др.) и измѣненіяхъ кожи при раковой кахексиі (Розановъ), всѣ остальные изслѣдованія имѣютъ исключительно въ виду измѣненія

эластической ткани при патологических процессах, локализирующихся въ самой кожѣ.

Для своихъ изслѣдованій авторъ, въ виду желательности однообразія, бралъ кусочки кожи всегда съ вогнутой части лѣвыхъ ладоней и подошвъ (дефектъ для родственниковъ не такъ замѣтенъ, роговой слой не такъ толстъ.) Возрастъ 44 умершихъ, 33 мужчинъ и 11 женщинъ, колебался между 12—42 годами. Среди общей массы были случаи (7) тифа, чуждые какихъ-бы-то-шбыло осложнений; въ 2 случаяхъ пришлось помириться съ нефритомъ; случась, гдѣ кромѣ тифа, имѣлись кожные сыни—туберкулезъ, злокачественныя образованія, болѣзни сердца—авторъ тщательно избѣгалъ. Для сравненія была изслѣдована кожа нѣсколько скоропостижно умершихъ лицъ, у которыхъ, кромѣ поврежденій, причинившихъ смерть, не было никакихъ другихъ измѣненій внутреннихъ органовъ. Для окраски эластическихъ волоконъ авторъ пользовался специальной окраской Weigert'a (1% водный растворъ фуксина съ 2% растворомъ резорцина) и Unna-Tänzer'a (орсеинъ). Результаты контролировались окраской по Balzer'y. Для обнаруженія желѣзосодержащихъ пигментовъ авторомъ былъ употребляемъ 2% растворъ желтой кровяной соли съ послѣдующимъ помѣщеніемъ препарата на  $\frac{1}{2}$ —1 часъ въ  $\frac{1}{2}$  % растворъ соляной кислоты въ глицеринѣ. Параллельно обрабатывались сѣзвы и 2% растворомъ красной кровяной соли. Окраска по Залѣскому давала тѣ же результаты.

Наиболѣе важные выводы автора слѣдующіе.

1) Желтое окрашиваніе ладоней и подошвъ, вопреки утверженію д-ра Филипповича, наблюдается только въ 34% всѣхъ случаевъ брюшного тифа; замѣчается оно и при другихъ болѣзняхъ (туберкулезъ, ракъ, нефритъ и др.) и потому патогмоничнымъ для брюшного тифа считаться не можетъ.

2) Зависитъ это окрашиваніе отъ отложенія въ кожѣ желѣзосодержащаго пигмента.

3) Пигментъ отлагается отчасти въ видѣ зеренъ, отчасти диффузно; въ видѣ зеренъ онъ отлагается въ поверхностныхъ рядахъ кѣлокъ Мальпигіева слоя и зернистомъ слоѣ, диффузно—въ роговомъ слоѣ и глубокихъ рядахъ кѣлокъ Мальпигіева слоя; встрѣчается пигментъ также и въ кожѣ собственно и подкожной кѣлѣчаткѣ. «Въ этихъ областяхъ пигментъ лежитъ или въ видѣ мелкихъ зернышекъ, или заключенъ въ круглыя кѣтки, которыя окрашены или диффузно, или содержатъ отдѣльныя зерна». Голубоватое окрашиваніе отъ желтой кровяной соли на нѣкоторыхъ препаратахъ удалось открыть и въ находящихся въ эпидермисѣ отдѣлахъ выводныхъ протоковъ потовыхъ желѣзъ.

4) Въ селезенкѣ умершихъ отъ брюшного тифа отлагается въ обиліи количествѣ желѣзо-содержащій пигментъ; таковой-же пигментъ появляется иногда и въ печени. «Количество пигмента

возрастаетъ съ теченіемъ тифа». Матеріаломъ для пигмента являются усиленно распадающіеся во время этой болѣзни красные кровяные шарикки.

5) Эластическая ткань кожи и кожныхъ сосудовъ въ теченіе брюшного тифа подвергается глубокимъ измѣненіямъ; часть эластическихъ волоконъ теряетъ способность окрашиваться соответственными красками, часть зернисто распадается, а часть, нужно допустить, совершенно погибаетъ.

6) Въ сосудахъ все указанныя измѣненія бывають выражены рѣзче, чѣмъ въ кожѣ.

7) Измѣненія эластической ткани становятся болѣе или менѣе замѣтными, начиная только съ 3-ей недѣли болѣзни, постепенно прогрессируютъ и обыкновенно достигаютъ наибольшаго развитія на 4 недѣлѣ, а не къ концу 2-ой, какъ утверждалъ д-ръ Короповскій.

8) Возстанавливается эластическая ткань очень медленно. Спустя  $7\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$  недѣль послѣ начала болѣзни не замѣтно даже намековъ на регенерацію.

9) Уменьшеніе въ кожѣ и кожныхъ сосудахъ эластическихъ элементовъ и ихъ качественныя измѣненія, являясь причиной большей податливости кожи по отношенію къ давленію и меньшей устойчивости сосудовъ по отношенію къ сжатію, играютъ, по всей вѣроятности, видную роль въ образованіи пролежней и появленіи описанныхъ различными авторами углубленныхъ полосъ на кожѣ, напоминающихъ рубцы беременныхъ; причина понятна: при пониженіи способности кожи къ сопротивленію даже и незначительныя ея растяженія вызываютъ легко расторженіе. Полосы такія появляются всегда на разгибательной сторонѣ конечностей двусторонне и довольно симметрично и обнаруживаются уже послѣ много-недѣльнаго теченія болѣзни (Kirstein).

С. Порфирьевъ.

---

Проф. И. Зеленовъ. *Болезненное увеличение железъ при сифилисѣ.*  
Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. 1901 года.

№ 1.

Авторъ отмѣчаетъ болѣзненное и значительное опуханіе железъ бедренныхъ, локтевыхъ и затылочныхъ у сифилитика, чрезъ 4 мѣсяца послѣ зараженія, одновременно съ возвратной розеолой, напулами, лярингитомъ и афоніей. Назначено было смѣшанное ртути-

йодистое лѣченіе и мѣстно на железѣ мазь: jodi puri 0,5, kalii jodat. 2,0, lanolin—vaselin. aa 15,0. Болѣзненность прошла черезъ 5 дней, железы сильно уменьшились, а послѣ 30 впрыскиваній исчезли всеявленія сифилиса. Болѣзненность и увеличеніе локтевыхъ и паховыхъ железъ были настолько значительны, что совершенно препятствовали движению.—Настоящій случай въ практикѣ автора далско не первый.

С. Порфирьевъ.

Проф. И. Зеленевъ. *Largin*.—Русскій журналъ кожныхъ и венерическихкихъ болѣзней. 1901 г. № 1.

*Largin*—буроватый порошокъ—представляетъ собою соединеніе бѣлка съ серебромъ (11,1% послѣдняго), растворимъ въ холодной и горячей водѣ до 10,5%, въ концентраціи 1:4000 убивалъ гонококковъ въ теченіе 10 минутъ (Pezzoli)

Авторъ на основаніи «очень большого матеріала» признаетъ *largin* весьма дѣйствительнымъ средствомъ при леченіи какъ передняго, такъ и задняго перелоя и въ острой, и хронической формахъ, а также и при пораженіяхъ пузыря.

Главное преимущество *largin*'а авторъ видитъ въ сильно-дезинфицирующихъ свойствахъ послѣдняго: «ни отъ одного средства, пишетъ онъ, я не получалъ такой полной дезинфекціи, какъ отъ *largin*». Послѣ примѣненія его въ центрофугованной мочѣ микроскопически не удавалось открыть ни одной бактеріальной формы, тогда какъ до леченія каналъ изобиловалъ микроорганизмами. Наблюдавшееся при *largin*'ѣ, въ первый годъ его примѣненія, сильное раздраженіе—учащенный позывъ на мочеиспусканіе—теперь, благодаря лучшей выработкѣ препарата, устранено совсѣмъ.

Не признавая цѣлесообразнымъ рекомендуемый многими авторами приемъ задерживанія лекарства въ каналѣ на 25—30 минутъ, авторъ въ случаяхъ острого триппера примѣняетъ лишь обильное орошеніе канала нѣсколько разъ къ яду. Концентрація раствора при остромъ трипперѣ колебалась отъ  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$  ‰. Характеръ выделенія рѣзко мѣнялся черезъ 3—4 дня, самое большее, черезъ недѣлю, а все леченіе занимало отъ 2 до 3 недѣль. При хроническомъ уретритѣ (задѣтъ былъ и мочевой пузырь) авторъ вводилъ въ пузырь или по Janet'у, или черезъ тонкій (Porges № 13) тщательно обеззараженный катетеръ водный растворъ *largin*'а въ количествѣ 500 гр. Большой выводилъ потомъ растворъ сампроизвольно. Начальная концентрація съ  $\frac{1}{3}$  ‰, въ теченіе 3 недѣль, постепенно повышалась до 1—

2%, а въ теченіе 4-ой недѣли также понижалось до первоначальной величины.

С. Порфирьевъ.

**Проф. И. Зеленовъ.** *Безболѣзненное теченіе острого перелоа.*—  
Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. 1901 года.

№ 1.

У больного, офицера, 22 лѣтъ отъ роду, авторъ нашелъ при объективномъ изслѣдованіи эритематозную ангину, plaques на языкѣ, общую аденопатию, дермографизмъ, болѣзненность въ области грудныхъ позвонковъ, лихорадочное состояніе и «характерный лѣвосторонній перелойный орхо-эпидидимитъ». Микроскопъ открылъ присутствіе гонококковъ. Ни течи, ни рѣзи, ни какихъ-либо другихъ явленій острого или хроническаго перелоа больной никогда не замѣчалъ. Опухоль яичка и придатка рѣзко уменьшилась при примѣненіи горячихъ ваннъ и разрѣшающихъ мазей, гонококки исчезли послѣ орошенія канала растворомъ Iargina ( $\frac{1}{5}$  %— $1\frac{1}{3}$  %). Больной—интеллигентный человѣкъ и не имѣлъ никакихъ оснований скрывать отъ врача свою болѣзнь. Аналогичные случаи въ практикѣ автора не единичны.

С. Порфирьевъ.

**Проф. В. М. Тарновскій.** *Атипичскія формы сифилиса.* Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. 1901 г. № 1.

Признавая несомнѣннымъ фактъ существованія „унаслѣдованной невосприимчивости къ зараженію сифилисомъ со стороны ребенка, рожденнаго отъ родителей сифилитиковъ и не представляющаго явленій наследственнаго сифилиса, авторъ, на основаніи накопившагося у него за 40 лѣтъ матеріала, приходитъ къ заключенію, что указанная невосприимчивость въ громадномъ большинствѣ случаевъ не остается на всю жизнь; она теряется иногда даже въ дѣтствѣ (на 2-омъ году—случай Воск'а), чаще же ко времени по-

ловой зрѣлости. Невоспримчивость, продолжающаяся всю жизнь, составляет рѣдкое исключеніе, хотя самое существованіе ея вѣ всякаго сомнѣнія. Въ доказательство послѣдняго авторъ цитируетъ случай Фингера; онъ упоминаетъ также о нѣсколькихъ случаяхъ изъ своей практики, изъ которыхъ особенно доказательнымъ считаетъ одинъ, когда родившаяся отъ имѣвшаго до женитьбы приобретенный сифилисъ отца особа, не проявляющая къ тому же явленію наследственнаго сифилиса, не заразилась при половыхъ сношеніяхъ съ мужемъ при существованіи у него мокнущихъ папулъ *glandis penis*, рта и зѣва въ первые три мѣсяца супружеской жизни.

Сифилисъ, приобретаемый вторымъ поколѣніемъ сифилитиковъ, т. е. лицами, родившимися безъ явленій наследственнаго сифилиса отъ родителей, имѣвшихъ приобретенный сифилисъ или, по номенклатурѣ автора, такъ наз. удвоенный сифилисъ, *syphilis binaria*, въ известнѣхъ отношеніяхъ отличается какъ отъ обыкновеннаго приобретеннаго, такъ и чисто наследственнаго. Главнѣйшія формы подобныхъ уклоненій сводятся къ слѣдующему:

a) *Syphilis abortiva*, когда болѣзнь безъ примѣненія специфическаго лѣченія не идетъ дальше первичнаго затверденія, заживающаго при чисто мѣстномъ лѣченіи, и безболѣзненнаго аденита, самопроизвольно рассасывающагося.

b) *Syphilis levis s. benigna*, когда болѣзнь послѣ обычнаго инкубационнаго періода, при неполномъ ртутномъ лѣченіи или даже безъ него, ограничивается первымъ высыпомъ и иногда однимъ легкимъ рецидивомъ и затѣмъ уже исчезаетъ безслѣдно.

c) *Syphilis atypica proprie sic dicta*—неправильное чередованіе проявленій болѣзни съ склонностью то къ легкому, то къ тяжелому теченію. Авторъ приводитъ исторію болѣзни одного больного, у котораго послѣ перваго инкубационнаго періода въ 36 дней и втораго въ 7 мѣсяцевъ (леченія не было), послѣдовательныя явленія выразились лишь выпаденіемъ волосъ, чрезъ 1½ года развился полиаденитъ, далѣе—чрезъ 10 мѣсяцевъ—спустя послѣ мокнущихъ папулъ, не смотря на приемы іодистаго калия, обнаружился узловатый сифилидъ, а вслѣдъ за нимъ развилось пораженіе сосудовъ мозга съ временной афазіей; афазія прошла, а потомъ, чрезъ 5 лѣтъ, снова узловатый сифилидъ (не смотря на леченіе іодистымъ кліемъ).

Описанными аномаліями авторъ, конечно, совсѣмъ не думаетъ исчерпать область отступленій, которыя можетъ дать *syphilis binaria* по сравненію съ обыкновеннымъ *syphilis acquisita* и, съ другой стороны, совсѣмъ не считаетъ ихъ чѣмъ то неизбѣжнымъ, наступающимъ при немъ съ роковымъ постоянствомъ; можно сказать даже болѣе—онъ считаетъ ихъ, пожалуй, исключеніемъ изъ общей массы случаевъ, когда *syphilis binaria* протекаетъ, ничѣмъ не отличаюсь по проявленіямъ отъ обыкновенной формы *syphilis acquisita*.

Существенно характерной особенностью, присущей всё́мъ безъ исключенія случаямъ *syphilis binaria*, нужно признать, по автору, на основаніи его наблюденій надъ 3 послѣдовательными поколѣніями сифилитиковъ, то особенно губительное вліяніе, которое *syphilis binaria* оказываетъ на потомство. При одинаково благоприятныхъ условіяхъ относительно врачебной помощи и жизни вообще число выкидышей и мертворожденныхъ съ 35—37 процентовъ (которые наблюдаются, по автору, у обыкновенныхъ сифилитиковъ) при *syphilis binaria* возрастаетъ до 46—47%. Смертность дѣтей въ возрастѣ до 1 года (сюда же отнесены и выкидыши и мертворожденные) при *syphilis binaria* родителей повышается до 61—62% съ 33—34%—средній наблюдаемый авторомъ % смертности у чистаго третьяго <sup>1)</sup> поколѣнія сифилитиковъ. Частота явленій наследственнаго сифилиса и различнаго рода дистрофій (въ большинствѣ случаевъ съ болѣе тяжелымъ характеромъ ихъ) при *syphilis binaria* родителей увеличивается до 60% вмѣсто 11, 2%, какъ наблюдается у чистаго третьяго поколѣнія сифилитиковъ.

Указанными факторами, т. е. отсутствіемъ болѣе или менѣе продолжительнаго иммунитета у наследственныхъ сифилитовъ, доступностью ихъ къ новому зараженію и усиливающимся при этомъ губительнымъ вліяніемъ болѣзни на потомство въ связи съ неувѣжествомъ массы, авторъ и думаетъ объяснить быстрое вымирание населенія при эпидемическомъ сифилисѣ у нѣкоторыхъ нашихъ инородческихъ племенъ или въ извѣстныхъ случаяхъ сельскаго сифилиса глухихъ мѣстностей, а въ мѣстѣ съ тѣмъ въ корень подрываетъ оптимистическія надежды на постепенное изчезновеніе сифилиса путемъ сифилизаціи населенія. «Населеніе извѣстной мѣстности, при мало подвижности его, можетъ совершенно уничтожиться въ силу постоянно усиливающейся убыли населенія, вымирания въ дѣтскомъ возрастѣ и увеличивающагося числа дегенерантовъ, неспособныхъ къ продолженію рода. Но не погибнетъ и не вырождается болѣзнь, которая на послѣднихъ представителяхъ вырождающихся семей сохранитъ свою заразительность, т. е. способность быть переданною здоровымъ людямъ, пришедшимъ въ соприкосновеніе съ угасающимъ населеніемъ и проявится на нихъ вновь съ первоначальной неизмѣнной силой», пишетъ авторъ въ концѣ своей статьи.

*С. Порфирьевъ.*

---

<sup>1)</sup> Первымъ поколѣніемъ сифилитиковъ авторъ считаетъ «семью, въ которыхъ мужъ или жена, или оба вмѣстѣ имѣютъ приобретенный сифилисъ». Вторымъ поколѣніемъ авторъ считаетъ лицъ, родители которыхъ имѣли приобретенный сифилисъ; это—первая сифилитическая наследственность. Третье поколѣніе представляетъ изъ себя «приплодъ отъ браковъ лицъ второго поколѣнія (вторая сифилитическая наследственность)».

## Внутреннія болѣзни.

**Квицинскій.** *Plexus coeliacus въ теченіе брюшного тифа.* Дисс. С.-Пб. 1900 г.

Авторъ описываетъ измѣненія солнечнаго сплетенія при брюшномъ тифѣ. Приведа соответствующую литературу и указавъ на анатомио-физиологическія данныя pl. coeliasci, д-ръ Квицинскій излагаетъ методику изслѣдованія, краткія исторіи болѣзни и протоколы вскрытій 31 случая брюшного тифа. Въ концѣ своей работы подробно разбираетъ патолого-анатомическія измѣненія. Выводы слѣдующіе: I) Солнечное сплетеніе въ теченіи брюшного тифа подвергается со стороны нервныхъ элементовъ его ряда измѣненій, имѣющихъ ясно выраженный гнѣздный характеръ, т. е. на препаратахъ солнечнаго сплетенія до 5-ой недѣли брюшного тифа, рядомъ съ нормальными видимо нервными клетками, мы видимъ и всевозможныя формы перерождающихся нервныхъ клетокъ, II) Дегенеративныя измѣненія клетокъ, со стороны протоплазмы ихъ, представляются въ слѣдующемъ видѣ: 1) мутное набуханіе нервныхъ клетокъ, 2) разрѣженіе протоплазмы набухшихъ клетокъ, начинающееся съ периферіи ея, 3) вакуолизациа протоплазмы, 4) гомогенное перерожденіе протоплазмы нервныхъ клетокъ, тоже съ периферіи ея (въ видѣ каемки), 5) сморщиваніе и некрозъ клетокъ. III) Со стороны ядеръ измѣненія состоятъ: 1) въ набуханіи ядеръ, 2) диффузной слабой или интенсивной окраскѣ ихъ, 4) потери правильности и ясности контуровъ, 4) уменьшеніи ихъ въ величинѣ (сморщиваніе), 5) вакуолизациа, 6) исчезаніи составныхъ частей ядра и полной утратѣ ядеръ. IV) Капсула нервныхъ клетокъ и строма узла никакихъ измѣненій не представляютъ V) Процессъ возстановленія нервныхъ клетокъ, съ окончаніемъ тифознаго процесса, начинается около 5-ой недѣли брюшного тифа и идетъ очень медленно, такъ что въ періодѣ уже закончившагося рубцеванія (6—7 недѣля) на препаратахъ можно еще видѣть измѣненныя нервныя клетки.

Л. Усковъ.



**Стрѣлновъ.** *Наблюденія надъ ингаляціями препаратовъ мяты при катаррахъ дыхательныхъ органовъ.* Дисс. С.-ПБ. 1900 г.

Указавъ на важность изученія вопроса о леченіи различныхъ хроническихъ катарровъ дыхательныхъ путей, авторъ останавливается на бальзамическихъ средствахъ, производящихъ уменьшеніе отдѣленія. Среди нихъ первое мѣсто занимаетъ мятное масло. Авальгезическія и въ особенности сильныя антисептическія свойства послѣднего уже вызвали попытки примѣненія препаратовъ мяты при леченіи фурункулеза паружнаго слухового прохода (R. Choleva), при бугорчаткѣ легкихъ (Rosenberg, Леонардъ Брэддонъ, Оссендовскій). Въ виду благоприятныхъ сообщеній этихъ авторовъ, а также того соображенія, что воспаленная слиз. об. бронховъ, утолщенная и отчасти лишенная своего эпителія, представляетъ болѣе удобную почву для развитія микроорганизмовъ, а мята дѣйствуетъ сильно антисептически, авторъ и рѣшился испытать вліяніе препаратовъ мяты на затяжные, торидные, часто повторяющіеся, безлихорадочные катарры бронховъ. T-ra menthae rip. et. ol. menth. rip. употреблялись въ видѣ влажныхъ и сухихъ ингаляцій. Въ первомъ случаѣ настойка мяты въ количествѣ 10—60 каплей смѣшивалась съ 100 кубическихъ сант. прокипяченной воды и распылялась обыкновеннымъ пульверизаторомъ; во второмъ случаѣ масло накапывалось на вату, помещенную въ расширеніе цилиндрической части воронки и вдыхалось больными. Всѣхъ больныхъ было 21. Леченіе продолжалось 2 недѣли. Изъ наблюденій оказалось, что у 4 больныхъ съ эмфиземой легкихъ терапия не достигла цѣли. Изъ 9 больныхъ съ хроническимъ бронхитомъ и бронхопневмоніей 5 дали положительный результатъ, а 4 неопредѣленный. У больного съ гангреной легкихъ рѣзкаго улучшенія не получилось. У всѣхъ 14 упомянутыхъ больныхъ вѣсъ тѣла увеличился. Суточное количество мокроты уменьшилось изъ 14 больныхъ у 11-ти. Спирометрическая емкость легкихъ изъ 14 увеличилась у 10. Пневмометрическая сила выдоха и вдоха изъ 10 больныхъ увеличилась у 9. Динамометрическая сила мышцъ увеличилась у 7. Влажные хрипы въ легкихъ значительно уменьшились изъ 14-ти больныхъ у 5-ти. Сонъ улучшился у 3-хъ. Ночные поты исчезли у 2-хъ. Кашель замѣтно ослабѣлъ изъ 14 больныхъ у 5-ти. Непріятныхъ побочныхъ дѣйствій не наблюдалось. У 7-ми же больныхъ, страдавшихъ туберкулезомъ легкихъ, положительнаго результата не получилось ни у одного больного, хотя замѣчалось частичное улучшеніе и у нѣкоторыхъ больныхъ.

*Л. Усковъ.*

**Пекелись.** *Материалы къ вопросу о переходѣ жира въ сахаръ у диабетиковъ.* Дисс. С.-ПБ. 1900 г.

Образованіе сахара изъ жира трактуется въ литературѣ различно. Neumeister, Lépine, v. Minkowsky отрицаютъ возможность перехода жира въ сахаръ. Напротивъ того, Seegen, Weiss, Rumpf, Rosenquist и др. полагаютъ, что и жиры пищи могутъ служить матеріаломъ для образованія сахара, постоянно выдѣляемаго мочей диабетиковъ. Проверкой послѣдняго мнѣнія и занялся авторъ, руководствуясь планомъ изслѣдованія Rosenquist'a. Наблюденію подверглось 3 больныхъ съ сахарнымъ диабетомъ. Больные во все время наблюденія находились на возможно строгой бѣлково-жировой діетѣ, при чемъ количество углеводовъ въ пищѣ доводилось до возможнаго minimum'a—отъ 20 до 150 грм. въ сутки. Бѣлки и жиры давались въ видѣ слѣдующихъ пищевыхъ веществъ: жаренаго мяса, бифштекса, баранины, телятины, котлеты, молока, масла столоваго и сливочнаго, яицъ, сыра, малороссійскаго соленаго сала и бульона. Углеводы же назначались въ видѣ ипеничнаго хлѣба и обыкновеннаго кристаллическаго сахара. Составъ пищевыхъ средствъ, получавшихся больными, опредѣлялся по König'у, отчасти по работамъ русскихъ изслѣдователей съ точки зрѣнія процентнаго состава бѣлковъ, жировъ, сахара и прочихъ углеводовъ. Азотъ мочи и кала опредѣлялся по Kjeldahl-Wilfarth'у—Аргутинскому съ нѣкоторыми измѣненіями. Количество сахара опредѣлялось по способу, описанному Папутинимъ въ его «Курсѣ общей и экспериментальной патологій», и поляризацией по Soleil-Wentzke. Въ теченіе подготовительнаго періода опредѣлялся ежедневно азотъ мочи, кала, количество сахара въ мочѣ; въ то-же время количество вводимыхъ съ пищей углеводовъ постепенно ограничивалось. Затѣмъ начинался періодъ наблюденій, длившійся у перваго больного 10 дней, у 2-го 10 дней и у 3-ей больной 9 дней. Суть изслѣдованій заключалась въ опредѣленіи отношенія между количествомъ сахара, которое должно было бы получиться, если бы онъ образовался только изъ бѣлковъ пищевого и органическаго и введенныхъ съ пищей углеводовъ, и количествомъ находящагося сахара въ мочѣ. Если бы эти количества оказались равными, то слѣдовало бы предположить, что сахаръ образуется только на счетъ бѣлковъ и углеводовъ. Если же получился бы излишекъ сахара въ мочѣ, то его слѣдовало бы отнести уже къ третьей составной части пищи, а именно къ жирамъ. Во всѣхъ наблюдавшихся случаяхъ д-ръ Пекелись обнаружилъ значительный излишекъ сахара въ мочѣ, который нельзя было объяснить образованіемъ изъ распавшагося бѣлка (пищевого и органическаго), а равно введенными въ пищу углеводами; а потому авторъ пришелъ къ заключенію, что этотъ избытокъ сахара въ значительной своей части долженъ образоваться изъ жира.

*Л. Усковъ.*

**Безсоновъ.** *Материалы къ вопросу о сердечныхъ шумахъ.* Дисс. С.-ПБ. 1900 г.

Большинство авторовъ (Balfour, Wunderlich, Friedreich, Bamberger, Stack, Beau, Peacock, Jaccoud, Heitler, Stokes, Scoda, Guttman, Fagge, Dusch, Эйхвальдъ, Sahli, Шаширо, Папутинъ, Coustan, Duponchel и т. д.) полагаютъ, что для образованія шума у венознаго отверстия необходима недостаточность двухстворчатой заслонки, зависящая или отъ расширенія желудка, или отъ недостаточнаго отправления сосочковыхъ мышцъ, влекущая за собою неполное запираніе венныхъ клапановъ; для шумовъ у артеріальныхъ отверстій яснаго объясненія не дано. Traube думаетъ, что для образованія шума требуется быстрое измѣненіе напряженія артеріальныхъ стѣнокъ при весьма маломъ напряженіи этихъ стѣнокъ вслѣдствіе весьма малаго напряженія крови въ сосудистой системѣ; Dusch же сводитъ шумъ на неправильности вращательныхъ движеній кровяной волны и треніе между собою частичекъ жидкости при услои мгновеннаго перехода жидкости изъ болѣе узкой части трубки въ болѣе широкую подъ сильнымъ давленіемъ въ желудкахъ. Sahli главнымъ образомъ видитъ причину шумовъ въ увеличенной скорости выходения крови изъ сердца. Bouillaud, Paul, Balfour, Albutt, Hayden, Potain ставятъ происхожденіе шумовъ въ связь съ анеміей, Dusch, Sahli заявляютъ, что разжиженіе крови только способствуетъ болѣе легкому возникновенію шумовъ, Austin Flint, Potain значенія анеміи не придаютъ. Въ виду существованія приведенныхъ разногласій авторъ путемъ клиническихъ наблюденій старался выяснитъ: 1) насколько гидремия необходима для образованія неорганическихъ сердечныхъ шумовъ и 2) причину происхожденія означенныхъ шумовъ. Для достиженія этой цѣли онъ опредѣлялъ у больныхъ съ неорганическими шумами уд. вѣсъ крови, количество гемоглобина, колич. кр. кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. мм. крови и въ нѣсколькихъ случаяхъ, сухой остатокъ крови; далѣе онъ измѣрялъ кровяное давленіе на арт. radialis воздушнымъ сфигмоманометромъ Basch'a, видоизмѣненнымъ Тегеритедтомъ, снималъ кривую пульса сфигмографомъ Richardson'a и слѣдилъ за измѣненіемъ интенсивности шумовъ при различныхъ положеніяхъ тѣла. Наблюденія сдѣланы надъ 34 больными, изъ которыхъ съ неврастеніей было 4, съ анеміей 14, съ инфлюенціей 2, съ язвою желудка 1, съ хроническимъ катарромъ кишекъ 1, съ ревматизмомъ 1, съ хлорозомъ 2, съ лейкеміей 1, съ хронической пневмоніей 1, съ маляріей 1, съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ 2, съ брюшнымъ тифомъ 2, съ возвратнымъ тифомъ 1, съ паренхиматознымъ нефритомъ 1. Относительно вліянія анеміи на образованіе шумовъ онъ пришелъ къ тому выводу, что шумъ на двухстворчатой заслонкѣ совершенно не зависитъ отъ состава крови, шумъ на аортѣ и въ особенности шумъ на легкой артеріи встрѣчаются при измѣненномъ составѣ крови въ смыслѣ увеличенія ея водянистости и уменьшенія форменныхъ элементовъ. Обращаясь затѣмъ ко второй

части своихъ изслѣдованій, онъ прежде всего констатируетъ фактъ, что постепенный переходъ изъ вертикальнаго въ сидячее, изъ сидячаго въ горизонтальное и, наконецъ, изъ послѣдняго въ горизонтальное съ поднятыми ногами положеніе увеличиваетъ внутрисердечное давленіе. Далѣе онъ замѣчаетъ, что шумъ на двустворчатой развивається главнымъ образомъ въ горизонтальномъ и въ горизонтальномъ съ поднятыми ногами положеніяхъ, т. е. въ тѣхъ положеніяхъ, при которыхъ внутрисердечное давленіе становится увеличеннымъ, а потому онъ приписываетъ появленіе этого шума недостаточности двустворчатой заслонки или вслѣдствіе ослабленія дѣятельности папиллярныхъ мышцъ лѣваго желудочка, или расширенія полости того же желудочка. Для доказательства указаннаго вывода, авторъ кромѣ теоретическихъ разсужденій о возможности силощиванія и истонченія папиллярныхъ мышцъ и уменьшенія резистенціи сердечной мышцы при повышеніи давленія, приводитъ сфигмографическія кривыя, снятыя при различныхъ положеніяхъ. Подтвердить свое предположеніе выстукиваніемъ сердца онъ отказывается, такъ какъ при горизонтальномъ положеніи размѣры сердца всегда имѣютъ наклонность уменьшаться. Отсутствие въ этихъ случаяхъ шума на трехстворчатъ является, по мнѣнію автора, главнымъ образомъ вслѣдствіе менѣе рѣзкихъ и болѣе медленныхъ колебаній давленія и лучшаго приспособленія праваго желудочка. Что касается происхожденія шумовъ на аортѣ и на легочной артеріи, то авторъ ставитъ ихъ главнымъ образомъ въ связь съ измѣненіемъ скорости кровяного тока. Констатировавъ появленіе шума на аортѣ въ стоячемъ положеніи, д-ръ Безсоновъ, на основаніи изслѣдованій проф. Пашутина на искусственной кровеносной системѣ о вліяніи тяжести крови на кровообращеніе, приписываетъ шумъ ускоренію тока крови у аортальнаго отверстія вслѣдствіе малого напряженія кровяного давленія въ началѣ аорты и быстро и болѣе сильнаго сокращенія сердца. Помимо тяжести крови въ измѣненіи напряженія кровяного давленія виновата пониженная приспособляемость кровеноснаго ложа къ перебнамъ въ артеріальномъ давленіи. Пониженіе давленія констатировано измѣреніемъ аппаратомъ Basch'a и сфигмографическими кривыми. Болѣе широкое устье легочной артеріи и меньшая разница въ давленіи въ послѣдней и въ правомъ желудочкѣ неблагоприятствуютъ частому появленію шума на легочной артеріи. Появленіе шума на аортѣ при положеніи только на правомъ или на лѣвомъ боку зависитъ отъ измѣненія конфигураціи отверстія вслѣдствіе перебненія сердца. Вліяніе гидремии на появленіе шумовъ авторъ объясняетъ увеличеніемъ скорости тока вслѣдствіе уменьшенія удѣльнаго вѣса крови. Неорганическіе шумы должны быть отнесены къ внутрисердечнымъ шумамъ.

*Л. Усковъ.*

**А. Т. Островскій.** *Къ вопросу о послѣдовательномъ туберкулезномъ пораженіи гортани при туберкулезѣ легкихъ.* Дисс. С.-Пб. 1900 г.

Авторъ приводитъ литературу, которая существуетъ по интересующему его вопросу, до и послѣ открытія бугорчатыхъ палочекъ проф. Koch'омъ. Въ настоящее время относительно вторичной бугорчатки гортани существуетъ уже нѣсколько мнѣній, имѣющихъ каждое своихъ сторонниковъ, изъ которыхъ одни допускаютъ проникновеніе бугорчатыхъ палочекъ со стороны эпителиальнаго покрова слизистой оболочки гортани, другіе держатся того взгляда, что палочки попадаютъ изнутри путемъ лимфатическихъ сосудовъ, и третьи для туберкулезной бациллы признаютъ какъ тотъ, такъ и другой способъ внѣдренія. Въ виду того, что до настоящаго времени вопросъ о послѣдовательномъ туберкулезномъ пораженіи гортани остается не вполне выясненнымъ, авторъ и рѣшился взять на себя трудъ усиленнаго его разрѣшенія.

Матеріаль для этой работы былъ предоставленъ изъ патолого-анатомическаго кабинета проф. Виноградова и Обуховской больницы. Въ своемъ распоряженіи авторъ имѣлъ 24 гортани, изъ которыхъ въ 14 были туберкулезныя язвы, а въ 10 остальныхъ наблюдались одніе эрозіи или на ряду съ ними бугорки, то болѣе свѣжаго, то болѣе стараго происхожденія. Въ 15 случаяхъ исследовались кромѣ того и лимфатическія железы, расположенныя около гортани. Во всѣхъ этихъ случаяхъ наблюдался туберкулезъ легкихъ въ видѣ разлитого уплотненія цѣлыхъ долей, съ кавернами въ легочныхъ верхушкахъ, величиною отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца. Туберкулезный процессъ наблюдался и въ другихъ органахъ. Слизистая оболочка гортани, отсепарованная по самому хрящу или же взятая вмѣстѣ съ послѣднимъ, разрѣзалась на кусочки, которая сначала опускались на три дня въ 96% спиртъ, который ежедневно смѣнялся, затѣмъ переносились для окончательнаго обезвоживанія въ абсолютный спиртъ на сутки и послѣ этого заключались въ целлоидинъ. Срѣзы, приготовленные на микротомѣ Рейхерта, обрабатывались карболовымъ растворомъ фуксина въ теченіе 24 часовъ и послѣ этого подвергались дополнительной окраскѣ воднымъ растворомъ Methylenblau. Въ своей работѣ авторъ приводитъ подробное описаніе микроскопическихъ картинъ, которыя ему приходилось наблюдать.

На основаніи своихъ исследованийъ авторъ приходитъ къ слѣдующихъ выводамъ

1) Коховскія бациллы, при туберкулезномъ пораженіи гортани хроническихъ, встрѣчаются во всѣхъ слояхъ слизистой ея оболочки, начиная отъ эпителиальнаго покрова и до мышечнаго слоя включительно.

2) Присутствіе коховскихъ бациллъ въ эпителии неизмѣненной слизистой оболочки гортани можетъ служить доказательствомъ того,

что видѣреніе ихъ въ послѣднюю происходитъ со стороны эпителиальнаго покрова, а не изъ глубины путемъ лимфатическихъ сосудовъ.

3) Въ случаяхъ, гдѣ туберкулезный процессъ гортани выражался появленіемъ только однихъ бугорковъ и эрозій, коховскія бациллы при микроскопическомъ изслѣдованіи слизистой оболочки находились всегда въ незначительномъ количествѣ и обнаруживались преимущественно въ верхнихъ слояхъ подэпителиальной ткани. Тамъ же, гдѣ слизистая оболочка гортани представлялась уже изъязвленной, количество бациллъ было большею частью значительнымъ, причемъ въ глубокихъ слояхъ слизистой оболочки онѣ встрѣчались чаще въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ слояхъ поверхностныхъ.

4) Въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ, взятыхъ для микроскопическаго изслѣдованія отъ случаевъ съ изъязвленной слизистой оболочкой гортани, коховскія бациллы находились всегда въ значительно меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ самой слизистой оболочкѣ, и вовсе не были найдены въ лимфатическихъ железахъ во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ, въ которыхъ слизистая оболочка гортани не представлялась изъязвленной и была поражена туберкулезнымъ процессомъ въ самой начальной степени его развитія.

Затѣмъ авторъ приводитъ протоколы вскрытій, въ которыхъ указываетъ на макроскопическія измѣненія, наблюдаемыя въ гортани, легкихъ и другихъ органахъ, пораженныхъ туберкулезомъ. Въ концѣ работы помѣщена таблица съ 4 рисунками. Всѣ рисунки представляютъ слизистую оболочку истинныхъ голосовыхъ связокъ и сдѣланы съ препаратовъ, окрашенныхъ вышеупомянутымъ способомъ.

*М. Глазовъ.*

---

**А. П. Пашинъ.** *Къ вопросу о стойкости крови при хлорозѣ и анеміи.* Дисс. С.-ПБ. 1900 г.

Въ началѣ своей работы авторъ указываетъ на лишь, занимавшихъ эти вопросы какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей. Затѣмъ кратко описываетъ методы изслѣдованія стойкости крови Hamburger'a, Limbeck'a, Laqueur'a, Landois, Vaquez, проф. Яновскаго и д-ровъ Недригайлова и Баумгольца. Авторъ сообщаетъ выводы, къ которымъ пришли проф. Яновскій и д-ра Недригайловъ и Баумгольцъ, работавшіе по одному и тому же методу. Своимъ изслѣдованіемъ авторъ

предпосылаетъ описаніе хлороза, указываетъ на его этиологію, на объективные и субъективные симптомы. Для своихъ изслѣдованій авторъ бралъ слѣдующіе растворы NaCl: 3% — для консервированія красныхъ кровяныхъ шариковъ и 0,4% — для опредѣленія стойкихъ тѣлецъ; растворы эти приготовлялись изъ химически чистой соли, доведенной до постоянного вѣса. Каждую недѣлю растворы дѣлались свѣжіе, такъ какъ 3% растворъ NaCl черезъ десять дней обыкновенно мутится. Счетъ красныхъ кровяныхъ шариковъ авторъ производилъ при помощи аппарата Тома-Цейсса; количество гемоглобина опредѣлялось аппаратомъ Флейшля. Авторъ наблюдалъ 30 амбулаторныхъ больныхъ съ хлорозомъ. Изслѣдованія больныхъ старался дѣлать черезъ двѣ недѣли. Всѣ больные получали желѣзо въ формѣ пилюль Bland'a.

На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

- 1). Стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ у больныхъ хлорозомъ представляется обыкновенно увеличенной, хотя и въ весьма различной степени.
- 2). Количество гемоглобина было во всѣхъ случаяхъ уменьшено.
- 3). Число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ большинствѣ случаевъ безъ существенной перемѣны въ сравненіи съ нормой.
- 4). При улучшеніи всѣхъ симптомовъ послѣ назначенія желѣза стойкость у больныхъ хлорозомъ измѣняется въ большинствѣ случаевъ въ ту или другую сторону.
- 5). Количество гемоглобина при леченіи желѣзомъ увеличивается и при томъ скорѣе, чѣмъ уменьшается стойкость.
- 6) Осложненіе какой либо инфекціей рѣзко вліяетъ на увеличеніе стойкости.

Въ концѣ работы авторъ помѣщаетъ таблицу и краткія исторіи болѣзни наблюдавшихся имъ больныхъ. Въ таблицахъ можно видѣть количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. м. м., число стойкихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ по отношенію къ раствору 0,4% NaCl, стойкость въ % и количество гемоглобина, которое нашелъ авторъ у своихъ больныхъ.

*М. Глазовъ.*

## Психіатрія.

(Подъ редакціей В. И. Левчаткина).

**М. Ю. Лахтинъ.** *Историческій очеркъ ученія объ одержимости.*—  
Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи и Эксп. Псих. 1901 г. Январь.

Авторъ говоритъ, что вѣра въ одержимость всегда была, сущность вѣры въ нее неизмѣнна и что первобытный дикарь и ученый XVII вѣка разнятся только формою своихъ вѣрованій. У первобытныхъ народовъ принято смотрѣть на больныхъ, какъ на Одержимыхъ духами злобы. Приемы леченія у дикихъ народовъ сводятся къ изгнанію духа изъ больного; способовъ для этой цѣли у нихъ нѣсколько. У Грековъ, народа болѣе культурнаго, было мнѣніе, что всѣ болѣзни зависятъ отъ находящихся въ воздухѣ демоновъ, но еще Гипократъ говорилъ, что сумасшествіе есть болѣзнь мозга. Задолго до Платона и Аристотеля разсматривали психическія болѣзни, какъ органическое страданіе. Однако съ появленіемъ христіанства демономаническія вѣрованія усилились. Христіанство, говоритъ авторъ, не думало искоренять вѣру въ сверхъестественное, а только боролось съ тою формою, какую ему придавало язычество. Христіанство и апостолы обладали силою испѣленія, но была масса заклинателей бѣсовъ, которые не имѣли ничего общаго съ именемъ Христа. Въ средніе вѣка одержимость считалась тяжкимъ преступленіемъ, за которое виновные сжигались. Въ лучшемъ случаѣ въ Германіи и Испаніи больныхъ заирали въ пріюты — тюрьмы. Въ Россіи въ средніе вѣка обращались съ бѣсоодержимыми гораздо лучше: они доставлялись въ пріюты при монастыряхъ, гдѣ монахи изучали медицину. Конецъ вѣры въ одержимость во Франціи былъ положенъ Пинелемъ; въ Англій въ тоже время было основано нѣсколько частныхъ пріютовъ для леченія душевнобольныхъ. Пергетъ первый указалъ на наследственность душевныхъ болѣзней, Мазонъ какъ примѣнялъ къ леченю душевныхъ болѣзней гидротерапію и слабительныя, а Джонъ Конолли первый ввелъ систему нестѣсненія. Въ Россіи призрѣніе душевно-больныхъ стало переходить въ руки Правительства въ 1775 г. Но вслѣдъ затѣмъ создалась цѣлая школа, которая стала смотрѣть на психическія болѣзни снова, какъ на бѣсоодержимость, и подобное воззрѣніе, которое распространилось особенно сильно въ Германіи, держалось до конца XVIII вѣка.

*А. Сколозубовъ.*



**А. И. Ющенко.** *Къ вопросу объ излечимости періодическихъ психозовъ.*—Русскій Мед. Вѣстникъ. 1901 г., 15 февраля.

Въ своей статьѣ авторъ приводитъ 14 случаевъ періодическихъ психозовъ, взятыхъ изъ литературы, и три случая, наблюдавшихся имъ лично, окончившихся полнымъ выздоровленіемъ. Случаи автора нѣсколько отличаются отъ обычныхъ періодическихъ заболѣваній: въ нихъ отсутствуетъ черта резонирующаго помѣшательства; патологическая наследственность имѣется, но въ слабой степени; физическихъ признаковъ вырожденія не наблюдалось; наконецъ, отмѣчались задорность, вздорность, нелѣпныя шутки, театральность, высокопарность—явленія, не свойственныя періодическимъ психозамъ.

Что касается предсказанія, то авторъ говоритъ, что нужно быть особенно осторожнымъ по отношенію къ женщинамъ, которымъ предстоятъ беременность, роды и особенно климактерическій періодъ.

Въ заключеніе авторъ приводитъ случай, гдѣ одна больная, перенесшая въ молодости какое-то душевное заболѣваніе съ періодическимъ теченіемъ и оставшаяся совершенно здоровой до появленія климактерическаго періода, снова заболѣваетъ съ наступленіемъ послѣдняго.

*А. Зайцевъ.*

**Проф. П. И. Ковалевскій.** *Спеціальная симптоматологія преступности.*—Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1901 г., 15 января.

Авторъ описываетъ довольно подробно душевное состояніе дѣтей преступниковъ—убійцъ—и говоритъ, что такіе дѣти отягчены болѣзненной наследственностью и явленіями органическаго вырожденія, что выражается не только въ ихъ звѣрскихъ подчасъ подступкахъ, но и въ самомъ золотушномъ сложеніи, внѣшней фигурѣ, туномъ или зломъ, отгалкивающемъ выраженіи лица и зловѣще звучащемъ голосѣ. Ихъ регулирующіе и задерживающіе центры нервной системы не способны сдерживать и подавлять ихъ животныя аппетиты и низшіе инстинкты, и вообще они не могутъ сохранять равновѣсія. Капризность, раздражительность, свосравственность, безразличіе къ любви и къ ласкамъ, даже въ отношеніи къ родителямъ, неустойчивость въ дѣлахъ, особенно требующихъ продолжительной усидчивости, раннее развитіе чувственности, склонность къ порокамъ и отсутствіе нравственныхъ чувствъ, похотливыя побужденія и онанизмъ—вотъ главныя характерныя черты, свойственныя имъ съ дѣтства.

*Л. Сертеевъ.*

Проф. П. И. Новалевскій. *Общая симптоматологія преступности.*  
Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1900 г., 1 февраля.

Авторъ знакомитъ читателя съ личностью преступника. Задавшись этой цѣлью, онъ раздѣлилъ свой трудъ на двѣ части—общую и частную. Материаломъ для данной работы послужили записки тюремскихъ врачей (Desrene, Thomson, Давыдовъ и др.), судебные акты, рѣчи и т. п., а также произвѣнія беллетристовъ—психологовъ, жившихъ съ заключенными, какъ-то: Достоевскаго, Маркевича и др. Ссылаясь на произведенія Достоевскаго и Давыдова, авторъ говоритъ, что преступникъ—человѣкъ гордый, заносчивый, мстительный, лѣнивый, трусливый, невыносливый. Но за этими несимпатичными чертами проглядываютъ болѣе свѣтлыя, это—религіозность, любовь къ театру и къ животнымъ.

Въ заключеніи авторъ оспариваетъ вопросъ о впечатлительности преступника. Онъ высказываетъ убѣжденіе, что преступникъ не лишень ея. Такимъ образомъ авторъ даетъ полную характеристику преступнаго человѣка.

*С. Васнецовъ.*

---

## РЕЦЕНЗИИ.

*L. Aschoff und Dr. H. Gaylard. Kursus der pathologischen Histologie mit einem mikroskopischen Atlas enthaltenden 35 Tafeln. Wiesbaden. 1900.*

Курсъ патологической гистологии Aschoff'a и Gaylard'a излагается на 340 стр. Книга нѣсколько больше среднего формата. Къ тексту приложенъ атласъ, заключающій въ себѣ 35 таблицъ, изъ которыхъ 28 фотографическихъ и 7 цвѣтныхъ.

Авторы излагаютъ свой курсъ въ томъ-же порядкѣ, какъ видно изъ предисловія, въ какомъ излагаетъ его проф. Orth. Въ предисловіи своемъ они высказываютъ желаніе познакомить большій кругъ лицъ со способомъ уплотненія тканей въ формалинѣ или въ смѣси формалина съ жидкостью Muller'a. И дѣйствительно при изложеніи своего курса они всюду рекомендуютъ этотъ способъ фиксажа для всѣхъ почти тканей и органовъ. Они видятъ особенное преимущество этого уплотненія въ формалинѣ еще въ томъ, что объекты тотчасъ-же по извлеченіи изъ жидкости позволяютъ готовить срѣзы съ помощью замораживающаго микротомы. Весь курсъ патологической гистологии распадается на три части: въ первой описана техника изслѣдованія, во второй собственно патологическая гистология и въ третьей микрофотографія. Отдѣлъ техники занимаетъ 53 стр., составленъ относительно кратко, хотя все существенное есть. Въ главѣ особенныхъ методовъ окрасокъ даже помѣщены нѣкоторые новѣйшіе способы, наир., Altmann'a для окраски гранулъ протоплазмы, окраска жира суданомъ треримъ.

Въ отдѣлѣ патологической гистологии авторы слѣдуютъ тому-же порядку, по которому излагаются курсы частной патологической анатоміи, причемъ въ курсѣ помѣщены только самые главные патологическіе процессы. Авторы дѣлаютъ отступленіе отъ обычнаго способа изложенія въ томъ смыслѣ, что они болѣзни серьезныхъ и слизистыхъ оболочекъ выдѣляютъ въ особую главу. Опухоли такъ же излагаютъ въ совершенно отдѣльной главѣ. Весь курсъ патологической гистологии занимаетъ 248 стр. Принимая во вниманіе об-

ширность предмета, авторы, конечно, должны были при такомъ количествѣ страницъ даже самые важные вопросы патологической гистологии описывать сжато. Не смотря на это, въ отдѣлѣ опухолей помѣщена не вполне еще установленная форма т. н. децидуома, или, какъ именуютъ ее авторы, *chorioepithelioma malignum*. Въ концѣ многихъ главъ и въ самомъ текстѣ приводятся краткія литературныя указанія, что значительно облегчаетъ читателю изученіе предмета при желаніи обратиться къ первоисточнику по данному вопросу.

По поводу фотографическихъ таблицъ рисунковъ необходимо замѣтить, что, не смотря на чистоту и тщательность выполненія многихъ снимковъ, они всетаки не могутъ замѣнить обыкновенныя цвѣтные рисунки. Нѣкоторые изъ фотограммъ еще могутъ удовлетворить читателя, но за то на другихъ трудно разобрать, что онѣ изображаютъ общеизвестные патологическіе процессы. Помимо атласа нѣсколько рисунковъ помѣшено въ самомъ текстѣ.

Съ виѣшней стороны книга издана вполне безупречно.

П. З.

## МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

### Уральское Медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ.

(Засѣданіе 20 ноября 1900 г.)

В. А. Ляпустинъ: *Объ обезболиваніи при операціяхъ вприскиваніемъ растворовъ кокаина въ подпаутинныя пространства спинного мозга.* Указавъ на стремленіе хирурговъ замѣнить хлороформированіе болѣе безопаснымъ способомъ, докладчикъ останавливается на предложенныхъ недавно вприскиваніяхъ растворовъ кокаина въ подпаутинныя пространства, какъ они производятся въ клиникѣ Tuffier, гдѣ докладчикъ работалъ. Вприскивается обыкновенно 0,01 кокаина, но при большихъ операціяхъ достаточно иногда даже и 0,005 для достиженія полной анестезіи. Послѣдняя продолжается одинъ часъ и больше и распространяется не только на нижнія конечности, но и на лежащія выше части, примѣрно нѣсколько выше точки вкола иглы. Теряется только болѣвое чувство, осязаніе же сохранено вполне, такъ что больной чувствуетъ прикосновеніе ножа и различаетъ прикосновеніе головки булавки и острія ея. Сохранено также сознаніе, въ чемъ ише видятъ и преимущество этого способа и недостатокъ въ сравненіи съ хлороформомъ, такъ какъ не всегда удобно имѣть больного въ качествѣ зрителя при производимой ему операціи. Растворъ кокаина долженъ быть хорошо обезпложенъ а такъ какъ кокаинъ при температурѣ выше 60 градусовъ распадается на составныя части, которыя не дѣйствительны, то принято стерилизовать растворъ въ водяной банѣ. Само собою разумѣется, что и игла должна быть тщательно стерилизована, лучше всего прокалывать ея на спиртовой лампочкѣ непосредственно передъ вколкомъ. Чтобы попасть въ третій межпозвоночный промежутокъ поясничнаго отдела поступаютъ слѣдующимъ образомъ: на сидящемъ съ наклоненной впередъ спиной больномъ проводятъ мысленно линію, соединяющую верхніе края гребней подвздошныхъ костей; на этой линіи легко отыскивается пальцемъ остистый отростокъ 3-го поясничнаго позвонка; нѣсколько ниже и не много въ сторону

отъ пальца вкалывается игла; при прободеіи послѣдней связокъ рука чувствуетъ замѣтное сопротивление. Если игла удачно проникла въ подпаутинное пространство, то скоро показывается нѣсколько капель спинномозговой жидкости и только послѣ этого можно приступить къ впрыскиванію раствора кокаина. Не всегда, впрочемъ, игла входитъ такъ гладко и легко: случается, что остріе иглы наткнется на кость, тогда необходимо легкими движеніями иглы отыскивать межкостный промежутокъ. Иногда изъ просвѣта иглы показывается нѣсколько капель крови, или же просвѣтъ иглы закладывается сгустками крови; въ первомъ случаѣ ждутъ, пока не появится спинномозговая жидкость, во второмъ прочищаютъ просвѣтъ хорошо прокаленной тонкой проволокой. Анестезія, достаточная для производствъ операций, наступаетъ уже черезъ 10 минутъ послѣ впрыскиванія; почти всегда передъ наступленіемъ анестезіи больные жалуются на чувство ползанія мурашекъ въ конечностяхъ. Нерѣдко являюся легкіе ознобы, также потъ и повышение температуры; кромѣ того больные жалуются на головныя боли и тошноту, иногда бываетъ и рвота, особенно послѣ операций. Нужно полагать, что для предупрежденія послѣднихъ явленій, въ клиникѣ Tuffier принято давать больному послѣ операции чашку кофе. Въ заключеніе докладчикъ описываетъ 16 операций, продолженныхъ имъ въ клиникѣ Tuffier, гдѣ анестезія получалась впрыскиваніемъ кокаина въ подпаутинное пространство спиннаго мозга. Впечатлѣніе, вынесенное докладчикомъ таково, что этотъ способъ можетъ вполне замѣнять хлороформъ при операцияхъ на нижнихъ конечностяхъ и нѣсколько выше даже до горизонтальной, проходящей черезъ точку вкола иглы для впрыскиванія. О томъ, можно ли получить этимъ способомъ и анестезію выше лежащихъ частей, докладчикъ не высказывается, такъ какъ работы въ этомъ направленіи еще не закончены.

#### П р е в і я.

В. М. Онуфриевъ выражаетъ сожалѣніе, что докладчикъ не упомянулъ о способѣ Шлейха и не указалъ на преимущества новаго способа передъ послѣднимъ, который примѣнимъ повсюду, на протяженіи всего тѣла. Кромѣ того въ докладѣ не указаны противопоказанія для впрыскиванія въ подпаутинное пространство. Докладчикъ указываетъ на то, что въ составъ впрыскиваемой жидкости по Шлейху входятъ также морфій, поэтому онъ и не счелъ нужнымъ упомянуть объ этомъ способѣ. Что же касается противопоказаній, то они еще не выработаны практикой.

*Е. Левенсонъ.*

## Научныя собранія врачей Казанской клиники нервныхъ болѣзней.

(Засѣданіе 29 января, 1901 года).

І. Д-ръ Г. А. Клячкинъ: «Къ лечебному дѣйствию электрическаго свѣта». (Докладъ помѣщенъ въ настоящемъ №, стр. 144).

Въ пріемѣхъ участвовали д-ра М. М. Мерингъ, Г. А. Клячкинъ, проф. Л. О. Даркшевичъ, д-ра Л. А. Сергѣевъ, В. К. Стасенковъ, М. П. Романовъ, В. И. Левчаткинъ, В. П. Малѣевъ, В. Ф. Бургсдорфъ, А. В. Фаворскій и Г. В. Сороковиковъ.

М. М. Мерингъ. Какія заболѣванія нервной системы Вы считаете подходящими для леченія свѣтомъ и какія существуютъ показанія и противопоказанія для этого?

Г. А. Клячкинъ. Я больше всего примѣнялъ свѣтъ при невралгіяхъ и ревматизмѣ. Говорить пока о показаніяхъ и противопоказаніяхъ въ примѣненіи этого способа невозможно, такъ какъ наблюденій надъ терапевтическимъ эффектомъ свѣта имѣется очень мало.

М. М. Мерингъ. Какому способу по вашимъ наблюденіямъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе: старымъ способамъ леченія или новому—электрическимъ свѣтомъ?

Г. А. Клячкинъ. У меня были случаи, гдѣ примѣнялись съ цѣлью леченія всѣ старые способы и тѣмъ не менѣе успѣха не было, между тѣмъ электричество у такихъ больныхъ дало хорошіе результаты. Что касается вопроса, что тутъ дѣйствуетъ—тепло или свѣтъ, то, по моему мнѣнію, едва ли тепло тутъ играетъ какую-либо роль,—при невралгіяхъ уменьшеніе боли, можетъ быть, зависитъ отъ того, что свѣтъ уменьшаетъ раздраженіе въ чувствительныхъ клѣткахъ.

На вопросъ д-ра Меринга, не измѣняется ли во время сеанса температура тѣла больныхъ, д-ръ Клячкинъ отвѣтилъ отрицательно.

Л. О. Даркшевичъ. При всякомъ новомъ способѣ леченія мы естественно задаемся вопросомъ, каковъ эффектъ отъ даннаго способа. Я, съ своей стороны, могу подтвердить благотворное дѣйствіе свѣта въ одномъ изъ случаевъ докладчика, видѣнномъ мною самимъ. Дѣло шло о больномъ, который жаловался на боли въ правой рукѣ и въ области plexus brachialis dexter, обнаруживавшіяся и объективно; я діагностировалъ невритъ плечевого сплетенія и предложилъ больному, очень много и безуспѣшно лечившемуся, поѣхать на Одесскіе лиманы. Вернувшись съ лимана, больной чувствовалъ себя нѣсколько лучше, но боли всетаки продолжались; послѣ же 45-ти сеансовъ леченія электрическимъ свѣтомъ боли эти совершенно прошли.

Л. А. Сергѣевъ. Какова температура того свѣтового поля, которая дѣйствуетъ на большого?

Г. А. Клячкинъ. Температура эта зависитъ всякій разъ отъ разстоянія, на которомъ находится источникъ свѣта. Когда я замѣчалъ покраснѣніе кожи, на которую дѣйствовалъ свѣтъ, или когда больной укладывалъ мнѣ на ощущеніе теплоты, я старался держать лампочку дальше отъ больного; вообще я стараюсь избѣгать теплого эффекта.

Л. А. Сергѣевъ. Какой цвѣтъ Вы больше принимаете при лѣченіи?

Г. А. Клячкинъ. Я сталъ больше употреблять теперь синій цвѣтъ; этотъ цвѣтъ особенно хорошо дѣйствуетъ, какъ средство рассасывающее, напр. при кровооттекахъ.

М. П. Романовъ. Какъ Вы объясняете себѣ фізіологическое дѣйствіе электрическаго свѣта хотя бы при невритѣ?

Г. А. Клячкинъ. На мой взглядъ, здѣсь происходитъ рассасываніе продуктовъ распада нервнаго волокна.

М. П. Романовъ. Не приходилось ли Вамъ наблюдать какихъ либо побочныхъ дѣйствій свѣта?

Г. А. Клячкинъ. Нѣтъ.

В. П. Малѣевъ. Какъ густо должна быть окрашена лампочка накаливанія и каковы должны быть ея качества?

Г. А. Клячкинъ. Стекло должно быть не красное, а натурального синяго цвѣта съ входящимъ въ составъ его кобальтомъ.

В. Э. Бургдорфъ. Вопросъ, затронутый докладчикомъ, очень интересенъ, и здѣсь, какъ и во всякомъ новомъ дѣлѣ, есть, конечно, много недосказаннаго.

Я не могу согласиться съ докладчикомъ, что способъ Finzen'a не обоснованъ теоретически и что якобы онъ зиждется на примѣненіи исключительно химическихъ лучей. Далѣе докладчикъ говоритъ, что не нужно различать характера лучей; по моему, едва ли и это такъ; скорѣе нужно признать, что въ одной части спектра преобладаетъ тепловая эффектъ, а въ другой части—химическій. Благодаря прекраснымъ, вполнѣ теоретически обоснованнымъ приборамъ Finzen'a, получилась возможность проникновенія химическихъ лучей солнца внутрь ткани. Что касается практическаго примѣненія свѣта, то Finzen примѣняетъ не только свѣтъ электрической, но и солнечной и его даже онъ предпочитаетъ. При леченіи свѣтомъ по способу Finzen'a волчанки получается 90% выздоровленій. Что касается фототерапіи въ другихъ областяхъ, то вопросъ еще, что тутъ дѣйствуетъ; по моему мнѣнію, тутъ эффектъ зависитъ скорѣе отъ температуры, такъ какъ при примѣненіи малосильныхъ лампочекъ накаливанія химическіе лучи свѣта едва ли могутъ проникать внутрь ткани.



Г. А. Клячкинъ. Я далеко отъ мысли быть противникомъ способа Fin-  
sen'a, но я бы желалъ большаго распространія свѣтолѣченія, что возможно лишь  
при болѣе простыхъ и дешевыхъ способахъ его примѣненія. О лѣченіи солнечнымъ  
свѣтомъ у насъ въ Казани едва ли можетъ быть рѣчь въ силу климатическихъ  
условій.

В. Э. Бургсдорфъ. Теоретически невозможно, чтобы при такой простой  
постановкѣ свѣтолѣченія было химическое дѣйствіе на глубоко лежащія ткани.  
Что касается затронутого здѣсь вопроса о способѣ окраски стекла, то Fin-  
sen не придастъ этому особеннаго значенія.

А. В. Фаворскій. Я присоединился бы къ мнѣнію докладчика, что спо-  
собъ Fin-  
sen'a едва ли обоснованъ теоретически: вѣдь онъ ничего не говоритъ намъ  
о физиологическомъ дѣйствіи свѣта и не указываетъ намъ, какъ онъ вліяетъ на  
тѣ ткани, на которыя дѣйствуетъ. Тѣмъ не менѣе несомнѣнъ фактъ, что свѣтъ  
въ терапіи нервныхъ болѣзней приноситъ большую пользу и желателно бы при-  
мѣнять его по наиболѣе простому способу.

В. Э. Бургсдорфъ. Fin-  
sen указываетъ на бактерицидность свѣта, на чемъ  
онъ и основываетъ свой способъ. Благодаря трудности проникновенія лучей свѣта  
внутри ткани, онъ предупреждаетъ, что волчанка излѣчивается только въ тѣхъ  
случаяхъ, гдѣ нѣтъ глубокихъ инфильтратовъ.

Г. А. Клячкинъ. При ангиомахъ кожи тоже получается положительный  
эффектъ при примѣненіи свѣта, но о бактерицидности тутъ рѣчи быть не мо-  
жетъ. Я хочу отмѣтить еще, что Wiedmark фильтровалъ тепловыи лучи и, тѣмъ  
не менѣе получалъ хорошій эффектъ при леченіи свѣтомъ.

Г. В. Сорокоиковъ. При леченіи волчанки Вы вѣдь сдавливаете кожу;  
не играетъ ли тутъ роли это обстоятельство?

В. Э. Бургсдорфъ. Проф. Петерсенъ дѣлалъ параллельные опыты по по-  
воду этого сдавленія и пришелъ къ выводу, что оно тутъ не причеиъ.

Л. О. Даркшевичъ. Я вполне согласенъ съ докторомъ Бургсдорфомъ,  
что въ настоящее время строить теорію свѣтолеченія еще рано. Тѣмъ не менѣе  
мы должны радоваться тому успѣху, который несомнѣнно получается при свѣто-  
леченіи. Намъ остается пожелать, чтобы наблюденія въ этомъ направленіи про-  
должались и дальше.

II. Д-ръ М. П. Романовъ *Продемонстрировалъ мальчика 14 лѣтъ, стра-  
давшаго chorea minor и леченнаго вытяжкой изъ вещества коры головного мозга быка,  
приготовленной по способу d'Arsonval'a.*

Больной на 4-ый день своего заболѣванія обратился за помощью въ казан-  
скую клинику нервныхъ болѣзней. Хореическія судороги были выражены довольно

сильно: мальчикъ съ трудомъ ходилъ, не могъ почти говорить, его приходилось кормить изъ рукъ.

Назначенное леченіе мышьякомъ въ видѣ *solutio Fowleri*, примѣнявшееся въ теченіе 11-ти дней, осталось безъ результата; судороги значительно усилились; безъ посторонней помощи мальчикъ совершенно не могъ ходить, нѣсколько ночей онъ уже не спалъ, такъ какъ судороги не проходили и ночью; судороги были настолько обильны, что удержать больного на кровати не было возможности—онъ сваливался съ нея; говорить мальчикъ совершенно не могъ.

При примѣненіи мозговой вытяжки, которая въ первые 4 дня впрыскивалась по 1,0, а затѣмъ по 2,0, теченіе болѣзни было таково.

Послѣ 5-ой инъекціи у больного сразу прекратились судороги по ночамъ; послѣ 11 инъекціи больной могъ ходить уже безъ посторонней помощи и умываться; послѣ 16—мальчикъ началъ ѣсть самъ; послѣ 20 могъ свободно говорить; къ 25 инъекціи остались лишь самыя незначительныя, едва замѣтныя подергиванія въ пальцахъ лѣвой руки.

Всѣхъ инъекцій сдѣлано 35, и въ настоящее время мальчикъ можетъ считаться выздоровѣвшимъ. Самыя инъекціи никакими побочными явленіями не сопровождались. Таково было въ данномъ случаѣ теченіе *choroae meningis* при примѣненіи мозговой вытяжки, закончилъ докладчикъ свою демонстрацію, не рискуя пока называть это результатомъ терапіи.

Въ концѣ демонстраціи докладчикъ въ самыхъ краткихъ чертахъ познакомилъ присутствующихъ со способомъ приготовленія мозговой вытяжки, любезно сообщившимъ ему лаборантомъ казанской аптеки Грахе г. Гедройцъ, и со способами примѣненія этой вытяжки.

Въ пріемъ участвовали проф. Л. О. Даркшевичъ, д-ра В. И. Левчаткинъ, В. П. Шервушинъ, В. К. Стасенковъ и Л. А. Сергѣевъ.

Проф. Даркшевичъ. *Choroae meningis* въ случаѣ докладчика была выражена очень рѣзко. Улучшеніе здѣсь было поразительное. Я за свою врачебную дѣятельность никогда не видалъ такого быстрого эффекта при примѣненіи прежнихъ средствъ, употребляемыхъ при Виттовой пляскѣ.

В. И. Левчаткинъ. Меня интересуетъ вопросъ, какъ связывать здѣсь успѣхъ леченія съ самымъ болѣзненнымъ процессомъ; вѣдь при *choroae meningis* предполагаютъ инфекцію; слѣдовательно, вытяжка дѣйствуетъ на инфекцію?

М. П. Романовъ. Наша клиника первая и только въ первый разъ стала употреблять вытяжку сѣраго вещества головного мозга при *choroae meningis*, поэтому дать какихъ либо справокъ изъ литературы на Вашъ вопросъ я не могу; вводя это вещество въ тѣло, мы, можетъ быть, усиливаемъ дѣятельность кѣлонокъ коры головного мозга въ борьбѣ съ инфекціей хорей.

В. П. Шервушинъ высказался въ томъ смыслѣ, что предлагаемый доклад-

чиномъ способъ леченія, если можно судить по одному случаю, представляется большимъ приобретениемъ для терапіи хорси. Вытяжка мозгового вещества очевидно дѣйствуетъ въ данномъ случаѣ, какъ противовѣсъ яду, скопившемуся въ центральной нервной системѣ. Желательно было бы впрыскивать не вытяжку, а эмульсію, такъ какъ первая получается путемъ очень сложной обработки, при чемъ, весьма возможно, измѣняется и химическій составъ мозга.

Л. О. Даркшевичъ. Мнѣ представляется вѣроятнымъ допущеніе, что вытяжка вещества головного мозга дѣйствуетъ противъ инфекціоннаго начала. Я по крайней мѣрѣ наблюдалъ одну большую эпилептичку, которую искусила бѣшеная собака; послѣ курса пастеровскихъ прививокъ эпилептичскіе припадки у больной совершенно прошли. Если на эпилепсію смотрѣть какъ на заболѣваніе инфекціонное, то объясненіе приведенному факту можно искать только въ предположеніи, что нервная субстанція обладаетъ бактерицидными свойствами.

В. К. Стасенковъ. Рекомендуемый д-омъ Первухинымъ способъ примѣненія эмульсіи, по моему мнѣнію, неудобенъ, такъ какъ эмульсія очень трудно всасывается. Мнѣ известна работа д-ра Кондратьева, который извлекалъ самымъ разнообразнымъ способомъ дѣйствующее вещество изъ селезенки, и эффектъ дѣйствія былъ тотъ же, что и при примѣненіи эмульсіи селезенки.

Л. О. Даркшевичъ. Весьма возможно, что Ваши указанія справедливы; конечно, все это нужно провѣрить на опытѣ.

*М. Романовъ.*

## КОРРЕСПОНДЕНЦИИ.

—К. М. Целерицкий сообщает намъ изъ Симбирска.

Экстренное засѣданіе мѣстнаго Общества Врачей, состоявшееся 31 января 1901 года для чествованія 30-лѣтней врачебной дѣятельности доктора И. М. Гальпернъ, открылось чтеніемъ Предсѣдателя Общества А. Н. Антлева адреса, поднесеннаго юбиляру какъ знакъ особенной признательности общества за труды И. М. Гальпернъ по должности казначея Общества. Затѣмъ Д-ръ М. Г. Цитринъ прочелъ довольно интересный и тепло составленный *epiculum vitae* юбиляра. Послѣ засѣданія долго продолжалась задушевная товарищеская бесѣда врачей-членовъ Общества.

Очередное засѣданіе Общества, состоявшееся 21 февраля текушаго года, открылось предложеніемъ почтить память скончавшихся почетныхъ членовъ Общества В. В. Пашутина и В. А. Манассина, что и было выражено вставаніемъ при глубокомъ молчаніи присутствовавшихъ членовъ Общества. Затѣмъ, по разсмотрѣніи текущихъ дѣлъ, Предсѣдатель заявилъ, что 1 марта 1901 г. исполняется 25 лѣтъ врачебной дѣятельности при Симбирской Земской Губернской больницѣ Старшаго врача послѣдней Д-ра К. М. Боровскаго. Въ виду предполагающагося чествованія юбиляра 1 марта Предсѣдатель предложилъ обществу присоединиться къ празднованію юбилея Д-ра Боровскаго и поднести ему адресъ, который былъ прочитанъ въ засѣданіи и заслушанъ членами общества. Общество постановило поручить Предсѣдателю прочитать и поднести адресъ Д-ру Боровскому на предстоящемъ юбилейномъ чествованіи его.

Послѣ этого Предсѣдатель доложилъ Обществу о двухъ засѣданіяхъ комиссіи, на которыхъ была выработана нижеслѣдующая программа лекцій для прочтенія учителямъ и учительницамъ народныхъ школъ:

1. Выборъ мѣста для школы, постройка школьныхъ зданій, устройство классныхъ и пр.
2. Естественное и искусственное освѣщеніе въ школахъ, расположеніе школьныхъ столовъ и пр.

3. Исслѣдованіе зрѣнія и слуха учащихся, опредѣленіе роста и вѣса для наблюденія за физическимъ развитіемъ школьниковъ.

4. Школьныя заразные болѣзни.

5. Общественно-санитарныя мѣры по охраненію здоровья учащихся, какъ гимнастика, прогулки, санаторіи.

6. Психологія дѣтей школьнаго возраста и психическая діететика.

7. Гигіена при опредѣленіи способовъ преподаванія.

Лекторами любезно изъявили согласіе быть: Д-ра П. Ф. Кудрявцевъ, С. Н. Яковлевъ, В. А. Копосовъ, М. Г. Цитринъ, Рязанскій и Шостакъ.

Далѣе были предложены и зачислены въ число членовъ Общества Д-ръ Баккеревичъ, старшій врачъ кадетскаго Корпуса, и Д-ръ Шостакъ, ординаторъ симбирской губернской земской больницы.

Между текущими дѣлами было заслушано предложеніе Симбирской городской управы съ изъявленіемъ готовности пойти на верѣчу стремленіямъ Общества по устройству лекцій для учителей и учительницъ городскихъ школъ. Слѣдуетъ отмѣтить также постановленіе общества благодарить Проф. Казанскаго Университета И. М. Догеля за присылку его интересныхъ и цѣнныхъ сочиненій.

---

# БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

## *I. Книги и монографіи.*

### **А. Оригинальныя.**

\*Муратовъ. Клиническія лекціи по акушерству и гинекологіи. Вып. I-й. Юрьевъ. 1900 г. ц. 1 р. 25 коп.

\*Штеръ. Учебникъ гистологіи и микроскопической анатоміи человѣка со включеніемъ микроскопической техники. Переводъ съ 8-го исправленнаго изданія, подъ редакціей и съ дополненіями проф. А. С. Догеля. СПб. 1901 г. ц. 4 р. 50 к.

\*\*Яковенко В. Духовно-больные Московской губерніи Москва. 1900 г.

### **В. Переводныя.**

\*Boas. Диагностика и терапія болѣзней кишекъ. Перев. подъ редакц. и съ предисл. проф. Левина. II. Частная діагностика и терапія болѣзней кишекъ. съ 24 рисунками. СПб. 1901 г. ц. 2 р.

\*Lavegan. Палюлизмъ. (Болотная лихорадка). Съ предисл. и добавленіями автора къ русск. изданію. Перев. съ франц. д-ра Шапирова. СПб. 1901 г. ц. 3 руб. 50 коп.

\*Mendelsohn. Уходъ за больными. Руковод. для врачей и студентовъ. Перев. подъ редакц. и съ предислов. проф. А. М. Левина. Съ 362 рисунк. въ текстѣ. СПб. 1901. ц. 2 р.

---

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

\*Orrenheimer. Краткое руковод. къ физиолого-химическому анализу, примѣнительно къ клиническимъ потребностямъ. Перев. подъ редакц. съ измѣнен. и дополненіями проф. Салазкина. СПБ. 1901 г. ч. 1. р.

## II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

Архивъ Ветеринарныхъ наукъ. 1901 г. Книга 1-я.

Больничная Газета Боткина. 1901 г.

№ 1—Чистовичъ С. Я. Медицинская помощь въ Трансваалѣ.—Рускій С. К. Случай гнойнаго ангиохолита съ исходомъ въ выздоровленіе.

№ 2—Бухъ М. О нсврагіяхъ симпатическаго нерва и болѣзненномъ состояніи раздраженія его вообще, съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на болѣзненные ощущенія въ брюшной и тазовой полостяхъ.—Чистовичъ С. Я. (продолж.).

№ 3.—Кашкадамовъ В. П. О чумѣ, согласно новѣйшимъ даннымъ.—Бухъ М. (продолж.)—Чистовичъ С. Я. (окончаніе).—Делицинъ С. Н. изъ путевыхъ замѣтокъ.

№ 4.—Заусойловъ М. А. О заболѣваніи брюшнымъ тифомъ на Екатерининской желѣзной дорогѣ съ 1886 по 1899 г.—Кашкадамовъ В. И. (продолженіе).—Делицинъ С. Н. (продолженіе).

№ 5.—Курьсъ Д. И. Объ іодпродуктѣ оксигемоглобина.—Кашкадамовъ В. И. (прод.).—Делицинъ С. Н. (продолженіе).

№ 6—Хольцовъ В. Н. О леченіи стриктуръ мочеиспускательнаго канала электролизомъ.—Кашкадамовъ В. И. (продолженіе).—Делицинъ С. Н. (Продолженіе).

№ 7—Каманинъ В. И. Два характерныхъ случая бугорковой проказы.—Кашкадамовъ В. И. (продолженіе).—Хольцовъ В. Н. (Продолженіе).—Делицинъ С. Н. (продолженіе).

№ 8.—Вирсаладзе С. С. О задачахъ «Общества Больничныхъ врачей въ С.-Петербурѣ.—Хольцовъ В. Н. (продолженіе).—Кашкадамовъ В. И. (продолженіе).

№ 9—Студентскій А. Къ вопросу объ иммунитетѣ, Механизмъ привыканія вазиліи ruosuaneі къ *natrum salicylicum*.—Петровъ В. Ф. Случай гнойника селезенки при брюшномъ тифѣ.— Вирсаладзе С. С. (окончаніе).—Хольцовъ В. Н. (продолженіе).—Баловъ А. Крестьянское жилище въ Ярославской губ. въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи.

№ 10.—Нѣмченковъ В. А. Лѣченіе воспаления средняго уха и его осложнений.—Розановъ П. Г. Чума конца XIX вѣка, ея прошлое, настоящее и будущее съ точки зрѣнія метеорологической.—Петровъ В. Ф. (окончаніе)—Баловъ А. Русскія кладбища въ связи съ требованіями современной гигиены.

\*Варшавскія Университетскія Иавѣстія. 1901 г. Январь. По медицинѣ:—Садковскій Г. Къ вопросу о фармакологіи стрихнина.—Ушинскій П. Г. лекціи по бактериологіи (продолженіе).—Никольскій В. Матеріалы къ вопросу о соотношеніяхъ и колебаніяхъ отправленій въ организмъ чловѣка въ связи съ индивидуальностью и съ индивидуализированнымъ.

\*\*Врачъ 1901. № 6.—Шатиловъ П. И. Къ вопросу о заболѣваніяхъ мозжечка.—Блюменгу Е. Б. О заболѣваніи верхнихъ дыхательныхъ путей при реиматизмѣ.—Брейтманъ, М. Я. Къ физиологіи и патологіи перегородки желудочковъ сердца. Сифилисъ перегородки.—Эккертъ А. Ф. Истеченіе водянистой жидкости изъ носа (окончаніе).

№ 7.—Бенисовичъ Н. М. Хирургическое лѣченіе волянки живота при циррозѣ печени.—Шатиловъ П. И. (окончаніе).

№ 8.—Агафоновъ Б. Н. Къ казуистикѣ крупныхъ плодовъ.—Ростовцевъ М. И. Къ лѣченію столбняка.—Вѣрющскій Д. И. Начальныя степени пороковъ сердца у военнослужащихъ.

№ 9.—Корженевскій С. Н. 500 операцій при помутнѣніяхъ хрусталика.—Сандбергъ-Лебеле. Случай повторной вѣмоточной беременности.—Орловъ Н. А. Случай сахарнаго мочеизнуренія у грудного ребенка.—Посковъ В. И. Случай сахарнаго мочеизнуренія у мальчика 3½ лѣтъ.—Лаценковъ П. П. Отравленіе кремовыми тортами въ Харьковѣ.

Вѣстникъ Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины. 1901 г. Январь.—Кашкадамовъ В. И. Отчетъ о командировкѣ въ Индію съ 20 февраля 1899 г. по 17 июля 1900 г.—Скибневскій А. И. Санитарное состояніе жилищъ фабрично-заводскихъ рабочихъ Богородскаго уѣзда, Московской губ.—Олиховъ С. А. Къ вопросу о крипторхизмѣ въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

Еженедѣльникъ. 1901 г. № 7—Гербеомъ І. И. Къ вопросу о способѣ переноса проказы.—Бреславъ И. С. О сангвиолѣ.—Золотавинъ Н. А. Борьба съ островазаразными заболѣваніями въ уѣздахъ С.-Петербургской губерніи.

№ 8.—Штейнъ М. А. О цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ съ описаніемъ усовершенствованнаго прибора.—Пушиной Б. И. Нѣсколько словъ по поводу статьи Д. А. Радкевича и доопнительныя свѣдѣнія къ сообщенію о картофельномъ сокѣ.—Выгдорчинъ Н. А. Случай perichondritis laryngea externa.—Золотавинъ Н. А. (окончаніе).

№ 9.—Левентонъ А. И. Два случая травматическаго нейроза.—Дибайловъ С. И. Къ вопросу о роля алкогоя при леченіи заразныхъ болѣзней.

\*\*Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1901 г. Январь.—Губаревъ А. П. О раненіи мочевыхъ путей при операціяхъ на тазовыхъ органахъ женщины.—Шиповъ Н. Опытъ приложенія законовъ эволюціи къ изу-



ченію причинъ, вліяющихъ на развитіе плода мужскаго и женскаго пола—Ра-  
чинскій Н. І. Маточные камни.—Драницинъ А. А. Случай излеченія застарѣлаго  
выворота матки по способу. Dr G. Riccoli.—Драницинъ А. А. Къ вопросу о фик-  
сации и расширеніи шейки при леченіи застарѣлаго выворота матки ручнымъ  
способомъ и о значеніи этого послѣдняго среди другихъ методовъ.—Абражановъ  
А. А. Автопластическій способъ зашиванія влагалищно-пузырнаго мочевого свища.  
—Акацитовъ Н. Э. Случай вагинизма, развившагося на почвѣ кондиломатозныхъ  
разрошеній наружныхъ половыхъ частей у новобрачной.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Кор-  
сакова. 1901 годъ № 1-й.—Ротъ В. К. С. С. Корсаковъ.—Корсаковъ С. С. Пос-  
тельное содержаніе при леченіи острыхъ формъ душевныхъ болѣзней и вызы-  
ваемые имъ измѣненія въ организаціи заведеній для душевно-больныхъ.—Мерже-  
евскій И. П. Къ вопросу о патологической анатоміи идиотизма.—Прибытковъ  
Г. И. и Малолѣтковъ С. Л. Абсцессъ спинного мозга.—Миноръ Л. С. Травмати-  
ческія поврежденія въ области epiconus medullaris—Ротъ В. К. О дифферен-  
ціальной діагностикѣ органической и истерической гемиплегіи.—Сухановъ С. А.  
Краткій очеркъ современнаго состоянія вопроса о тончайшемъ строеніи нервной  
клетки.—Милицъ В. М. Мышечная и сухожильная пластика при параличахъ.

\*\*Журналъ Русскаго Общества охраненія народнаго  
здравія. 1901 годъ. Январь. № 1-й.—Никольскій Д. П. Образовательно-воспи-  
тательное учрежденіе въ борьбѣ съ алкоголизмомъ.—Дембо Г. И. Вопросы охра-  
ненія малолѣтнихъ ремесленниковъ.

\*\*Журналъ Русскаго Физико-Химическаго Общества  
при Императорскомъ С.-Петербургскомъ Университетѣ. 1901 годъ. Томъ XXXIII.  
В. I.

\*\*Записки Кіевскаго Общества Естествоиспытателей  
1900 годъ. Томъ XVI. Вып. 2.

Клиническій Журналъ. 1901 годъ. Февраль.—Ewald С. А. О раз-  
личныхъ видахъ гастралгіи.—Ланговой А. П. О хирургическомъ леченіи болѣзней  
желудка.—Горбачевъ И. Ф. Объ идиосинкразіи къ хищину.

\*\*Лѣтопись Русской Хирургіи 1901. Томъ VI-й Книга 1 ая.—  
Грековъ И. И. Къ вопросу о послѣоперационныхъ психозахъ.—Вреденъ Р. Р. О  
мѣстной анестезіи въ брюшной хирургіи.—Сапѣжко К. М. Къ хирургіи желудка.  
Язва желудка и ея осложненія. V—гастроэнтеростомія при язвенномъ и раковомъ  
суженіи привратника (продолженіе).—Сапѣжко К. М. Къ техникѣ резекціи  
привратника.—Сидоренко А. Т. Экспериментальная провѣрка существующихъ  
способовъ гастроэнтеростоміи сообразно съ требованіями практическаго врача.

\*\*Медицинская Бесѣда. 1901 г. № 4—Велямовичъ В. Ф. О біо-  
логическихъ основаніяхъ леченія аневризмъ по способу Lancetgcaux.

№ 5.—Лимбахъ, В. И. Воспламенение подпочечныхъ газовъ вблизи Саморковскаго рва.

\*\*Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику, 1901 г. Январь.—Свѣчниковъ, Морской госпиталь въ Килѣ.—Аристовъ, Отчетъ патолого-анатомическаго отдѣленія Николаевскаго морскаго госпиталя за 1899 г.—Полѣновъ, Симплектомія. Вліяніе ея на экспериментальную эпилепсію животныхъ.—Гурвичъ, Лѣченіе гонорройныхъ эпидидимитовъ салициловымъ метиломъ.

\*\*Неврологическій Вѣстникъ, 1901 г. Томъ IX, Вып. 1-й—Штернъ Н. Развитіе и современное состояніе ученія о патологоанатомическихъ измѣненіяхъ при спинной сухоткѣ. (продолженіе). Лапинскій М. О заболѣваніяхъ нервной системы при сахарномъ мочеизнуреніи.—Пауновъ И. I. Судебно-психиатрической стучай.—Смирновъ А. Е. Бѣлковая оболочка глаза, какъ мѣсто чувствительныхъ нервныхъ окончаній.—Вырубовъ Н. А. Множественная саркома черенного мозга вслѣдствіе переноса новообразованія изъ легкаго.—Масевскій М. М. Къ казуистикѣ кожныхъ сыпей при душевныхъ болѣзняхъ.—Малфевъ В. П. Статистика въ психіатріи.

Практическая Медицина, 1901 г. Февраль.—Schwalbe У. Основы частной патологии и терапіи (продолженіе).—Eimert С. Руководство къ судебной медицинѣ. (продолженіе).—Sumpracht F. Техника частной терапіи (продолженіе).—Kaёmann К. Оперативная рино-фарингологія, со включеніемъ электролиза.—Nobiling А. и Jonkau L. Руководство къ профилактикѣ.

\*\*Протоколы и труды Общества Рязанскихъ Врачей за 1898 и 1899 года. Рязань, 1900 г.

\*\*Протоколы Тамбовскаго Медицинскаго Общества, 1900 г. 1—5. Тамбовъ 1900 г.

Русскій Медицинскій Вѣстникъ, 1901 г.

№ 4—Манасинъ М. П. О мышечномъ валикѣ въ періодѣ половой зрѣлости.—Франкъ Д. Б. Къ симптоматологіи paralysis agitans.—Ковалевскій П. И. Специальная симптоматологія преступности.

Русскій Журналь Кожныхъ и Венерическихъ Болѣзней 1901 г. Томъ I. Январь.—Сибирскій А. В. Къ вопросу объ измѣненіи кожи при брюшномъ тифѣ.—Зеленевъ И. Ф. Къ вопросу объ одновременномъ существованіи нѣсколькихъ кератозовъ.—Тарновскій В. М. Атипическія формы сифилиса. Полтавцевъ А. П. Измѣненія щитовидной железы у сифилитиковъ въ теченіе второй инкубаци и періода высыпей.—Смирягинъ М. Г. Измѣненія крови у сифилитиковъ въ позднемъ періодѣ.—Лянцъ А. М. Къ современному состоянію вопроса о лѣченіи остраго перелоа у мужчинъ.—Зеленевъ И. Ф. Современное состояніе преподаванія кожныхъ и венерическихъ болѣзней въ Россіи.

Февраль.—Рыбалкинъ Я. Gangraena cutis hysterica.—Щекинъ А. Г. Случай проказы.—Фуксъ К. П. Случай проказы.—Москалевъ Н. А. Случай флегденической эктимы, симулировавшей гангренозную форму первичной язвы сифилиса.—Голяховскій Ф. П. Результаты прививки сифилиса пороссятамъ.—Полтавцевъ А. П. (окончаніе).—Смиринъ М. Г. (окончаніе).—Зелсневъ И. Ф. Перелойныя лихорадки.—Лянцъ А. И. (окончаніе).

\*\*Рѣчь и отчетъ, читанные въ торжественномъ собраніи Императорскаго Московскаго университета 12 января 1901 года. Москва 1901 г.

\*\*Терапевтическій Вѣстникъ 1901 г.

№ 1.—Egger. О пользѣ климата горныхъ высотъ для леченія бугорчатки легкихъ.

№ 2—Egger (окончаніе).

№ 3—Золотаревскій П. А. Терапевтическія замѣтки о нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

№ 4—Haskoges L. Новые пути въ терапію нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

\*\*Труды Императорскаго С-Петербургскаго Общества Естественныхъ Испытателей. Томъ XXX. СПб. 1900. Томъ XXXI №№ 4, 5, 6.

\*\*Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета 1901 г. Февраль. Сочиненій по медицинѣ не содержатъ.

\*\*Ученыя Записки Казанскаго Университета 1901 годъ Февраль. Сочиненій по медицинѣ не содержатъ.

Хирургія. 1901. Январь. Томъ IX. № 49.—Напалковъ Н. И. Объ экспериментальномъ методѣ въ анатоміи.—Михайловъ Н. П. О прижиганіи солнечными лучами и горячимъ воздухомъ.—Дьяконовъ П. И. Къ распознаванію и хирургическому леченію желчно-каменной болѣзни.—Потѣнко В. В. 21 мѣсяць медицинской дѣятельности на Иманѣ.—Чугаевъ А. А. Отдѣлы неотложной хирургіи.

*М. Романовъ.*

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

—Медицинскій факультетъ Казанскаго Университета извѣщаетъ, что леченіе по методу Pasteur'a больныхъ, укушенныхъ бѣшеными животными, начнется въ Бактеріологическомъ Институтѣ Казанскаго Университета съ понедѣльника, 26 марта, и будетъ производиться ежедневно, не исключая и лѣтнаго времени, съ 10 до 12 час. дня.

(Казанскій Телеграфъ).

—Организаціонный комитетъ III-го чешскаго конгресса естествоиспытателей и врачей, имѣющаго происходить въ Прагѣ <sup>26/12</sup> по <sup>29/13</sup> мая с. г., проситъ насъ довести до свѣдѣнія нашихъ читателей о горячемъ желаніи устроителей конгресса видѣть въ Прагѣ участниками съѣзда и товарищей изъ нашей страны. Лица, желающія пріѣхать на конгрессъ, могутъ записываться или въ качествѣ гостей, или въ качествѣ дѣйствительныхъ членовъ, при чемъ доклады могутъ дѣлаться на русскомъ языкѣ. Заявленія о желаніи вступить въ число членовъ посылаются на имя генеральнаго секретаря конгресса Dr. A. Veselý. (Prague I, Nabreží, 14), а членскій взносъ, въ размѣрѣ 10 франковъ, направляется къ казначею Dr. K. P. Kheil. (Prague II, Myslikova ul. 3 n.)

Мы отъ души желаемъ полного успѣха Пражскому съѣзду и не можемъ не сказать «спасибо» нашимъ чешскимъ товарищамъ за ихъ память о насъ.

—11 марта въ Казанскомъ Университетѣ Провизоръ П. К. Горстъ защитилъ диссертацию подъ заглавіемъ «Матеріалы къ изученію почечуйной травы» (*Polypodium persicariae*), представленную имъ въ Медицинскій факультетъ для полученія степени магистра фармаціи. Работа была произведена въ лабораторіи Проф. М. П. Сергѣева. Официальные оппоненты И. М. Догель, М. П. Сергѣевъ и А. А. Альбицкій нашли трудъ диспутанта отвѣчающимъ той цѣли, для которой онъ представленъ, почему Медицинскій факультетъ призналъ П. К. Горста достойнымъ степени магистра фармаціи. Объявленіе Деканомъ постановленія факультета было встрѣчено дружными рукоплесканіями присутствовавшей публики.

—7 февраля Г. Управляющій Казанскимъ Учебнымъ Округомъ утвердилъ правила о студенческомъ кружкѣ при Медицинскомъ Факультетѣ для занятія по клиническимъ предметамъ. § 8. Правиль разрешаетъ для пособія при занятіяхъ кружка выписывать періодическія медицинскія изданія и пріобрѣтаетъ спеціальныя сочиненія по медицинѣ. Руководителемъ кружка утвержденъ Проф. Л. О. Даркшевичъ, его замѣстителемъ—Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ.

—Казанскій Медицинскій Факультетъ высказался за устройство при Университетѣ спеціальныхъ курсовъ для врачей.



СЪ 1901 ГОДА ВЫХОДИТЬ ВЪ СВѢТЪ

## „Казанскій Медицинскій Журналъ“

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества  
Проф. Л. О. Даркшевича.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по спеціальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съездовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденція, VII. рецензіи, VIII. библиографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для не членовъ Общества **5 руб. въ годъ.**

Подписка принимается въ библиотекѣ Общества (Казань. Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань. Пассажъ).

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

Рукописи для помѣщенія въ Журналѣ направляются по адресу: Казань. Университетъ. Общество врачей, въ редакцію „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

---