

Л. К. У.
КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ III.

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1903 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1903.

СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Е. М. Идельсонъ. Изъ наблюденій надъ учебной командой 230-го Ветлужскаго резервнаго баталіона. 1.

Л. А. Сергѣевъ. О терапевтическомъ значеніи танноформа. 12.

II. РЕФЕРАТЫ.

ПСИХІАТРІЯ.

Верипштейнъ. О такъ называемомъ раннемъ слабоуміи.—**Анфимовъ.** О dementia praecox.—**Ганнушкинъ и Сухановъ.** Къ ученію о меланхоліи.—**Топорковъ.** Истерическій мутизмъ, аграфія и клептоманія. **Топорковъ.** Психозъ послѣ ожога. . . . 19.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ, ОБЩАЯ ПАТОЛОГІЯ И БАКТЕРІОЛОГІЯ.

Вѣлоковскій. О вліяніи впрыскиваній разныхъ дозъ гемолитической сыворотки на числовой составъ элементовъ крови.—**Максимовъ.** О воспалительномъ новообразованіи соединительной ткани и судьбѣ лейкоцитовъ при этомъ.—**Петровъ.** Къ ученію о врожденныхъ опухоляхъ крестовокопчиковой области.—**Зимницкій.** О частотѣ артеріосклеротическаго процесса въ аортѣ молодыхъ индивидовъ.—**Креверъ.** „О Chorionepithelioma“ (Deciduoma malignum авторовъ).—**Червенцовъ.** Объ измѣненіяхъ печени при зараженіи ея кишечной палочкой и палочкой брюшнаго тифа.—**Пальчиковскій.** Современное положеніе вопроса объ иммунизации противъ стафилококковъ. 24.

ВНУТРЕННЯЯ БОЛѢЗНИ.

Дочевскій. Олово, какъ средство противъ ленточныхъ глистъ.—**Данцигъ.** Первичная септикопѣмія, осложненная при-стѣночнымъ эмболическимъ эндокардитомъ. 31.

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ III.

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1903 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1903.

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

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Изъ наблюденій надъ учебной командой 230-го
Ветлужскаго резервнаго баталіона ¹⁾.

Е. М. Идельсона,

Старшаго врача Ветлужскаго баталіона.

Учебная команда, безъ сомнѣнія, играетъ извѣстную роль въ той или другой успѣшности военнаго воспитанія и образованія каждой войсковой части. Какъ главный разскащикъ войсковыхъ унтеръ-офицеровъ и ближайшихъ учителей строя въ нашей арміи, учебная команда по смыслу, лежащему въ основѣ этого учрежденія, можетъ даже до вѣкоторой степени служить показателемъ при оцѣнкѣ хода военнаго воспитанія цѣлой войсковой части. Поэтому изученіе разныхъ бытовыхъ условій и обстановки учебной команды, въ видахъ улучшенія и усовершенствованія ея, не лишено интереса; тѣмъ болѣе, что вопросъ объ обезпеченіи арміи хорошими, соответствующими своему назначенію, унтеръ-офицерами не получилъ еще надлежащаго разрѣшенія.

Занимаясь въ учебной командѣ преподаваніемъ правилъ о сбереженіи здоровья солдата, я имѣлъ возможность во время моихъ бесѣдъ присмотрѣться и ближе познакомиться со степенью, такъ сказать, интеллектуальнаго развитія команды. При повѣркѣ знанія пройденнаго предмета, не смотря на то, что изложеніе было болѣе частью устное, отвлеченное въ формѣ обыкновеннаго разсказа, я нерѣдко оставался весьма удовлетвореннымъ любознательностью и понятливостью, не скажу всѣхъ, но многихъ изъ нижнихъ чиновъ команды. Но меня, какъ врача, заинтересовалъ также вопросъ о томъ, даетъ ли учебная команда своимъ питомцамъ за время пребыванія ихъ въ ней какой нибудь плюсъ въ смыслѣ ихъ физическаго развитія, или усиленные занятія, требующіяся при прохожденіи довольно обширной для нижняго чина программы, со-

¹⁾ Читано въ засѣданіи Казанскаго Военно-Санитарнаго Общества 18 октября 1902 г.

вершаются въ ущербъ ихъ физическому балансу. Меня вопросъ этотъ еще болѣе интересовалъ потому, что, помимо сложныхъ напряженныхъ занятій, учебной командѣ приходится, въ силу мѣстныхъ условій резервныхъ баталіоновъ, также перѣдко принимать участіе въ несеніи караульной службы.

Въ виду изложеннаго я производилъ повторныя наблюденія надъ нѣкоторыми элементами, характеризующими состояніе физическаго здоровья нижнихъ чиновъ учебной команды въ началѣ и по окончаніи курса. Наблюденія эти производились въ слѣдующемъ направленіи: измѣрялась посредствомъ динамометра ¹⁾ мышечная сила обѣихъ рукъ и пояса; опредѣлялась спирометромъ ²⁾ емкость легкихъ; производилось взвѣшиваніе, и измѣрялась окружность груди. Само собою разумѣется, что оба изслѣдованія, какъ въ началѣ такъ и въ концѣ курса производились при одинаковыхъ условіяхъ. Кроме того, для полученія болѣе точныхъ спирометрическихъ и динамометрическихъ данныхъ, зависящихъ, какъ извѣстно, отъ субъективной воли каждаго изслѣдуемаго мною всякій разъ назначались небольшія денежныя преміи для того, чтобы питомцы команды усердно старались обнаруживать свою максимальную емкость легкихъ и максимальную мышечную силу.

Всѣхъ нижнихъ чиновъ, подвергавшихся однократному изслѣдованію, было 45 человекъ. Изъ нихъ до конца курса, продолжавшагося около 6 мѣсяцевъ, были по разнымъ причинамъ (слабосилію, болѣзнямъ) отчислены 8 человекъ, такъ что вторичному изслѣдованію подпали только 37 человекъ.

При вторичномъ изслѣдованіи получились слѣдующіе результаты.

Вѣсъ тѣла всего только прибавился у 10-ти человекъ или въ процентахъ 27%, со среднимъ приростомъ 3,9 фунта; наибольшее увеличеніе вѣса тѣла достигло 9½ фунтовъ, а наименьшее увеличеніе вѣса тѣла достигло 1½ фунта. Вѣсъ уменьшился у 24 или 64,8%, среднее уменьшеніе вѣса 3,5 фунта, наибольшее уменьшеніе вѣса достигло 10 фунтовъ. Вѣсъ тѣла остался не измѣненнымъ у 3-хъ человекъ или 8,1%.

Окружность груди увеличилась только у 12 человекъ въ процентахъ 32,4%. Среднее увеличеніе окружности груди было 1,4 сантиметра. Наибольшее увеличеніе окружности груди достигло 2-хъ сантиметровъ. Окружность груди уменьшилась у 9 человекъ, или 24,3%. Окружность груди не измѣнилась у 16 человекъ или 29,5%.

¹⁾ Выбранный динамометръ Арнгейтера взятъ мною въ физич. кабинетѣ Императорскаго Казанскаго университета.

²⁾ Выбранъ въ физич. кабинетѣ.

Мышечная сила поясницы увеличилась у 18 человекъ, въ процентахъ 48,6%. Среднее нарастаніе мышечной силы поясницы было 24,6 килограмметровъ. Наибольшее нарастаніе поясничной силы 45, а наименьшее 4 килограмметра. У шестерыхъ 16,0%; сила поясницы уменьшилась среднимъ числомъ на 7 килограмметровъ, а у 13-ти (36,1%) не измѣнилась.

Мышечная сила обѣихъ рукъ прибавилась у 16 человекъ, въ процентахъ 43,2%. Наибольшее увеличеніе силы обѣихъ рукъ доходило до 11 килограмметровъ, наименьшее 1 килограмметръ. Среднее нарастаніе мышечной силы обѣихъ рукъ было 6,4. У 7-ми нижнихъ чиновъ 18,9%; сила рукъ убавилась среднимъ числомъ на 3 килограмметра. У 14 человекъ 21,6% мышечная сила рукъ осталась безъ измѣненія.

Емкость легкихъ измѣнилась за время пребыванія въ учебной командѣ слѣдующимъ образомъ: прибавилось у 16 человекъ (43,2%). Среднее нарастаніе емкости легкихъ равнялось 366,4 кубич. сантиметрамъ. Наибольшее увеличеніе емкости легкихъ достигло 650, а наименьшее 50 куб. сантиметровъ. Емкость легкихъ убавилась у 9-ти, въ процентахъ 24,3%, наибольшее уменьшеніе 600 к. с., а наименьшее убавленіе емкости легкихъ было 100. к. с. У 12-ти 32,4% емкость легкихъ осталась безъ измѣненія.

	Прибыль въ %	Убыль въ %	Безъ перемѣны въ %
Вѣсъ	27,0	64,8	8,1
Обружность груди	32,4	24,3	43,2
Емкость легкихъ .	43,2	24,3	32,4
Мышечная сила обѣ- ихъ рукъ	42,2	18,9	37,8
Мышечная сила по- ясницы	48,6	16,2	35,1

Присматриваясь къ цифрамъ приведенной таблички, нельзя не признать, что элементы физическаго развитія нижнихъ чиновъ учебной команды 230-го Ветлужскаго резервнаго баталіона дали по истеченіи шестимѣсячнаго курса весьма слабые результаты. По малочисленности приведенныхъ наблюденій, а также вслѣдствіе слишкомъ рѣзкой разницы въ обстановкѣ, я, конечно, не стану сравнивать полученные мною данныя съ блестящими результатами аналогичныхъ наблюденій, произведенныхъ въ унтеръ-офицерскихъ школахъ въ Альдершотскомъ лагерѣ (въ Англіи), въ Жуанвильской школѣ (во Франціи), а также Ротомъ, Федеромъ и мн. другими (въ Германіи). Скажу только, что слабые успѣхи физическаго развитія учебной команды могутъ пожалуй считаться отрицатель-

ными, если принять во вниманіе, что питомцы учебной команды по своему возрасту уже сами по себѣ имѣютъ извѣстные шансы на прогрессивное увеличеніе у нихъ всѣхъ элементовъ и функцій организма по обыкновеннымъ законамъ роста и помимо всякаго учебно-воспитательнаго вліянія. Ибо извѣстно, что физическое развитіе заканчивается лишь только на 27 году жизни, а возрастъ нижнихъ чиновъ команды не превышаетъ 23 лѣтъ. Незначительное число наблюдений не даетъ мнѣ также права дѣлать какіе нибудь общіе выводы относительно учебныхъ командъ прочихъ баталіоновъ Казанскаго гарнизона. Но въ виду однородности санитарно-бытовыхъ и служебныхъ условий, я полагаю, что подмѣченные мною факты присущи въ большей или меньшей степени всѣмъ учебнымъ командамъ прочихъ резервныхъ баталіоновъ Казанскаго гарнизона.

Оставляя пока этотъ вопросъ открытымъ впродъ до накопленія большаго числа, можетъ быть и болѣе всестороннихъ наблюдений, я всетаки не могу не коснуться здѣсь тѣхъ условий, которыми, по моему мнѣнію, имѣютъ извѣстную генетическую связь съ малоусиѣшностью физическаго развитія питомцевъ учебной команды Ветлужскаго резервнаго баталіона. Среди этихъ условий прежде всего можетъ быть отмѣченъ общезвѣстный фактъ, о которомъ уже многократно писалось врачами въ ежегодныхъ санитарныхъ обзорахъ, а именно: недостаточность штатнаго и наличнаго состава баталіоновъ пропорціонально существующей потребности въ расходѣ людей по различнымъ надобностямъ службъ. При разбивкѣ людей по командамъ начальниками частей испытываются громадные, совершенно не устранимыя затрудненія, которыя весьма невыгодно отражаются, какъ на внутренній порядокъ, такъ и на успѣшность физическаго воспитанія нижнихъ чиновъ.

Чтобы не быть голословнымъ, посмотримъ какой расходъ людей потребовался въ баталіонѣ среднимъ числомъ за послѣднее 3-хъ лѣтіе для служебныхъ надобностей и какъ отразился этотъ расходъ на отправленіе нижними чинами тяжелой караульной службы. Штатное число нижнихъ чиновъ равнялось 538. Изъ нихъ выделялось: 41 человекъ въ качествѣ казенной прислуги, 37 человекъ въ Юнкерское училище и Окружное Медицинское Управленіе, 30 человекъ въ нештатную музыкантскую команду, отъ которой, замѣчу мимоходомъ, требуется также прохожденіе полного курса стрѣльбы, перѣдко и строевыя занятія, а также и знаніе обязанностей носильщиковъ¹⁾.

43 человекъ въ учебную команду въ теченіе 6 мѣсяцевъ, (или 21 ч. въ теченіе круглаго года).

¹⁾ Примѣчаніе: отдѣльная команда носильщиковъ не могла быть сформирована по неимѣнію въ баталіонѣ людей.

20 человѣкъ въ охотничью команду въ теченіе зимняго времени, (или 10 ч. въ теченіе круглаго года).

25 человѣкъ въ баталіонную швальню въ теченіе 7 мѣсяцевъ, (или 13 ч. въ теченіе круглаго года).

5—7 человѣкъ въ лагерную команду.

15 человѣкъ мастеровыхъ и копюховъ.

10 человѣкъ писарей въ строевую и хозяйственную канцелярію.

5 человѣкъ хлѣбопеконъ.

5 человѣкъ фельдшерскихъ учениковъ.

6 человѣкъ для постройки лагерныхъ бараконъ въ теченіе полугодія, (или 3 ч. въ теченіе круглаго года).

69 человѣкъ для обученія ратниковъ государственнаго ополченія въ теченіе 6 недѣль, (или 8 ч. въ теченіе круглаго года).

10 человѣкъ осенью для обученія ратниковъ въ теченіе 6 недѣль, (или 17 ч. въ теченіе круглаго года).

2 кашевара,

1 дворникъ въ казармахъ.

24 человѣка для транспортировки новобранцевъ, обозовъ и другихъ командировокъ.

64 человѣка въ отпущеніе стрѣльбища въ теченіе курса стрѣльбы (16 дней), (или 10 ч. въ теченіе круглаго года).

64 человѣка въ обходъ лѣса въ теченіе курса стрѣльбы (16 дней), (или 10 ч. въ теченіе круглаго года).

35 человѣкъ для обученія запасныхъ въ теченіе 6 недѣль, (или 4 ч. въ теченіе круглаго года).

8 человѣкъ для работы въ неприкосновенномъ запасѣ въ теченіе 6 мѣсяцевъ, въ Адмиралтейской слободѣ, (или 4 ч. въ теченіе круглаго года).

160 молодыхъ солдатъ съ учителями въ теченіе 4 мѣсяцевъ одиночнаго обученія, (или 53 ч. въ теченіе круглаго года).

22 человѣка, среднее ежедневное число больныхъ.

Вычитая приведенное число нижнихъ чиновъ изъ наличнаго состава, выходитъ, что баталіонъ имѣлъ въ своемъ распоряженіи для несенія караульной службы только 230 человѣкъ или на 1000 человѣкъ наличнаго состава Казанскихъ баталіоновъ несутъ караульную службу только 427 человѣкъ.

Число караульныхъ дней, требующихся отъ баталіона въ теченіе года было слѣдующее: для городского караула требуется 72 человѣка въ теченіе 73 дней, что составитъ 5256 караульныхъ дней; для домашняго баталіоннаго караула въ теченіе круглаго года по 32 человѣка или 11680 караульныхъ дней. Въ теченіе 121 дня въ году требуется по 26 человѣкъ для охраненія лабазовъ съ неприкосновенными запасами въ Адмиралтейской слободѣ, что составитъ 3146 караульныхъ дней. Въ теченіе 23 дней во время лагерныхъ

сборовъ нарядались 56 человекъ на случай пожара въ городъ, или 1218 караульныхъ дней. Всего было въ году караульныхъ дней 21290 или каждый нижній чинъ въ теченіе года находился въ караулѣ 93 дня.

Но эти 93 караульныхъ дня въ году всетаки не были бы такъ обременительны для нижнихъ чиновъ, если бы они чередовались съ извѣстными правильными промежутками для отдыха. При временно-усиленномъ расходѣ людей, особенно во время лагерного сбора, очень часто случалось, что солдаты, смѣняясь съ городского караула, отправляются въ отѣшеніе, оттуда въ домашній караулъ, съ домашнего караула на случай пожара въ городъ, съ пожара на стрѣльбу, со стрѣльбы въ обходъ лѣса и т. д. Такимъ образомъ, вслѣдствіе такого непрерывнаго круговорота служебныхъ обязанностей нижніе чины непомѣрно переутомляются, при этомъ нарушается порядокъ правильного и своевременнаго приема пищи и нормальнаго высыпанія. Само собою понятно, что при такихъ условіяхъ трудно ожидать, чтобы въ баталіонѣ при нынѣшнемъ его составѣ могла быть проведена послѣдовательно съ извѣстной настойчивостью систематическая военно-строевая тренировка и обученіе, черезъ которыя обязательно долженъ проходить каждый нижній чинъ, а въ особенности тѣ изъ нихъ, которые предназначаются для учебной команды.

Въ силу старой поговорки *gutta cavat lapidem*, я позволю себѣ коснуться здѣсь стараго вопроса, о которомъ много разъ трактовалось въ военно-санитарной литературѣ, а именно: о способѣ питанія. Что качество и количество пищи, принимаемой солдатомъ, имѣетъ неотразимое вліяніе на успѣшность его физическаго развитія, а также и на его служебную и боевую производительность едва ли кто станетъ сомнѣваться. Изреченіе Фридриха, что желудокъ служитъ фундаментомъ арміи, уже давно сдѣлалось ходячею аксіомою. По этому если не будемъ увлекаться отжившими понятіями о томъ, что русскій солдатъ въ силу своихъ религіозныхъ, социальныхъ и этнографическихъ условій будтобы отличается какими то особенными свойствами своего пищеварительнаго аппарата, приспособленнаго къ растительной діетѣ, если, говоря я, не будемъ придавать значенія подобнымъ традиционнымъ заблужденіямъ, мы непременно согласимся съ тѣмъ, что нашъ солдатскій паекъ нуждается въ нѣкоторой поправкѣ, преимущественно для тѣхъ нижнихъ чиновъ, которые подвергаются усиленной строевой выправкѣ при извѣстныхъ теоретическихъ отвлеченныхъ занятіяхъ, какъ наприм. въ учебной командѣ. По раскладкѣ, утвержденной на текущій годъ, баталіонъ, не исключая и учебной команды, для продовольствія получаетъ слѣдующее процентное содержаніе главнѣйшихъ ингредиентов пищи.

Раскладка 1) Щи съ мясомъ.

Каша съ саломъ.

Ужинъ:

Картофельный супъ.

3 фунта хлѣба.

Въ нихъ заключается:

Бѣлковъ ¹⁾ .	Жировъ.	Углеводовъ.
Отъ 165 до 170 грам.	45 грам.	701 .

Раскладка 2) Картофельный супъ съ мясомъ.

Каша съ саломъ.

Ужинъ:

Кашица.

3 фунта хлѣба.

Въ нихъ заключается:

Бѣлковъ.	Жировъ.	Углеводовъ
165.	36.	734.

Раскладка 3) Картофельный супъ съ саломъ.

Каша съ саломъ.

Ужинъ:

Кашица.

3 фунта хлѣба.

Бѣлковъ.	Жировъ.	Углеводовъ.
129.	61.	741.

По приведеннымъ даннымъ казалось бы, что нашъ пищевой раціонъ по содержанію въ немъ количества питательныхъ единицъ совершенно достаточенъ для полнаго поддержанія фізіологическаго равновѣсія въ экономіи солдатскаго организма. Общая сумма питательныхъ единицъ въ нашемъ раціонѣ нѣсколько превышаетъ даже ту пищевую норму, которая прочно установлена для средняго рабочаго эпохальными изслѣдованіями Фойта и Рубнера. Но успѣхъ въ удовлетвореніи цѣлямъ питанія, въ особенности для цѣлой группы работающихъ людей, не обуславливается исключительно количествомъ введенныхъ пищевыхъ продуктовъ. Чувство сытости представляетъ собою скорѣе явленіе временное, заглушающее такъ сказать потребность въ пріемѣ пищи, но не исключающее собою извѣстной степени хроническаго голодавія. Смыслъ нормальнаго питанія заключается не въ періодическомъ наполненіи желудка, а въ усвоемости принятой пищевой массы, потребной для развитія потенциальной энергіи и тепловаго эффекта. Разсматривая съ этой

¹⁾ Вычислено по Кинигу, Эрлману и Судакову.

точки зрѣнія нашъ солдатскій паекъ, нельзя не замѣтить, что онъ отличается чрезвычнымъ объемомъ и малою усвояемостью, благодаря обилію въ немъ растительныхъ элементовъ. Такъ напримѣръ, изъ 165 грам. бѣлку, имѣющагося въ скоромной солдатской пицѣ, въ особенности если считать только 22 золотника варенаго мяса (31,9), то $\frac{1}{3}$ бѣлковыхъ единицъ будутъ растительнаго происхожденія, а растительный бѣлокъ, какъ извѣстно по изслѣдованіямъ Гоффмана, въ 53 процентахъ маршируетъ по пищеварительному тракту въ перепереваренномъ видѣ; между тѣмъ какъ животный бѣлокъ, по цѣлому ряду новѣйшихъ изслѣдованій Рубпера, выдѣляется съ каломъ только въ количествѣ $2\frac{1}{2}$ —2,9%. Въ постные дни, когда по раскладкѣ варился картофельный супъ съ саломъ, животные бѣлки совершенно отсутствовали въ пицѣ. Что же касается количества жировъ по нашей раскладкѣ, то они въ скоромные дни гораздо ниже тѣхъ цифръ, которыя выработаны гигиенистами для тѣлеснаго баланса средняго рабочаго, къ которому солдатъ, по расходу своихъ физическихъ силъ, можетъ быть вполне приравненъ. По отношенію къ количеству жировъ въ солдатской пицѣ необходимо также еще добавить, что оно имѣетъ особенное значеніе въ нашей полосѣ, гдѣ, благодаря суровымъ климатическимъ условіямъ, тепловыя потери нерѣдко бываютъ довольно значительны вслѣдствіе мало согревающей солдатской одежды, служащей, какъ, извѣстно подспорьемъ для равновѣсія тепловаго баланса, а также вслѣдствіе того, что во время большихъ холодовъ въ казарменныхъ помѣщеніяхъ не всегда можетъ быть поддерживаема надлежащая температура. Обиліе углеводовъ, благодаря которому нашъ паекъ по объему стоитъ первымъ померомъ среди солдатскихъ раціоновъ всѣхъ культурныхъ армій, несколько не увеличиваетъ питательности въ высказанномъ смыслѣ, а напротивъ скорѣе служить лишнимъ балластомъ и тормазомъ для нормальнаго пищеваренія. По этому циркулировавшій много разъ проектъ о замѣнѣ излишествовавшего въ пицѣ солдата количества хлѣба животными бѣлками и жиромъ заслуживаетъ дальнѣйшей научной и опытной проверки.

Существенно важнымъ факторомъ для успѣшности физическаго развитія учебной команды, при правильномъ питаніи, служатъ также гимнастическія упражненія. Военная гимнастика, какъ извѣстно, отличается тѣмъ, что она вовсе не стремится создавать какихъ нибудь выдающихся атлетовъ и акробатовъ. Задача и цѣль военной гимнастики заключается главнымъ образомъ въ томъ, чтобы путемъ всесторонняго и симметрическаго упражненія всѣхъ органовъ и частей тѣла каждаго солдата, поднять, на сколько возможно, средній уровень физическаго развитія и рабочей производительности цѣлой группы людей, такъ называемыхъ боевыхъ единицъ, имѣющихъ выполнять, по командѣ одного человека одну и

интересоваться, почему наприм. при подтягиваніи на лѣстницѣ или при другихъ упражненіяхъ у одного блѣднѣетъ, у другого краснѣетъ лицо, у третьяго усиленно бьется сердце, у четвертаго является чрезмѣрная одышка, у пятаго выпячивается шишка въ паховой области и т. подоб. И ужъ не говорю объ артропатіяхъ, контрактурахъ, невритахъ, міозитахъ и мн. другихъ патологическихъ процессахъ первичнаго аппарата, развивающихся нерѣдко вслѣдствіе неправильныхъ упражненій и чрезмѣрной механической работы на почвѣ истеріи и неврастеніи, распознаваніе которыхъ слѣдалось возможнымъ лишь только въ новѣйшее время, и которыя въ прежнес время даже многими врачами нерѣдко считались притворными. Нельзя тоже не упомянуть здѣсь и о тѣхъ гипертрофіяхъ сердца и пахомошоночныхъ грыжахъ, которыя уносятся нижними чинами со службы на родину въ немаломъ количествѣ и которыя представляютъ собою ничто иное, какъ продуктъ одностороннихъ, неправильно веденныхъ тѣлесныхъ упражненій. Только отсутствіемъ теоретическаго обосноваія и сознательнаго отношенія въ тѣлеснымъ упражненіямъ можно объяснить удѣлвшій еще въ нѣкоторыхъ войсковыхъ частяхъ авахронизмъ: предъ каждымъ ожидаемымъ смотромъ набивать солдатскую ногу. Подобную процедуру можно безнаказанно продѣлывать съ такими нижними чинами, у которыхъ ранцы съ полной укладкой кокетливо играютъ на могучихъ плечахъ, имѣющихъ въ окружности 32 и болѣе сантиметровъ и на богатырской, размашистой грудной клѣткѣ, имѣющей въ обхватѣ 100 и болѣе сантиметровъ.

Совсѣмъ другая картина получается при набивкѣ ногъ у субъектовъ, имѣющихъ въ плечахъ только 20 сантим. въ окружности, 75 сантим. въ окружности груди, при экскурсіи въ 4 сантим. Ранецъ сдавливаетъ имъ лопатки, вся грудная клѣтка и плечи отходятъ назадъ, крылья носа расширены вслѣдствіе не полнаго дыханія; лице и кисти рукъ получаютъ синебагровый цвѣтъ и т. п.

Знаменитое изреченіе Морца Саксонскаго, что секретъ тактики заключается въ ногахъ солдата слѣдуетъ понимать условно; не надо забывать, что на этихъ ногахъ имѣются также плечи и грудная клѣтка съ важными для жизни органами, функціи которыхъ находятся въ самой интимной связи съ движеніемъ ногъ. По этому одностороннее культивированіе движенія ногъ въ ущербъ другимъ органамъ едва ли можетъ давать хорошіе результаты для развитія у солдата маршевой способности и умѣнія стрѣлять.

Правда, въ наставленіи о гимнастикѣ изложены всѣ мѣры предосторожности для предохраненія отъ вреднаго вліянія неправильныхъ упражненій на здоровье людей; тамъ говорится объ усталости, переутомленіи и изнуреніи. Но для теоретически неподготовленнаго учителя гимнастики всѣ эти выраженія остаются мер-

твыми буквами. Въ подтвержденіе только что высказанной мысли можно сослаться на старый приказъ Его Высочества В. К. Владиміра Александровича, изданный по поводу учрежденія въ Петербургскомъ округѣ гимнастическаго кадра. Ожидая существенной пользы отъ гимнастики и фехтованія лишь при болѣе успѣшномъ утвержденіи системы запятій, строго согласованныхъ съ научными выводами, я признаю необходимымъ возвысить въ войскахъ подготовку учителей. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что если въ нашихъ учебныхъ командахъ будутъ теоретически подготовлены инструктора, при болѣе широкомъ и активномъ участіи въ этомъ дѣлѣ войсковыхъ врачей, мы будемъ имѣть въ гимнастическихъ упражненіяхъ одинъ изъ полезнѣйшихъ элементовъ физическаго воспитанія солдата.

И такъ, резюмируя сказанное, можно придти къ заключенію: во 1-хъ съ увеличеніемъ наличнаго состава баталіона до нормальныхъ потребностей службы, во 2-хъ съ улучшеніемъ условій питанія людей во время пребыванія ихъ въ учебной командѣ, и наконецъ въ 3-хъ съ расширеніемъ теоретической подготовки инструкторовъ гимнастики можно надѣяться, что учебныя команды будутъ давать несравненно лучшій контингентъ унтеръ офицеровъ для резервныхъ баталіоновъ.

О терапевтическомъ значеніи танноформа.

Л. А. Сергѣева.

Танноформъ, предложенный Е. Мерск'омъ, представляетъ собою легкій, красновато-бѣлый ¹⁾, (жѣто-сѣраго цвѣта ²⁾, коричневатый ³⁾ по С. Э. Островскому, свѣтло-шоколаднаго цвѣта въ аптекахъ г. Казани), безъ запаха и вкуса порошокъ, не растворимый въ водѣ и обычныхъ органическихъ растворителяхъ (за исключеніемъ спирта). Онъ растворяется въ слабыхъ щелочахъ, которыя принимаютъ желтоватую или буровато-красную окраску; причемъ отъ прибавленія кислотъ осѣдаетъ снова; плавится при 230° Ц.

Онъ есть вѣщо иное какъ соединеніе дубильной кислоты и формальдегида. Химически это тѣло—метилень дитаннинъ съ формулой ⁴⁾ $2C_{14}H_{10}O_9 + HCON = CH_3 < \begin{matrix} C_{14}H_9O_9 \\ C_{14}H_9O_9 \end{matrix} + H_2O.$

Для приготовленія его Е. Мерскъ растворяетъ 5 kilo дубильной кислоты въ 15 kilo теплой воды и прибавляетъ 3 kilo 30% раствора формальдегида. Къ смѣси приливаютъ крѣпкой HCl до тѣхъ поръ, пока еще получается осадокъ, для чего требуется приблизительно 12—15 kilo кислоты. Осадокъ промываютъ водой и высушиваютъ при 102—105° Ц.

Вышеупомянутая нерастворимость танноформа а priori уже даетъ преимущество ему предъ танниномъ, который растворяется въ полости рта и желудка и раздражаетъ слизистую оболочку по-

¹⁾ Н. Terpeiner. Руководство фармакологіи, 1901 г.—стр. 79.

²⁾ Therapeutische Wochenschrift. 1896, октябрь.

³⁾ Врачъ, 1903, № 2.

⁴⁾ Therapeutische Wochenschrift, 1896, октябрь.

сѣдвяго. Предъ танингеномъ и таннальбиномъ онъ выигрываетъ тѣмъ, что въ составъ его входитъ сильное антисептическое средство—формальдегидъ.

Впервые примѣнившіе танноформъ д-ра D. Busk и L. Moor¹⁾ пришли къ заключенію, что онъ обладаетъ хорошими вяжущими свойствами и въ то же время является хорошимъ обеззараживающимъ для кишекъ средствомъ; онъ оказался особенно полезнымъ при мѣстныхъ потахъ, затѣмъ, при влажномъ омертвѣніи, пролежняхъ, перепрѣлости и, наконецъ, при лѣченіи зараженныхъ и незараженныхъ ранъ, вмѣсто Iodoform'a.

Наружно танноформъ примѣнялся или въ видѣ присыпки съ талькомъ или крахмаломъ (5 грм. танноформа и 25 грм. кремне-магніевой соли) или въ видѣ мази (3 грм. танноформа, 10 грм. вазелина и 20 грм. лаволина или 3 грм. танноформа, 6 грм. окиси цинка и 30 вазелина); внутрь же это средство они давали по 0,5—1,0 въ сутки въ 4 приема (дѣтямъ 6—15 мѣс.)²⁾.

Д-ръ E. Frank³⁾ съ успѣхомъ примѣнялъ танноформъ при *ulcus molle*, *ulcus cruris*, *intertrigo*, при балавитѣ, перепрѣлости, катаррахъ шейки и рукава; самое лучшее дѣйствіе танноформъ оказалъ въ видѣ присыпки при чрезмѣрномъ потѣніи стопъ и подмышковыхъ ямокъ. При зловонныхъ потахъ ногъ въ 3—4 дня исчезаетъ зловоніе и потѣющія части становятся совершенно сухими.

Oefele⁴⁾ нашелъ этотъ препаратъ весьма полезнымъ при зудѣ влагалища у диабетическѣхъ.

Ebengou⁵⁾ съ успѣхомъ примѣнялъ присыпку изъ танноформа при экземѣ, 10% танноформное мыло при паршахъ (послѣ эпиляціи). Въ другихъ случаяхъ онъ употреблялъ при экземѣ 10% танноформную мазь. При употребленіи этого средства при потѣніи ногъ авторъ получалъ результаты только пока присыпалось лекарство (18 случ.). Хорошіе результаты получались при гноящихся язвахъ и при *ulcus cruris* торпиднаго характера: нагноеніе скоро прекращалось, язва очищалась, грануляціи получали хорошій видъ. Ни раздраженія, ни образованія экземы не наблюдалось, леченіе продолжалось не долго. При свѣжихъ язвахъ танноформъ ускорялъ заживленіе. При употребленіи внутрь онъ, какъ оказалось, не раздражаетъ слизистой оболочки кишекъ и обладаетъ вѣрнымъ противополоснымъ средствомъ. Авторъ указываетъ на необходи-

¹⁾ Therapeutische Wochenschrift, 1896, октябрь.

²⁾ Revue de therapeutique, 1896, октябрь.

³⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift, 1897, № 43.

⁴⁾ Therapeutische Wochenschrift, 1896, № 19.

⁵⁾ Aerztlicher Central-Anzeiger, № 26, 1897.

мость назначенія слабительнаго предъ употребленіемъ танноформа. (Примѣненіе послѣдняго иногда можетъ вызвать запоръ). Средство давалось по 0,25 четыре раза въ день или же по 0,5 три раза въ день. Танноформъ, кромѣ того, примѣнялся въ одномъ случаѣ *pernitis interstitialis chronica* съ замѣтнымъ успѣхомъ и въ 2 случаяхъ цистита съ исходомъ въ выздоровленіе. Средство это, по заключенію автора, показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ употреблялась дубильная кислота, но онъ превосходить послѣднюю во многихъ отношеніяхъ.

Д-ръ С. Sziklai¹⁾ получалъ хорошіе результаты отъ танноформа какъ противопноснаго и наружнаго средства. Онъ особенно отмѣчаетъ его быстро наступающее болеутоляющее дѣйствіе.

Д-ръ Weiser²⁾, примѣняя танноформъ въ порошокъ или въ видѣ мази (3 чч. танноформа, 10 чч. вазелина, 20 чч. лаполина) при свѣжихъ, чистыхъ и зараженныхъ ранахъ, а также при потливости различныхъ частей тѣла, нашелъ, что онъ совершенно безвреденъ и не вызываетъ ни малѣйшаго раздраженія, чѣмъ и выигрываетъ предъ сулемой, карболовой кислотой и другими обеззараживающими.

Д-ръ Braun³⁾ указываетъ на прекрасное противопносное дѣйствіе танноформа.

Въ рукахъ д-ра Landau⁴⁾ (119 случаевъ, преимущественно при желудочно-кишечныхъ катаррахъ у дѣтей) танноформъ оказался прекраснымъ вяжущимъ для кишечника. Груднымъ дѣтямъ онъ давалъ это средство по 0,25 на приемъ (въ подслащенномъ настое ромашки), нѣсколько разъ въ день; болѣе старшимъ по 0,5 черезъ каждые 2 часа, а взрослымъ по 1,0 отъ 4 до 5 разъ въ сутки. Средство, благодаря полному отсутствію вкуса и запаха, принимается охотно. Поносы прекращались на 2—3 день. При экземѣ лица и головы танноформъ дѣйствовалъ не лучше свинцовой мази Неві'и.

А. Дворецкій⁵⁾ въ 26 случаяхъ поноса различнаго происхожденія у взрослыхъ и у дѣтей остался очень доволенъ танноформомъ, особенно у взрослыхъ. У дѣтей въ 3 случаяхъ была рвота.

Д-ръ Тимашевъ⁶⁾, примѣняя при поносахъ у 43 дѣтей, въ возрастѣ отъ 5 мѣс. до 11 лѣтъ, пришелъ къ заключенію, что

¹⁾ Therapeutische Wochenschrift, 1897, № 41.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Ibidem № 40 и 50.

⁴⁾ Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1898, № 40.

⁵⁾ Медицинское Обозрѣніе, 1899, Февраль.

⁶⁾ Дѣтская Медицина, 1899, № 1.

танноформъ былъ, благодаря своимъ вяжущимъ и антисептическимъ свойствамъ, несомнѣнно долженъ занять не послѣднее мѣсто въ ряду средствъ, примѣняемыхъ въ настоящее время противъ дѣтскихъ поносовъ.

Такіе же удовлетворительные результаты отъ танноформа, какъ вяжущаго средства, у дѣтей при болѣзняхъ кишокъ, получены и въ 50 наблюденіяхъ *Schmeidler's* ¹⁾, въ которыхъ оказалось, впрочемъ, что у дѣтей моложе одного года дѣйствіе лекарства менѣе выражено, чѣмъ у дѣтей старше этого возраста.

K. Ullmann ²⁾ получилъ хорошіе результаты въ большинствѣ случаевъ (154 сл.) кожныхъ страданій. Онъ примѣнялъ его въ видѣ присыпки съ 2 вѣсов. частями талька, мази 10% съ вазелиномъ или ланолиномъ (при пустулезной и импетигиозной экземѣ по прекращеніи островоспалительнаго періода болѣзни), въ взвѣшенномъ видѣ и въ видѣ пластыря съ 5% салициловой кислоты при хронической экземѣ съ явленіями гиперкератоза, при себорреѣ обмыванія танноформнымъ мыломъ, при острыхъ кожныхъ болезняхъ однимъ танноформомъ, при потливости, потницѣ.

Д-ръ Вороновъ ³⁾ примѣнялъ его въ 10 случаяхъ поноса у грудныхъ дѣтей Московскаго воспитательнаго дома и находить, что танноформъ походитъ по своему дѣйствію на таннальбинъ. не лучше другихъ противопоносныхъ.

S. Ehrmann ⁴⁾ получалъ хорошіе результаты (177 сл.) отъ наружнаго примѣненія танноформа при усиленной секреціи кожи, при воспалительныхъ процессахъ кожи на почвѣ этой аномаліи, при экземѣ, ссадинахъ, трещинахъ и ожогахъ. Средство по свойству пораженія употреблялось или *per se* для присыпки или въ формѣ мази. (*Tannoformii 3,0, Lanolini, ung. simplicis a'a 15,0*).

A. Goldmann ⁵⁾ съ успѣхомъ примѣнялъ вышеупомянутое средство внутрь при острыхъ и хроническихъ поносахъ самаго разнообразнаго происхожденія въ дозѣ 0,5 отъ 2 до 4 разъ въ сутки. Съ наименьшимъ успѣхомъ онъ пользовался танноформомъ (въ видѣ присыпокъ, 10% ланолинъ-вазелиновой мази, суппозиторіевъ и пр.) при мокнущей и зудящей экземѣ, при язвахъ голени, при катаррахъ влагалища и шейки, при ссадинахъ маточнаго рыльца и при хроническихъ катаррахъ уха, носа и горла.

¹⁾ Современная терапия, 1899, стр. 292.

²⁾ Centralblatt für die gesammte Therapie. 1899, Май.

³⁾ Врачъ, 1899, № 52.

⁴⁾ Allgem. med. Central-Zeit, 1899, № 4.

⁵⁾ Wien. Med. Presse, 1899, № 9 и 10.

М. К. Прейссъ ¹⁾ применялъ тannoформъ въ Московскомъ воспитательномъ домѣ при острыхъ и затяжныхъ катаррахъ толстыхъ кишекъ, толстыхъ, дѣтской холерѣ и бугорковомъ поносѣ. При этомъ получалъ успѣхи у дѣтей не моложе 2—3 мѣсяцевъ.

Д-ръ Н. Сohn ²⁾ наилучшіе результаты получалъ отъ тanno-форма въ случаяхъ острыхъ пищеварительныхъ разстройствъ у дѣтей въ томъ періодѣ, когда испражненія становились рѣже и принимали слизистый характеръ и зеленую окраску, назначая до этого времени протарголъ (0,05—50,0 очень маленькимъ и 0,1—50,0 дѣтямъ въ возрастѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ). Tannoформъ, оказавшій услуги и при самостоятельной диспепсiи, давался дѣтямъ младшаго возраста по 0,25, старшимъ на кончикѣ языка сначала каждый часъ, а потомъ рѣже.

В. Ф. Веллямовичъ ³⁾ употребляетъ тannoформъ при лѣченіи intertrigo, hyperhydrosis и нѣкоторыхъ формахъ экземы.

По Grunthe ⁴⁾ тannoформъ хорошо дѣйствуетъ при потливости ногъ.

Y. Landouх ⁵⁾ онъ помогаетъ въ видѣ присыпки, 10% мазей и 10—25% пластыря при Ekzema и особенно Zona.

H. G. Nicholson ⁶⁾ съ большимъ успѣхомъ применялъ сухой тannoформъ при ожогахъ.

Д-ръ S. Edelheit ⁷⁾ говоритъ, что тannoформъ, какъ наружное средство, заслуживаетъ самаго широкаго примѣненія при чрезмѣрной потливости, при острыхъ и затяжныхъ дерматоидахъ на почвѣ послѣдней, при экземѣ и опрѣлости. Авторъ употребляетъ 10% мазь изъ него съ вазелиномъ или въ видѣ присыпки съ крахмаломъ.

Д-ръ Островскій ⁸⁾ примѣнилъ въ 50 случаяхъ перепрѣлости у дѣтей въ возрастѣ отъ нѣсколькихъ дней до 1 года, и въ 40 точно прослѣженныхъ—получилъ полный успѣхъ: отдѣленіе прекращалось, краснота проходила, кожа принимала нормальную окраску. Никакого раздраженія ни разу не наблюдалось. Tannoформъ назначался въ видѣ присыпки съ крахмаломъ (въ равныхъ частяхъ) или въ видѣ 10% вазелиновой мази съ предварительнымъ обмываніемъ пораженныхъ мѣстъ борной кислотой 2%.

¹⁾ Труды О-ва русскихъ врачей въ Москвѣ, 1899.

²⁾ Die Therapie der Gegenwart, Іюль.

³⁾ Врачебная газета, 1902, № 32.

⁴⁾ D. Militärärztl. Zeit, 1902, № 2.

⁵⁾ Nouveaux remèdes, 1899, № 1.

⁶⁾ Merck's Archives of the Materia medica, 1899, № 2, pag. 80.

⁷⁾ Prager medicinische Wochenschrift, 1900, № 23.

⁸⁾ Русскій Врачъ, 1903, № 2.

Танноформъ, по его мнѣнію, при перепрѣлости у грудныхъ дѣтей незамѣнимое средство.

Мнѣ удалось примѣнять танноформъ втеченіе 2-хъ лѣтъ при поносахъ различнаго происхожденія у 25 дѣтей въ возрастѣ отъ 1 до 10 лѣтъ въ 40 случаяхъ, и у 15 взрослыхъ въ 35 случаяхъ. Сначала давалось слабительное (ol. ricini) по чайной, столовой ложкѣ, смотря по возрасту. Послѣ послабленія назначался танноформъ ребенку до 3-хъ лѣтъ (12 случ.) 0,15—0,25, выше 3-хъ лѣтъ (20 случ.) 0,25—0,4, взрослымъ 1,0—1,5 на приемъ 4—5 разъ въ день.

Танноформъ давался въ пищу, съ молокомъ, чаемъ, виномъ (красное) съ соблюденіемъ соотвѣствующей діеты. При гастроэнтеритахъ танноформъ назначался съ Mag. Bismuthum., какъ то дѣлалъ д-ръ Тимашевъ, дѣтямъ 0,03—0,06 (5 случ.), взрослымъ 0,2—1,0 (3 случ.). Прежде всего прекращались боли и отдѣленіе газовъ, поносъ останавливался на 2—3 день. Въ 3 случаяхъ при несоблюденіи діеты—на 8 день. Для болѣе прочнаго успѣха танноформъ давался 3—4 дня и по излеченіи больного. Наказныхъ побочныхъ дѣйствій не наблюдалось.

Далѣе, въ 30 случаяхъ танноформъ былъ примѣненъ при перепрѣлости у дѣтей грудныхъ (20 сл.) и отъ 1—5 лѣтъ (10 случ.) на шейкѣ, въ подмышечныхъ впадинахъ, въ пахахъ, подъ колѣнками. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было уже изъязвленіе пораженныхъ мѣстъ. Въ 4 случаяхъ перепрѣлости подъ сильно развитыми отвисшими грудями у кормящихъ женщинъ.

Въ 2-хъ случаяхъ (лѣтомъ) дѣло дошло до образованія кровоточащихъ язвъ.

Послѣ обмыванія 2% растворомъ борной кислоты накладывался на пораженное мѣсто кусокъ марли, обмазанный 10% мазью танноформа въ ланолинѣ (вазелинъ—больше раздражаетъ), который и раздѣлялъ 2 соприкасающіяся поверхности. Эта процедура продолжалась въ теченіе 3-хъ сутокъ въ случаяхъ съ изъязвленіемъ, и 1-хъ—безъ него, послѣ чего пораженные мѣста только припудривались танноформомъ. Отдѣленіе прекращалось на 2—3 день. Краснота скоро проходила и кожа принимала здоровый видъ. Въ легкихъ случаяхъ достаточно было разоваго припудриванія.

Въ 4 случаяхъ ссадинъ на почвѣ геморроя, очень болѣзненныхъ, танноформъ въ видѣ припудриванія 3—4 раза въ день далъ скорѣйшій и болѣе стойкій успѣхъ, чѣмъ iodoform, dermatol, aristol, примѣнявшіеся раньше.

Наконецъ при потливости ногъ (15 случ.), доходившей тоже до изъязвленія (8 случ.) танноформъ, примѣненный послѣ тщательнаго обмыванія мыльной водой, въ видѣ присыпки съ крахмаломъ пополамъ, 1—2 раза въ сутки, далъ прекрасные результаты.

Быстро прекращалось „зловоніе“ пота, подживали изъязвленія и кожа принимала здоровый видъ на 4—5 день послѣ примѣненія.

На основаніи вышеупомянутаго хотя и небольшого (личнаго) матеріала я счелъ возможнымъ подѣлиться съ товарищами выводами, въ которыхъ я пришелъ при примѣненіи этого средства.

Танноформъ—какъ вяжущее и обеззараживающее средство дѣйствуетъ хорошо при острыхъ и хроническихъ катаррахъ желудочно-кишечнаго канала какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, при воспаленіяхъ кожи на почвѣ усиленнаго отдѣленія пота и др. раздраженій (при геморроѣ) въ мѣстахъ, особенно соприкасающихся. Въ виду отсутствія запаха и вкуса онъ очень удобенъ какъ въ практикѣ у взрослыхъ, такъ особенно у дѣтей, онъ не вызываетъ никакихъ нежелательныхъ явленій даже и при продолжительномъ примѣненіи. Сравнительно дешевъ.

Выводы какъ разъ согласны съ литературными данными и еще разъ указываютъ на важность значенія танноформа—какъ лечебнаго средства, которое слѣдовало бы имѣть всегда подъ рукой, какъ хорошо дѣйствующее и безвредное. Въ семьяхъ слѣдовало бы имѣть его въ домашней аптекѣ.

РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

Подо редакціей В. И. Левчатнина.

А. Н. Бернштейнъ. *О такъ называемомъ раннемъ слабоуміи.*
Журналъ Невропатол. и психіатр. им. С. С. Корсакова 1902 г.
1 и 2 кн.

Вопросъ о dementia praecox—вопросъ не праздный, онъ выдвигнутъ клинкой, нашедшей рядъ симптоматологическихъ особенностей, потребовавшихъ новаго научнаго освѣщенія. Dementia praecox есть болѣзнь неизлечимая, атипически протекающая, съ болѣе или менѣе глубокими ремиссіями и приводящая къ слабоумію, наступающему то постепенно безъ рѣзкихъ психопатическихъ состояній, то быстро, послѣ острой или подострой психопатической вспышки, то слабоуміе прогрессируетъ безостановочно, сопровождаясь отдѣльными эпизодическими вспышками. Слабоуміе бываетъ различной степени, но оно есть обязательный исходъ болѣзни. Dementia praecox Kräpelin'a не тождественно съ dementia praecox другихъ авторовъ. Терминъ Kräpelin'a dementia praecox неудаченъ: не то онъ относится къ возрастному составу больныхъ и тогда не подходитъ къ случаямъ, развивающимся послѣ зрѣлаго возраста, не то указываетъ на преждевременное наступленіе фізіологическаго увяданія умственныхъ способностей, но тогда къ группѣ ранняго слабоумія относилось бы и старческое слабоуміе. Присвоеніе Kräpelin'омъ характернымъ чертамъ ранняго слабоумія названія кататоническихъ ведетъ еще къ большимъ недоразумѣніямъ. Необходимъ новый терминъ, который, во первыхъ, не былъ бы связанъ со старымъ содержаніемъ, чего ни въ коемъ случаѣ нельзя сказать относительно выраженій «кататоникъ, кататоническій» и который, во вторыхъ, обнималъ бы собою всю совокупность специфическихъ двигательныхъ проявленій ранняго слабоумія, составляющихъ одно изъ ея существенныхъ проявленій.

Ни эмоціональный тонъ, ни состояніе сознанія, ни типъ, характеръ и окраска бреда и галлюцинацій, ни наличность или отсутствіе

последнихъ, ни смѣна различныхъ психопатическихъ картинъ и состояній не представляются существенными для опредѣленія ранняго слабоумія. Негативизмъ, мутацизмъ, стереотипія, вербигерация, манерность, позы и т. д. не представляются сами по себѣ характерными для распознаваній *dem. praesox.* Аттоничность, каталептоидное состояніе являются менѣе всего характерными для этой формы. Характерной для кататоническихъ явленій представляется слѣдующая общая всѣмъ имъ черта: онѣ и появляются и смѣняются другъ друга, и исчезаютъ внезапно, независимо отъ измѣненій общаго состоянія; ихъ возникновеніе и исчезаніе не совпадаетъ ни съ измѣненіями самочувствія, ни съ эволюціей бреда, ни съ модификаціей состоянія сознанія. Все это знаменуетъ собою нарушеніе связи между волевыми проявленіями и эмоціональнымъ содержаніемъ личности, и является слѣдствіемъ притупленія эмоціональной восприимчивости больного и пониженія эмоціональнаго тонуся интеллектуальныхъ элементовъ. Эмопія перестаетъ быть первоисточникомъ дѣятельнаго движенія и дѣятельной мысли. Движенія кататоника являются гимнастическими, лишенными нормальной эмоціональной психологической основы. Рѣчевыя проявленія его имѣютъ не эмоціональный, а чисто моторный характеръ. Сюда же относится мутацизмъ, негативизмъ, а также парадулія т. е. прямая подчиняемость, автоматическое повиновеніе внѣшнимъ воздѣйствіямъ, независимымъ отъ душевнаго содержанія больного.

Сущность болѣзни заключается въ притупленіи душевной чувствительности, угасаніи эмоціональной живости различныхъ интеллектуальныхъ комплексовъ и въ выпаденіи эмоціональных элементовъ (не аффективныхъ, а именно эмоціональных) изъ волевого акта. Только благодаря этой эмоціональной тупости автоматическіе моменты получаютъ превалирующее значеніе, замѣщая и дополняя недостаточность индивидуальной воли.

Патологическій субстратъ подобной основы неизвѣстенъ. Извѣстно только, что при раннемъ слабоуміи наблюдается цѣлый рядъ соматическихъ разстройствъ: секреторныя и вазомоторныя разстройства и общія разстройства питанія и наконецъ разстройства мышечныя.

Исходя изъ того, что мышечное напряженіе кататониковъ возникаетъ подъ вліяніемъ психомоторныхъ возбужденій и, распредѣляясь атипично, является не спастическимъ, а психогеннымъ напряженіемъ мускулатуры, называть его кататоническимъ (т. е. обратнымъ) напряженіемъ несовсѣмъ правильно. Къ нему больше подошло бы названіе паратонического т. е. ложнаго напряженія, такъ какъ это названіе могло бы объять всю совокупность относящихся сюда явленій какъ психо-рефлекторныхъ, такъ и психо-моторныхъ. Этотъ терминъ могъ бы войти и въ составъ названія самой болѣзни, которая могла-бы быть названа прогрессивнымъ паратоническимъ слабоуміемъ: *Dementia paratonica progressiva* или *Paratonia progressiva*.

В. Колотинскій.

Проф. Анфимовъ. *O dementia praecox.* Журналъ Невропат. и психіатр. имени С. С. Корсакова. 1902, кн. 1 и 2.

Dementia praecox Kräpelin'a, по крайней мѣрѣ та разновидность ея, когда слабоуміе наступаетъ незамѣтно и постепенно безъ предвѣстниковъ, первично, есть imbecillitas progressiva или dementia primaria incurabilis progressiva. Остальные же формы dementiae praecox, какъ ихъ разсматриваетъ Kräpelin, не представляютъ чего либо новаго, чего бы не было сказано въ описаніи гебефрениі.

Dementia же catenoides можетъ подлежать совсѣмъ иному толкованію.

Встрѣчаются случаи, когда, въ молодомъ возрастѣ, 16—18—20 лѣтъ, наступаетъ слабоуміе, но еще вопросъ, дѣйствительно ли переходъ къ слабоумію совершился «незамѣтными шагами, путемъ постепенной умственной убыли», или этому состоянію слабоумія предшествовалъ рядъ болѣе или менѣе замѣтныхъ психопатическихъ состояній, которыя уносили «часть умственныхъ силъ» и мало по малу приводили къ слабоумію.

Въ настоящее время еще нельзя утверждать, что существуютъ случаи незамѣтнаго или первичнаго развитія слабоумія.

Можно допустить, что болѣе или менѣе замѣтные психическія пертурбаціи, ведущія къ слабоумію, обыкновенно просматриваются врачами.

Съ другой стороны Dementia praecox Kräpelin'a можетъ быть слѣдствіемъ цѣлаго ряда инфекцій: тифа, острыхъ сыпей и особенно инфлюэнцы, которыя для юныхъ больныхъ, особенно дегенерантовъ, нерѣдко имѣютъ роковое значеніе; нельзя говорить о первично нарастающемъ слабоуміи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его развитію предшествуетъ то или другое острое психическое или физическое заболѣваніе. Dementia praecox Kräpelin'a не есть ли поэтому просто dementia secundaria?

В. Колотинскій.

П. Б. Ганнушинъ и приватъ-доцентъ С. А. Сухановъ. *Къ ученію о меланхоліи.* (Изъ Московской Психіатрической Клиники). Журналъ Невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова 1902, кн. 6.

Исслѣдованія авторовъ опираются на 278 случаевъ меланхоліи; въ это число вошли, какъ стационарные (меньш. часть), такъ и амбулаторные больные. Авторы устанавливаютъ, что женщины болѣе предрасположены къ заболѣванію меланхоліей, чѣмъ мужчины; и что среди душевно-больныхъ женщинъ не менѣе одной десятой части приходится на долю страдающихъ меланхоліей. Наслѣдственность отмѣ-

чена въ 82%. Максимальная продолжительность отдѣльнаго приступа меланхоліи—около 13 лѣтъ. Максимальная продолжительность свѣтлаго промежутка при рецидивирующей меланхоліи равна 28 годамъ, минимальная $\frac{1}{2}$ года. Число приступовъ болѣзни у меланхоликовъ представляетъ большое разнообразіе, но чаще всего при періодической, —respest. рецидивирующей,—(авторы при современномъ подожженіи психіатрическихъ знаній не видятъ принципиальной разницы между формами періодическими и рецидивирующими) меланхоліи приходится наблюдать два приступа. Самое большое число приступовъ было у одной дѣвицы 71 года, гдѣ съ возраста 30 лѣтъ тоска возвращалась не менѣе 30 разъ.

Оставляя въ сторонѣ дѣленіе меланхоліи на легкія, среднія и тяжелыя формы, на меланхолію съ бредомъ и безъ него, на ажитированную и аттоничную меланхолію, авторы устанавливаютъ нѣсколько разновидностей разбираемой болѣзненной формы соответственно той или другой конституціональной почвѣ, на которой эта форма развивается,—они устанавливаютъ органическую, алкогольную и пр. разновидности меланхоліи.

Въ заключеніе авторы высказываютъ слѣдующія положенія.

1) Меланхолія, какъ и всякій острый психозъ, склонна давать возвраты (рецидивы), которые могутъ появляться то черезъ короткіе сравнительно промежутки времени, то черезъ длинныя.

2) Въ настоящее время нѣтъ достаточныхъ данныхъ для выдѣленія нѣкоторыхъ случаевъ рецидивирующей меланхоліи въ особую болѣзнь, называемую «періодическимъ психозомъ», такъ какъ случаи «періодической меланхоліи» совпадаютъ, повидимому вполне, съ случаями рецидивирующей меланхоліи съ частыми приступами болѣзни.

3) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рецидивирующей меланхоліи послѣ одного изъ приступовъ болѣзни можетъ наступить ослабленіе умственныхъ способностей и даже глубокое слабоуміе, что вовсе не должно исключать діагностики рецидивирующей меланхоліи и что указываетъ на возможность существованія переходныхъ случаевъ между обширную группу dementia praecox и рецидивирующими психозами.

4) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхолія развивается на почвѣ конституціональнаго (резонирующее состояніе, рѣзкая психическая неуравновѣшенность, истерическая конституція, конституція навязчивыхъ идей), на почвѣ хроническаго алкоголизма, на почвѣ органическаго пораженія головного мозга; здѣсь меланхолія, комбинируясь съ тою почвой, на которой она развивается, принимаетъ своеобразную окраску и позволяетъ выдѣлять въ клиническомъ отношеніи изъ группы меланхоліи, кромѣ основной, идіопатической, эссенціальной меланхоліи, также и другіе виды меланхоліи: резонирующую, дегенеративную, съ навязчивыми идеями, истерическую, алкогольную, органическую.

5) Меланхолическое состояніе, являющееся одной изъ фазъ циркулярнаго психоза, понимаемаго въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, т. е. протекающаго непрерывно со смѣною маниакальныхъ и меланхолическихъ приступовъ, повидимому, не относится къ группѣ меланхоліи, какъ остраго психоза, дающаго возвраты.

Н. Топорковъ.

Д-ръ Н. Топорковъ. *Истерическій мутизмъ, аграфія и клептоманія.* Обзоръ Психіатріи, Неврологіи и экспериментальной психологіи № 7.—1902 г.

Приведя довольно подробно литературу вопроса, авторъ описываетъ больную, поступившую въ Казанскую Окружную Лечебницу съ явленіями мутизма, развившагося у нея внезапно, въ дорогѣ. На другой день поступленія больной былъ предложенъ авторомъ гипнозъ, послѣ котораго она заговорила совершенно свободно. Больная представляетъ яркій примѣръ истерическаго характера; страдаетъ клептоманіей.

Типическій симптомокомплексъ истерическаго мутизма съ аграфіей развитъ у больной уже за время пребыванія въ Лечебницѣ на ряду съ состояніемъ крайняго возбужденія. Исчезъ онъ подъ вліяніемъ внушенія въ бодрственномъ состояніи.

По вопросу о патогенезѣ страданія авторъ считаетъ наиболее вѣроятной гипотезу Шарко, который видитъ причину истерической нѣмоты въ психическомъ параличѣ рѣчевого центра. Такой же психическій параличъ лежитъ по этой гипотезѣ въ основѣ истерической аграфіи.

А. Сколосубовъ.

Н. Н. Топорковъ. *Психозъ послѣ ожога.* Медицин. Обзр. 1903 г., кн. 1.

Душевное разстройство послѣ ожога наблюдается крайне рѣдко. Авторъ нашелъ въ литературѣ только единственное описаніе случая проф. Regis, да ссылку на случай Fowille'я у Эммингауза.

Въ случаѣ автора психозъ развитъ у 25-ти лѣтней крестьянки, получившей обширный ожогъ третьей степени спины, части грудной желѣзы, плеча и предплечія на одной сторонѣ. Черезъ 15 дней послѣ ожога у больной появился бредъ и обильные обманы органовъ зрѣнія и слуха. Кромѣ того отмѣчалась подавленность настроенія, безсвязность рѣчи и проч. Въ общей сложности душевное разстройство продолжалось около мѣсяца. Авторъ останавливается на діагнозѣ: *Amentia hallucinatoria acuta*. Предрасполагающими моментами въ данномъ случаѣ онъ считаетъ предшествовавшіе (за 7 мѣсяцевъ до ожога) роды и кормленіе грудью, производящимъ же моментомъ является, по его мнѣнію, несомнѣнно ожогъ. Переходя къ вопросу о патогенетической связи между психозомъ и ожогомъ, авторъ склоненъ сводить сущность дѣйствія послѣдняго въ описываемомъ имъ случаѣ къ самоотравленію бактерійными токсинами, развившимися на обожженной поверхности кожи. Что именно этотъ моментъ игралъ главную роль, а не другіе, это вытекаетъ изъ того, что въ первые пять

дней при асептическомъ леченіи ожога признаковъ душевнаго разстрой-ства не наблюдалось, и только послѣ того, какъ домашнимъ лече-ніемъ загрязнили рану и увеличили воспалительныя явленія, развился психозъ

В. Колотинскій.

Патологическая анатомія, общая пато- логія и бактеріологія.

Г. Д. Бѣлоновскій. *О вліяніи впрыскиваній разныхъ дозъ ге-молитической сыворотки на числовой составъ элементовъ крови.* Спб. 1902 г. Диссертация.

Мечниковъ первый высказалъ мысль о примѣненіи пиротокси-новъ въ практической медицинѣ, ему же (совмѣстно съ Безрѣдкой) принадлежитъ и честь перваго изслѣдованія въ этомъ направленіи.

Работа автора касается этого же интереснаго вопроса. Содержа-ніе ея слѣдующее: 1. Литературный очеркъ. 2. Изслѣдованіе условий, наиболѣе выгодныхъ для полученія гемолизиновъ наибольшей силы. 3. О дѣйствиіи впрыскиваній различныхъ дозъ гемолитической сыво-ротки на морфологическій составъ крови. 4. О впрыскиваніи гемоли-тической сыворотки анемичнымъ больнымъ съ лѣчбною цѣлью. Для опредѣленія силы гемолитической сыворотки авторъ пользовался спо-собомъ, впервые предложеннымъ Kossel'емъ, получившимъ право граж-данства послѣ работъ Эрлиха и Моргенрота и нѣсколько видоизмѣ-неннымъ имъ самимъ. Онъ беретъ рядъ цилиндриковъ; въ каждомъ изъ нихъ въ 1 кб. ст. 0,85% раствора Na Cl помѣщаются 3,2, 1 капля или какая-либо часть капли дефибринированной крови кролика (ав-торъ работалъ надъ кроликами и м. свинками); въ каждый цилин-дрикъ капалось по 1-й каплѣ гемолитической сыворотки, полученной отъ м. свинки. Далѣе, всѣ цилиндрики ставились на 12 час. въ тер-мостатъ и гемолитическая сила сыворотки опредѣлялась тѣмъ разве-деніемъ, при которомъ происходило полное раствореніе крови. Если, напримѣръ, полное раствореніе отъ 1 капли гемолитической сыворот-ки наступало въ цилиндрикѣ, въ которомъ было $\frac{1}{4}$ капли крови, ге-молитическая сила (V. h.) = $\frac{1}{4} : 1 = 1 : 4$. Путемъ нѣсколькихъ опы-товъ авторъ приходитъ къ заключенію, что для полученія гемолити-ческой сыворотки лучше всего иммунизировать свинокъ внутрибрюш-ными впрыскиваніями дефибринированной крови (кролика), а самой благоприятной для этого дозой оказались 5 кб. ст., при чемъ при каж-

домъ послѣдующемъ впрыскиваніи доза нѣсколько увеличивалась. Послѣ 3-го или 4-го впрыскиванія V. h. достигастъ отношенія 3:1 и при новыхъ впрыскиваніяхъ уже не возрастаетъ, а иногда даже понижается. На основаніи дальнѣйшихъ опытовъ авторъ приходитъ къ заключенію, что токсическія дозы гемолитической сыворотки вызываютъ быструю смерть кролика при явленіяхъ прогрессирующаго гемолиза, малые же дозы ведутъ къ непосредственному увеличенію уже на другой день послѣ впрыскиванія числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и количества гемоглобина. Послѣдующіе опыты убѣждаютъ въ крове-творномъ значеніи впрыскиваній малыхъ дозъ гемолитической сыворотки также и при искусственно вызываемомъ посредствомъ кровопусканія малокровіи у кроликовъ.

Наконецъ, авторъ переходитъ къ послѣдней части своего труда, самой интересной въ практическомъ отношеніи—о впрыскиваніи гемолитической сыворотки анемичнымъ больнымъ. Специфическую сыворотку авторъ получаетъ, впрыскивая козамъ человѣческую кровь, взя-тую при помощи кровеносныхъ банокъ отъ слугъ или новобранцевъ.

Чтобы убѣдиться въ безвредности впрыскиваній гемолитической сыворотки, Б. впрыснулъ себѣ 2 куб. ст. гемолитической сыворотки, получилась острая боль на мѣстѣ укола, краснота и припухлость—явления, исчезнувшіе лишь спустя 2 дня. Свои наблюденія (надъ 9 больными, изъ которыхъ лишь 1 страдалъ первичнымъ малокровіемъ, самъ авторъ считаетъ недостаточными и не вполне законченными. Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ послѣдняго, въ большей или меньшей степени Б. наблюдалъ подѣ влияніемъ впрыскиваній гемолитической сыворотки увеличеніе числа эритроцитовъ и количества гемоглобина; видимое же улучшеніе общаго состоянія было замѣтно лишь въ одномъ случаѣ (1) у больного, страдавшаго первичнымъ малокровіемъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ больной получалъ 2 впрыскиванія гемолитической сыворотки (10 к. ст. и 6 куб. ст.), при чемъ количество эритроцитовъ увеличилось съ 3,100,000 до 6 милліоновъ, а количество гемоглобина съ 40% до 55%. На основаніи этихъ опытовъ Б. приходитъ къ заключенію, что крове-творное значеніе впрыскиваній гемолитической сыворотки несомнѣнно, лечебное же нуждается въ подтвержденіи. Литература диссертациі обнимаетъ 121 работу.

Л. Виноградовъ.

А. Максимовъ. *О воспалительномъ новообразованіи соединительной ткани и судьбѣ лейкоцитовъ при этомъ.* Извѣст. Имп. Воен. Медич. Академіи. 1903 г. Январь.

Вопросъ объ образованіи соединительной ткани при воспаленіи одно время рѣшался въ томъ смыслѣ, что соединительная ткань образуется изъ лейкоцитовъ.

Впослѣдствіе это одностороннее ученіе было замѣнено другимъ, по которому главную роль въ образованіи соединительной ткани приписывали предсуществующимъ соединительно-тканнымъ клѣткамъ. Дальнѣйшія наблюденія показали, что нѣкоторые одноядерные лейкоциты могутъ иногда переходить въ стойкіе элементы соединительной ткани (plasmazellen). Авторъ произвелъ рядъ экспериментальныхъ изслѣдованій и убѣдился, что въ воспалительномъ новообразованіи соединительной ткани играютъ роль три вида клѣтокъ: лейкоциты, фибробласты и лимфоциты. Лейкоциты, появившись въ большемъ количествѣ въ первые часы опытовъ, скоро погибали и уносились токомъ лимфы. Фибробласты образуютъ главную основу ткани. Лимфоциты, принимая разнообразныя формы (плазмобласты), заполняютъ щели въ ново-образованной фибробластами ткани; иногда они превращаются въ стойкія соединительно-тканныя клѣтки, но обычно они погибаютъ, когда въ эти щели вростааетъ настоящая сосудистая ткань.

А. В. Сизре.

Н. Н. Петровъ. *Къ ученію о врожденныхъ опухоляхъ крестцово-копчиковой области.* Извѣст. Имп. Воен. Медич. Академіи 1903 г. Февраль.

Описывая случай тератомы крестцово-копчиковой области, авторъ подробно останавливается на двухъ существующихъ теоріяхъ о происхожденіи подобныхъ опухолей. По одной теоріи всѣ эти опухоли разсматриваются, какъ паразитарныя включенія (монистическая теорія); по другой (дуалистическая теорія)—паразитарными считаются болѣе сложныя опухоли, а болѣе простыя являются слѣдствіемъ пороковъ развитія при образованіи нижнихъ отдѣловъ позвоночника, кишечной и мозговой трубки плода. Детально разбирая обѣ теоріи, авторъ склоняется въ пользу монистической и полагаетъ, что «всѣ врожденные уродства крестцово-копчиковой области могутъ найти объясненіе въ перенесеніи и аномальномъ развитіи зародышевыхъ зачатковъ въ разныхъ стадіяхъ эмбриональной жизни».

А. В. Сизре.

С. С. Зимницкій. *О частотѣ артеріосклеротическаго процесса въ аортѣ молодыхъ индивидуумовъ.* Извѣст. Имп. Воен. Медич. Академіи. 1903 г. Февраль.

Приведя довольно обширную литературу и свои наблюденія, авторъ приходитъ къ выводу, что артеріосклерозъ не есть болѣзнь спе-

пiallyно старческаго возраста; это заболѣваніе сосудовъ часто встрѣчается и въ молодыхъ годахъ. Авторъ приводитъ 138 случаевъ (въ возрастѣ до 25 лѣтъ), изъ которыхъ въ 38—былъ констатированъ артеріосклерозъ т. е. въ 27,3%; но если, говоритъ авторъ, изъ этого числа исключить дѣтей до 2-хъ лѣтняго возраста, гдѣ артеріосклерозъ почти никогда не встрѣчается, то процентное отношеніе больныхъ возрастаетъ до 50²/₃%. Что касается этиологіи этого страданія, то, по мнѣнію автора, въ 87,5% причиной артеріосклероза являются инфекціонныя болѣзни.

А. В. Сивре.

Л. Р. Креверъ. О „*Chorionepithelioma*“ (*Deciduoma malignum* авторова). „Русскій врачъ“ № 42—43 1902 г.

Новообразование этого имени впервые наиболѣе опредѣленно описано Sängеромъ (въ 1889 г.), который называлъ его *sarcoma deciduo-cellulare*.

Автору реферируемой статьи пришлось наблюдать два случая подобнаго рода заболѣванія. Что касается клинической стороны, то въ обоихъ случаяхъ въ анамнезѣ отмѣчается выкидышъ, въ теченіи болѣзни характерно быстрое наступленіе явленій малокровія. Въ обоихъ случаяхъ отмѣчены тѣ или другія легочныя явленія—кашель съ кровохарканіемъ, одышка, боль въ груди, измѣненіе дыхательныхъ шумовъ, хрипы и под. Смерть наступила при явленіяхъ нарастающаго малокровія, слабости и одышки.

Въ обоихъ случаяхъ сдѣланы вскрытія. Въ первомъ случаѣ общимъ для многихъ органовъ является присутствіе кровоизліяній (мозгъ) и темнокрасныхъ въ разрѣзѣ, плотныхъ, похожихъ на начинающее обезпѣчиваться кровоизліяніе гнѣздъ (легкія, кишки и особенно дно матки). Въ другомъ случаѣ отмѣчено: кровоизліянія въ мозгѣ, плотныя, различной величины, сѣро и темнокраснаго цвѣта узлы въ легкіяхъ; утолщеніе слизистой оболочки матки и присутствіе въ ней розовокраснаго рубца, по краямъ котораго слизистая оболочка ворсиста.

Съ гистологической стороны новообразование характеризуется присутствіемъ клѣтокъ двоякаго вида: большихъ, ярко окрашивающихся, но не рѣзко очерченныхъ, содержащихъ одно или нѣсколько интенсивно красящихся ядеръ, и малыхъ-круглыхъ и многогранныхъ, одноядерныхъ, безъ межкѣточного вещества, слабо окрашивающихся и часто представляющихъ явленія каріокинеза. Связь и отношеніе между двумя типами клѣтокъ ясно опредѣлились при изслѣдованіи метастатическихъ узловъ. Оказывается, что, скопляясь, вообще, въ периферіи кровоизліяній, клѣтки располагаются такъ, что мелкія оказываются въ центрѣ, а большія, часто представляющія собою громадныя протоплазматическіе тяжи, залегаютъ вокругъ мелкихъ. Кромѣ

того, оказалось, что послѣдняго рода клѣтки имѣютъ тенденцію проникать въ ткань стѣнокъ сосудовъ, чѣмъ и слѣдуетъ объяснить найденныя кровоизліянія.—Характеръ этихъ двоякаго рода клѣтокъ установленъ еще Marchand'омъ; по его даннымъ, перваго вида клѣтки—синцитіальныя, а вторыя похожи на эпителий ворсинокъ или Langhans'овскій слой. Однако вопросъ о происхожденіи этихъ клѣтокъ до сихъ поръ не рѣшенъ. Рядъ занимавшихся этимъ вопросомъ авторовъ можетъ быть раздѣленъ на двѣ группы—унитаристовъ, признающихъ либо только материнское, либо только плодное происхожденіе новообразованія, и дуалистовъ, считающихъ возможнымъ признавать и то и другое.

Въ литературѣ касательно описываемаго новообразованія, за небольшимъ исключеніемъ (2—3 случая), съ несомнѣнностью указывается связь заболѣванія съ нормальной (рѣже), либо патологической (90%) беременностью. Особенно часто связь этого заболѣванія съ mola vesiculosa (ок. 58%). Бросается въ глаза фактъ, что исходный пунктъ развитія новообразованія локализуется всегда въ decidua serotina.

На основаніи разбора литературныхъ данныхъ и изученія собственныхъ случаевъ, авторъ приходитъ къ такимъ выводамъ: chorionepithelioma—эпителиальное злокачественное новообразованіе, происходящее изъ эпителиальнаго покрова ворсинокъ послѣда, сохраняющее взаимное расположеніе клѣтокъ, способныхъ проникать въ сосуды, чѣмъ и объясняется легкое метастазированіе новообразованія.

П. Овчинниковъ.

А. Н. Червенцовъ. *Объ измѣненіяхъ печени при зараженіи ея кишечной палочкой и палочкой брюшинного тифа.* „Архивъ біологическихъ наукъ, издаваемый императорскимъ институтомъ экспериментальной медицины“. т. IX. вып. 5.

Многими изслѣдователями, начиная съ Мажанди и Клодъ Бернара, указано на значеніе печени для организма въ борьбѣ съ тѣмъ или инымъ ядовитымъ началомъ. Въ послѣднее время обращено вниманіе на бактерицидную роль печени, при чемъ найдено, что она не одинакова по отношенію къ различнымъ микроорганизмамъ. Такъ какъ при изслѣдованіяхъ этого рода главное вниманіе обращено было лишь на судьбу бактерий въ ткани, то авторъ задался мыслью подробно изучить гистологическія измѣненія печеночной ткани, при зараженіи брюшнотифозной и кишечной палочкой, черезъ различные промежутки времени.

Авторъ экспериментировалъ на кроликахъ. Предварительно испытывалась вирулентность культуръ (впрыскиваніе въ v. jugularis). Оказалось, что для сравнительно одинаковаго дѣйствія (по времени) на

1,5 kill. вѣса кролика требуется не болѣе 1,5 grm. культуры *bas. coli* и 2,0—b. *turhi*. Въ такихъ количествахъ и вводилась однодневная культура на мясопептонномъ бульонѣ въ *v. mesent. superior*. Молодая культура бралась въ виду исключенія дѣйствія токсиновъ, а для исключенія вліянія бульона дѣлались контрольные опыты съ введеніемъ стерильнаго субстрата.

Главнѣйшіе результаты опытовъ (28) съ введеніемъ *bas. coli* таковы. Клиническая картина: повышение t^0 , поносъ въ теченіе 3—5 дней, паденіе вѣса, плохое самочувствіе. Паденіе t^0 предвѣщало гибель животнаго. Макроскопическія данныя вскрытій: въ первые часы (3—6) печень безъ измѣненій, послѣ 12-ти часовъ гиперемія, набуханіе органа, позднеѣ дряблость, желтоватый цвѣтъ; черезъ сутки—увеличеніе, красновурый цвѣтъ. Послѣ 2 дней явленія набуханія остаются, съ 4 дня уменьшаются, черезъ 7 дней органъ безъ видимыхъ измѣненій. Судьба бактерий: поглощеніе лейкоцитами и эндотеліемъ капилляровъ, наблюдаемое въ теченіи 3—4 дней. Реакція со стороны органа: а) увеличеніе лейкоцитовъ въ крови (максимумъ къ концу первыхъ сутокъ, норма къ 4 дню) и собраніе ихъ по отдѣльнымъ участкамъ, главнымъ образомъ, въ междольковой соединительной ткани (остаются до 2 недѣль); в) набуханіе и отслойка эндотелія, въ сильныхъ случаяхъ ведущая къ кровоизліяніямъ (продолжительность реакціи до 2 недѣль), разрастаніе его въ цѣляхъ замѣшенія; с) дегенеративные процессы въ железистыхъ клѣткахъ—сначала бѣлковое перерожденіе, иногда съ жировой дегенераціей (въ первые часы), потомъ цитопорозъ и вакуолизациа, ведущіе по мѣстамъ къ участковому некрозу; часть клѣтокъ оправляется, часть погибаетъ; д) реакція соединительнотканнхъ элементовъ въ некротическихъ участкахъ и около междольковыхъ сосудовъ.

Опыты съ *bas. turhi* (26) дали слѣд. результаты. Клиническая картина: апатія, потеря вѣса, иногда поносъ, незначительныя колебанія t^0 , паденіе ея предъ смертію. Патологическія данныя незначительны: кромѣ большей или меньшей гипереміи и бѣлковой дегенераціи, часто отсутствующихъ, особенно въ ранній стадіи, въ протоколахъ вскрытій ничего не отмѣчено. Судьба бациллъ: поглощеніе лейкоцитами и эндотеліемъ, часть ихъ попадаетъ въ общій токъ кровообращенія (въ крови сердца). Реакція со стороны органа: а) увеличеніе лейкоцитовъ съ гнѣздной инфильтраціей, гл. обр., капилляровъ долекъ, продолжающееся не долѣе 3 дней. в) набуханіе и отслойка эндотелія съ послѣдующей гибелью или восстановленіемъ; с) паренхиматозные элементы подвергаются бѣлковому и рѣдко жировому перерожденію; участкового некроза не подмѣчено; въ мѣстахъ инфильтраціи—атрофія отдѣльных печеночныхъ клѣтокъ; дегенерація иногда ведетъ къ гибели.

Сравненіе 2 рядовъ опытовъ указываетъ, что, при общемъ сходствѣ проявленій борьбы, детали ея нѣсколько различны въ томъ и другомъ случаѣ. Въ общемъ, различіе сводится къ тому, что реакція на введеніе *bas. coli* болѣе бурна и болѣе продолжительна. Такой фактъ стоитъ въ связи съ наблюденіемъ нѣкоторыхъ авторовъ, что

печень не обладает бактерициднымъ дѣйствіемъ на этотъ видъ микроорганизмовъ. Виною этой разницы, по мнѣнію автора, не вирулентность микроба, потому что при введеніи смертельныхъ дозъ *bas. typhi* явленія со стороны печени оставались тѣми же.

П. Овчинниковъ.

Я. М. Пальчиновскій. *Современное положеніе вопроса объ иммунизации противъ стафилококковъ.* „Архивъ біологическихъ наукъ“. т. IX. вып. 5.

Противостафилококковая сыворотка относится къ числу малоизученныхъ, главн. образомъ, въ виду отсутствія опредѣленной методики полученія, недостатка точныхъ измѣреній ея силы въ лабораторіяхъ и органиченности вследствие этого клиническихъ наблюденій.

Литературныя данныя касательно иммунизации и полученія сыворотки указываютъ, что мнѣнія авторовъ, въ зависимости отъ ихъ наблюденій, различны какъ во взглядѣ на способъ иммунизации животныхъ (фильтратомъ изъ подъ культуръ, убитыми культурами, живыми разводками; интравенозное введеніе или подкожное), такъ на сущность дѣйствія сыворотки (антитоксическое вліяніе, антибактерійное; признаніе значенія за фагоцитозомъ и отрицаніе его), на ея силу и на возможность практическаго примѣненія въ лечебныхъ цѣляхъ.

Авторъ изслѣдовалъ сыворотку двухъ иммунизированныхъ лошадей. Въ первомъ случаѣ подкожно вводилась живая культура, начиная съ 0,5 с. см., постепенно увеличиваемыми черезъ различныя промежутки времени дозами. Каждое впрыскиваніе сопровождалось образованіемъ инфильтрата, иногда (при большихъ дозахъ) абсцесса. Къ концу 4 года культуры стали вводиться въ вену. Въ общемъ за 4 года животное получило 4598 с. см. культуры подкожно и 60 въ вену. Сыворотка впервые испытана черезъ 3½ года, послѣ введенія 4538 с. см. Опыты на кроликахъ показали, что введеніе сыворотки подъ кожу до впрыскиванія (въ ушную вену) культуры или спасало кролика или задерживало смерть сравнительно съ контрольными. Вторичное испытаніе сыворотки послѣ интравенознаго введенія культуры дало отрицательные результаты. Вмѣстѣ замѣчено паденіе вѣса животного, и оно исключено изъ подъ наблюденія.

Второе животное получало только подкожно убитыя и живыя культуры. За 13 мѣсяцевъ введено 67 с. см. живой культуры и 102 мертвой (5—8 дневнаго роста). Испытаніе сыворотки началось съ 14 дня, послѣ 22 с. см. культуры. Результаты опытовъ таковы: предшествующее введеніе сыворотки и одновременное съ культурою впрыскиваніе послѣдней спасаютъ кролика отъ гибели, а при уменьшенныхъ дозахъ въ значительной степени парализуютъ дѣйствіе культуры.

Заключительныя мнѣнія автора таковы: сыворотка лечебнаго свойства можетъ быть добыта подкожнымъ введеніемъ (лучше всего лошади) живыхъ культуръ; интравенозныя впрыскиванія не улучшаютъ дѣла и в. опасны. Сила сыворотки, лучше всего испытываемая на кроликахъ (введеніе сыворотки подъ кожу и культуры въ кровь), такова, что она дѣйствуетъ лишь въ томъ случаѣ, если количество культуры не превышаетъ двойной смертельной дозы. Сущность дѣйствія сыворотки въ антитоксическомъ влияніи ея. Практическое примѣненіе возможно, но требуютъ еще точныхъ изслѣдованій.

П. Овчинниковъ.

Внутреннія болѣзни.

Прив.-доц. И. И. Дочевскій. *Олово, какъ средство противъ ленточныхъ глистъ.* „Врачебная Газета“ № 44. 1902 г.

Исходя изъ того, что ни одно среди наиболѣе употребительныхъ въ настоящее время глистогонныхъ средствъ не можетъ считаться дѣйствительнымъ, а тѣмъ болѣе побочно не влияющимъ на организмъ, авторъ предлагаетъ въ качествѣ лучшаго anthelminticum испытанное имъ олово.

Въ былыя времена (въ XVII в.) этотъ металлъ употреблялся, какъ противоглистное, въ чистомъ видѣ и въ видѣ солей. Въ послѣднее время (1898) Dommes вновь предложилъ употребленіе металлическаго олова. Его же испытывалъ и авторъ, такъ какъ литературныя данныя говорятъ объ ядовитости оловянныхъ солей и о безвредности чистаго металлическаго олова. Получивъ порошокъ осажденнаго гальваническимъ путемъ олова и убѣдившись въ отсутствіи примѣсей мышьяка, сурьмы, свинца, авторъ далъ его двумъ молодымъ собакамъ по 0,5 въ теченіе 4 дней. Послѣ того порошокъ былъ принятъ самимъ авторомъ въ количествѣ 4,0 въ одинъ день и 5,0 на другой. Никакихъ испріятныхъ и болѣзненныхъ ощущеній не было. Убѣдившись въ безвредности средства, авторъ началъ его примѣненіе на больныхъ. Всего за авторомъ числится 38 случаевъ (нѣкоторыя исторіи болѣзни сообщены). Опытъ привелъ его къ слѣдующему приему леченія. Обращается особенное вниманіе на очищеніе кишечника, для чего больному въ теченіе 2—3 дней дается слабительное (преимущественно вода Franz-Joseph) и легкая пища. Наканунѣ приема олова слабительное дается и на ночь. Утромъ—въ облаткахъ stannium metall. praecip. chemic. pur. по 0,5 въ количествѣ 5—10 облатокъ. Въ среднемъ достаточно 3,0—4,0. Облатки принимаются съ промежуткомъ

въ 15 мин. Часа черезъ два послѣ послѣдняго приема—слабительное (fol. Sennae, ol. ricini). Результаты леченія таковы: изъ 38 случаевъ въ 26 глиста изгнана съ перваго раза, въ 7—послѣ второго приема; изъ остальныхъ 5-ти въ одномъ черезъ 2 мѣсяца третья попытка увѣнчалась успѣхомъ, послѣдніе 4 потеряны изъ вида. Неприятныхъ и болѣзненныхъ ощущеній не наблюдалось ни въ одномъ случаѣ.

Что касается способа дѣйствія этого средства, то авторъ отвергаетъ его механическое вліяніе (на что есть указанія въ литературѣ) въ виду нѣжности употребляемаго имъ порошка. Возможность предположенія о вліяніи на глисту слабительныхъ устраняется тѣмъ обстоятельствомъ, что глиста никогда не выходила ранѣе приема олова.

Нѣкоторые, поставленные авторомъ опыты касательно измѣненія олова въ желудочномъ сокѣ (присутствіе въ фильтратѣ сока олова въ окисной и закисной формѣ, подтвержденное специалистомъ химикомъ), заставляютъ его думать, что олово, переходя въ кишечникъ въ растворенномъ видѣ, дѣйствуетъ на глисту химически, можетъ быть, своими солями. Однако всасыванія олова въ организмъ не наблюдается. За это говорятъ, во 1-хъ, опыты Штенко на собакахъ (отсутствіе олова въ мочѣ и тканяхъ и присутствіе его въ экскрементахъ) и во 2-хъ, наблюденія автора, который находилъ олово въ испражненіяхъ больныхъ и никогда въ мочѣ. Авторъ предполагаетъ для объясненія дальнѣйшее выпаденіе олова въ видѣ нерастворимыхъ соединений. Къ этой мысли его приводятъ случаи отрицательныхъ результатовъ при изслѣдованіи на олово фильтрата изъ взболтанныхъ съ обильнымъ количествомъ воды испражнений.

II. Овчинниковъ.

А. Н. Данцигъ. *Первичная септикопѣзія, осложненная пристѣночнымъ эмболическимъ эндокардитомъ.* „Врачебная Газета“. 1902 г. № 52.

Рѣдкіе случаи первичной септикопѣзіи—заболѣванія, разработаннаго Leube и Litten'омъ,—въ силу полиморфизма симптомовъ часто смѣшиваются съ различными острыми инфекціями. Больной автора также прошелъ нѣсколько діагнозовъ. Сначала былъ поставленъ діагнозъ маляріи, а потомъ, въ виду безрезультатности приемовъ хинина и присоединившейся болѣзненности въ двухъ сочлененіяхъ, предположенъ полиартритъ. Послѣ назначенія салициловыхъ препаратовъ боли правда исчезли, но состояніе больного представлялось тяжелымъ. Въ виду существовавшего симптомокомплекса, можно было предполагать милиарный туберкулезъ, но анамнезъ не давалъ для этого никакихъ данныхъ, и объективно нигдѣ не обнаружено туберкулезнаго очага. Съ другой стороны, возможное предположеніе остраго язвеннаго эндокардита устранялось отсутствіемъ пораженія клапаннаго аппарата. Автору при-

ходила мысль о септикопизміи, но отсутствіе источника септического процесса не позволило остановиться на ней, а бактериологическаго изслѣдованія крови нельзя было произвести. Временно больной вышелъ изъ подъ наблюденія автора, а черезъ 5 недѣль у него была уже ясно выраженная картина злокачественнаго эндокардита, но безъ шумовъ въ отверстіяхъ клапановъ. Тогда, сопоставляя предыдущій характеръ клинической картины заболѣванія съ настоящимъ положеніемъ больного, авторъ и останавливался на распознаваніи первичной септикопизміи, осложнившейся пристѣночнымъ эндокардитомъ. Что касается причины септического процесса, то она, по автору, лежитъ въ ангиѣ, бывшей у больного за 2 недѣли до перваго озноба.

И. Овчинниковъ.

ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

В. П. Жуковскій. *Случай кровоточивости у ребенка.* „Вѣстникъ хирургіи“. № 21.

Среди заболѣваній новорожденныхъ Grandidier описалъ такъ называемую временную кровоточивость, появляющуюся обыкновенно на 5—12 день. Ettinger указалъ на довольно часто встрѣчающуюся гемофилю у грудныхъ дѣтей. Авторъ также находитъ, что среди дѣтей различнаго рода кровотеченія встрѣчаются главнымъ образомъ у новорожденныхъ. Исключительнымъ представляется описываемый случай кровоточивости. Женщина 28 лѣтъ разрѣшилась отъ бремени (2-я беременность) нормальнымъ по росту и вѣсу ребенкомъ. Теченіе родовъ безъ ненормальностей и осложнений. Тѣмъ не менѣе ~~младенкомъ~~ рождается въ легкой степени асфиксіи. На первый же день развились слѣд. болѣзненные явленія: чрезмѣрной величины serphalhaematoma; почти твердая отечность лица и кровоподтеки особенно съ лѣвой стороны, переходяшіе на грудь и шею; плотная припухлость вѣкъ до невозможности открыть глаза; othaematoma sinistrum; припухлость губъ и щекъ и лѣвой подчелюстной области; кровоподтеки на ягодичахъ и подошвахъ; запоръ и задержка мочи. На 2-й день присоединилось кровотеченіе изо рта. Температура—36 in apo. Аускультируются повсемѣстные крепитирующие хрипы, дующій шумъ на рукояткѣ грудины. Перкуторныя границы сердца увеличены. За нѣсколько часовъ до смерти точечныя геморрагіи. Колапсъ, смерть черезъ 33 часа по рожденіи. Произведенное вскрытіе къ даннымъ прижизненнаго изслѣдованія прибавляетъ: кровоизліянія, кромѣ подкожной клятчатки, въ

лѣвой половинѣ мозга (капиллярныя), въ легкихъ, подъ эпикардіемъ, на корнѣ языка и на слизистой морганьевыхъ пазухъ, въ брюшинѣ (кровянистый эксудатъ). Гиперемія и отекъ ріе.

П. Овчинниковъ.

Хирургія.

И. И. Нозловскій. *Случай оперативнаго леченія брюшной водянки при атрофическомъ циррозе печени.* Русскій Врачъ. 1902. №№ 48—50.

Больной автора, съ lues'омъ въ анамнезѣ поступилъ съ явленіями атрофическаго цирроза печени. Лечение внутренними средствами въ теченіе 1½ мѣсяцевъ осталось безрезультатнымъ. За этотъ срокъ выпущено изъ брюшной полости въ 3 приема болѣе 40 литровъ трансудата. Произведена операція. Черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки по средней линіи надъ пупкомъ захваченъ сальникъ и вшитъ въ края пристѣнной брюшины. Кожная рана зашита наглухо. Внутреннее лечение приостановлено. Скопленіе жидкости вновь стало обнаруживаться, и выпусканіе ея пришлось сдѣлать уже на 10-й день послѣ операціи (9 литровъ), а на 21 день повторить (13,5 литровъ). Рана между тѣмъ зажила хорошо. Асцитъ продолжаетъ наблюдаться на протяженіи 4 слишкомъ мѣсяцевъ, и только въ началѣ 5-го мѣсяца начинаетъ выступать на животѣ подкожная венная сѣтъ, а вслѣдъ за тѣмъ уменьшается и накопленіе жидкости. Одновременно улучшается состояніе больного и въ другихъ отношеніяхъ (аппетитъ, діурезъ, стулъ, самочувствіе). Наблюденіе продолжается еще въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а черезъ 252 дня послѣ операціи больной въ удовлетворительномъ состояніи выписывается, выйдя, т. о., изъ подъ наблюденія.

Приводя литературныя данныя отъ оперативнаго пособія при данномъ заболѣваніи, авторъ указываетъ, что оно состояло либо въ одной лапаротоміи, либо въ пришиваніи печени къ передней брюшной стѣнкѣ, либо во вшиваніи сальника въ переднюю брюшную стѣнку, во 1-хъ, по способу Talm'y безъ дренированія полости; во 2-хъ, по способу Morison'a—съ дренированіемъ; въ 3-хъ, по способу Schiassi—вшиваніе между брюшной и мышечнымъ слоемъ.

Взгляды на значеніе этой операціи (въ томъ или иномъ видѣ ея) различны, —существуютъ какъ сторонники ея, такъ и противники. Самъ авторъ приписываетъ ей симптоматически-лекарственное значеніе въ случаяхъ атрофическаго цирроза для замѣны многочисленныхъ пункций, съ одной стороны, и съ другой—для устраненія давленія въ

сосудахъ печени съ пѣлью дать возможность участкамъ органа функционировать правильно и плодотворно. Въ этомъ смыслѣ можно добиться операціей клиническаго (но не патолого анатомическаго) выздоровленія. Взглядъ автора на пѣлесообразность хирургическаго вмѣшательства имѣетъ, помимо клиническихъ, еще слѣд. основанія: во 1-хъ, и безъ искусственно вызываемыхъ существуютъ вѣнные анастомозы какъ между воротной и полой венами, такъ и между вѣтвями послѣдней и во 2-хъ, экспериментальныя изслѣдованія (Tillman'a и Кузнецова) убѣдительно доказываютъ, что кровообращеніе послѣ перевязки воротной вены можетъ быть восстановлено въ случаяхъ предварительнаго вшиванія салъника въ брюшную стѣнку.

П. Овчинниковъ.

Л. М. Пуссепъ. *Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ головного мозга.* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. кн. 6-я.

По отношенію къ огнестрѣльнымъ раненіямъ головного мозга существуютъ два противоположныхъ мнѣнія на необходимость первичной трепанациі. Въ то время какъ рядъ авторовъ признаетъ безусловно необходимой первичную трепанацию съ удаленіемъ пули, другіе считаютъ нужнымъ выжидать, ограничиваясь мѣрами для антисептическаго теченія раны. Авторъ реферлируемой работы, послѣ оцѣнки основаній перваго мнѣнія, становится въ ряду сторонниковъ консервативнаго метода. Необходимость тщательной дезинфекціи раны, въ виду возможности занесенія инфекціи пулей—вотъ первое основаніе для примѣненія первичной трепанациі. По мнѣнію автора, трудно гарантировать чистоту всего пулевого хода, а кромѣ того, очень часто пулевая рана заживаетъ безъ инфекціи. Что касается опасности перемѣщенія пули въ мозгъ, давленія, производимаго ею, и возможности образованія абсцесса въ ея окружности, то здѣсь авторъ указываетъ на случаи сравнительной неподвижности пули (между другими, его случай) и считаетъ этотъ вопросъ открытымъ, подвергаетъ сомнѣнію опасность давленія на основаніи случаевъ легкаго заживанія пули безъ такихъ явленій (случаи автора) и находитъ, что образованіе абсцесса такъ же легко допустимо и въ окружности рубца на мѣстѣ пулевого хода. Въ виду всего этого, авторъ и присоединяется къ мнѣнію сторонниковъ консервативнаго леченія, тѣмъ болѣе, что опредѣленіе мѣстоположенія пули, обычно достигаемое рентгеноскопіей, затруднительно на тяжеломъ больномъ, а аппаратъ Compereoulin'a, дающій наиболѣе точныя показанія, очень сложенъ и дорогъ. Авторъ думаетъ, что показанія къ первичной трепанациі должны быть сужены,—она показана лишь при тяжелыхъ мозговыхъ явленіяхъ и при кровотеченіи. На основаніи перваго показанія произведена первичная

трепанация въ двухъ, наблюдавшихся авторомъ случаяхъ. Въ одномъ изъ нихъ осторожное зондированіе пули не обнаружило, и попытокъ къ нахожденію и извлеченію ея не предпринималось, во второмъ примѣненное зондированіе обнаружило пулю на глубинѣ 10 см., но извлеченіе ея не удалось. Въ обоихъ случаяхъ наступило полное выздоровленіе съ сохраненіемъ всѣхъ функций.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Орловъ. *Macrosomia partialis, какъ результатъ хроническаго раздраженія нерви sympathici.* „Русскій хирургическій архивъ“. 1902 г. кн. 6.

Подъ наблюденіемъ автора находилась 15-лѣтняя дѣвушка, поступившая въ факультетскую хирургическую клинику Московскаго университета съ главной жалобой на увеличеніе и пигментацию лѣвой верхней конечности, помѣченный еще въ раннемъ дѣтствѣ матерью больной. Объективнымъ изслѣдованіемъ обнаружено равномерное увеличеніе (измѣреніемъ получены точныя данныя) всей лѣвой руки кистицы, лопатки и лѣвой грудной железы съ пигментацией этихъ мѣстностей, особенно замѣтной на плечѣ. Консистенція конечности равномерно упругая. Рентгеноскопія обнаруживаетъ утолщеніе костей скелета конечности. Поставленъ діагнозъ истиннаго частичнаго гигантскаго роста. Въ объясненіе патогенеза даннаго заболѣванія дождется рядъ другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, найденныхъ у больной. Последняя имѣетъ, какъ показало изслѣдованіе, аневризму art. subclav. sin. et. art. carotid. comm. sin. Эти расширенія лежатъ въ сосѣдствѣ съ симпатическими узлами—нижними шейными и верхнимъ груднымъ, которые, такимъ образомъ, подвергаются періодическому раздраженію отъ пульсаціи аневризмы. Предположеніе раздраженія симпатическаго нерва именно въ этихъ узлахъ основывается на рядѣ явленій, найденныхъ у больной, а именно: гипертрофія темяннаго бугра, gl. thyreoideae, пигментация кожи виска (центры, по Landois, въ среднемъ и нижнемъ симпатическихъ шейныхъ узлахъ), гиперемія верхней конечности и mammae (1-й грудной узелъ). Кромѣ того, наблюдается расширенный зрачекъ и усиленное потѣніе. Артеріальная гиперемія, особенно въ періодъ роста тканей вызываетъ гипертрофію и гиперплазію ихъ; такое же вліяніе можетъ имѣть раздраженіе трофическихъ волоконъ симпатическаго нерва. Въ виду этого частичный ростъ конечности больной слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ раздраженія симпатическаго нерва давленіемъ пульсирующей аневризмы, не вызывающимъ атрофіи вслѣдствіе своей періодичности,—раздраженіемъ, которое можетъ продолжаться, по наблюденію Жандрасика, цѣлыми годами.

П. Овчинниковъ.

В. Боголюбовъ. *Къ вопросу объ операціи анастомоза на стѣнныхъ путяхъ при резекціи придатка.* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. кн. 6.

Важный вопросъ о возможности сохраненія половой функціи, въ случаяхъ резекціи придатка яичка, путемъ образованія анастомоза получаетъ въ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ автора благоприятное разрѣшеніе.

Производя на 10 животныхъ 20 операцій полной и частичной резекціи придатка съ послѣдующимъ шиваніемъ въ ткань testis сѣмявыносящаго протока и глухимъ швомъ раны оболочекъ и кожи, экспериментаторъ получилъ весьма благоприятный исходъ операціи—въ 12 случаяхъ prima intentio, въ 6—нагноеніе кожной раны, и только 2 случая кончились атрофіей testis вслѣдствіе продолжительнаго нагноенія. Кастрируя животныхъ въ различные сроки, авторъ, при макроскопическомъ изслѣдованіи органовъ, находилъ (исключая 2 случая атрофіи) нормальной конфигураціи, величины и консистенціи яички, хорошо выросшій vas deferens. Оболочки яйца оказывались рыхло спаянными въ случаяхъ, гладко протекшихъ, и нѣсколько плотнѣе въ случаяхъ съ нагноеніемъ кожной раны. Въ цѣляхъ микроскопическаго обслѣдованія, производилась инъекція черезъ v. defer. При изслѣдованіи (18 сл.) обваружено, что по большей части (10 сл.) инъекція удаётся. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она полна,—инъэцированы какъ rete testis, такъ vv. efferentia и каналцы придатка (6 случаевъ—2 при операціи полной резекціи и 4—частичной), въ другихъ инъекція оказывалась или не полною или сопровождаемою диффузнымъ распространеніемъ инъекціонной массы (1 при полной, 3 при частичной резекціи). Въ 8 случаяхъ инъекція не удавалась. Микроскопическая картина мѣста образовавшагося сращенія vas. deferentis представляетъ въ концѣ послѣдняго полость съ обособленными стѣнками; сюда открываются каналцы придатка.

И. Овчинниковъ.

А. А. Надьянъ. *Воздушныя кисты кишечника (Pneumotosis cystoides intestinorum hominis).* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. 6 кн.

Оперируя однажды больную съ предполагавшимся туберкулезомъ брюшины или хроническимъ стенозомъ кишечника, авторъ натолкнулся на слѣдующую картину. Аспитъ. Сerosный покровъ тонкихъ кишекъ, лишенный нормальнаго цвѣта и блеска, покрытъ массою бугорковъ, среди которыхъ виднѣются пузырьки и пузыри, величиною до сливы, отчасти висящіе на тонкихъ ножкахъ, выполненные газомъ, спадающіеся при проколѣ. Такая картина, неравномерно рас-

предѣленная по разнымъ петлямъ тонкихъ кишекъ, слаба на peritoneum толстыхъ. Подмѣчено увеличеніе брыжжеечныхъ лимфатическихъ узловъ. Больная перенесла операцию хорошо, но мало по малу возобновились прежніе болѣзненные симптомы. Въ виду этого вновь сдѣлана лапаротомія; картина—таже: асцитъ и пузырьки, но безъ плотныхъ узелковъ, газъ, пузырьковъ запаха не имѣетъ. Пузырьки отчасти раздавлены, отчасти удалены перевязкою ножки. Черезъ нѣкоторое время вслѣдствіе возобновленія припадковъ сдѣлано чревосѣченіе въ третій разъ, послѣ чего больная стала чувствовать себя нѣсколько лучше. Вскорѣ она выписалась и потеряла изъ виду.—Въ литературѣ авторъ отмѣчаетъ нѣсколько подобныхъ случаевъ. При анализѣ всѣхъ случаевъ, выясняется пока слѣдующая клиническая картина даннаго заболѣванія, названнаго Mayer'омъ—*pneumotosis cystoides intestinorum hominis*. Начало заболѣванія, въ возрастѣ выше 30 лѣтъ, отмѣчается функциональными расстройствами желудочно-кишечнаго канала, изъ которыхъ впослѣдствіи на первое мѣсто выступаютъ запоры, принимающіе все болѣе упорный характеръ. Появляется метеоризмъ, иногда асцитъ. Животъ мягокъ, въ общемъ безболѣзненъ, прощупываются иногда эластическія опухоли, напоминающія эхинококковые пузыри. Прогрессирующее истощеніе ведетъ къ смерти.

Патологическая анатомія заболѣванія: воздушныя кисты серозной оболочки кишечника имѣютъ тонкую стѣнку, внутри выстланную эндотелиемъ, среди котораго иногда находили гигантскія многоядерныя клѣтки. Кисты развиваются въ muscularis стѣнки, не имѣютъ связи ни съ лимфатическими, ни съ кровеносными сосудами. Онѣ имѣютъ иногда ножку, располагаются преимущественно на свободной части кишки. Процессъ развитія кистъ не выясненъ. Связь съ клинической картиной состоитъ, повидимому, въ томъ что кисты вызываютъ атрофію muscularis и парезъ кишечника.—Этіологія заболѣванія не опредѣлена,—въ кистахъ найдены различнаго рода микроорганизмы.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Гейнацъ. *О скополаминовомъ наркозѣ*. „Русскій хирургическій архивъ“. 1902 г. кн. 6.

Англійскій хирургъ 13-го столѣтія—Scotus рекомендовалъ давать больному передъ операцией настойку, въ составъ которой входили между другими веществами опій, бѣлена и корень мандрагоры. Два послѣднихъ вещества содержатъ атропинъ, скополаминъ и др. родственные алкалоиды. Въ 1900 году психіатръ Schneiderlin предложилъ смѣшанный скополаминово-морфійный наркозъ. Его наблюденія были проверены Korff'омъ и Грековымъ. Первый постепенно выработалъ способъ, которымъ почти всегда можно вызвать наркозъ; а именно,

вводится за 4, 2 и $1\frac{1}{2}$ часа до операціи по 0,0012 Scopolamini + 0,01 morph. На основаніи своихъ наблюденій, Korffъ предсказываетъ блестящую будущность этому виду наркоза. Наоборотъ, по наблюденіямъ Грекова, предлагаемый способъ хлопотливъ и не ведетъ къ желанной пѣли, а можетъ быть примѣняемъ лишь въ психіатрической практикѣ или въ видѣ дополненія къ мѣстной анестезіи у безпоскоинныхъ больныхъ. — Авторъ реферируемой работы, занявшись провѣркой предлагаемаго способа обезболиванія, основываетъ свой благопріятный отзывъ на матеріалѣ въ 38 случаевъ обезболиванія по способу Korff'a. Вотъ наиболѣе важныя данныя его наблюденій. 1. Полный наркозъ даетъ возможность дѣлать любую операцію (кромя тѣхъ, гдѣ требуется полное расслабленіе мышцъ, чего скополяминовый наркозъ не даетъ), потому что боль не доходитъ до сознанія больного, хотя онъ и дѣлаетъ движенія, иногда даже стонетъ. 2. Къ сожалѣнію, полный наркозъ достигается далеко не всегда (изъ 38 случ. только въ 18), и тогда необходимо (какъ то указано и Korff'омъ) прибѣгнуть къ хлороформу, при чемъ послѣдняго выходитъ крайне мало (въ среднемъ 12,0 на часть), или къ кокаину. Обыкновенно хорошей наркозъ отъ скополямина наблюдается у женщинъ, у интеллигентныхъ больныхъ, у истощенныхъ; для крѣпкихъ, здоровыхъ мужчинъ, видимо, должна быть увеличена доза. 3. Слѣдуетъ избѣгать примѣненія скополяминаго наркоза у лицъ моложе 15 лѣтъ, а также при очень кровотоочивыхъ операціяхъ на шеѣ и головѣ. 4. Болѣзни сердца, нефритъ, повидимому, не служатъ противопоказаніемъ къ примѣненію скополямина. 5. Опасность отъ скополяминаго наркоза менѣе, чѣмъ при другихъ анестезирующихъ (главн. образ., хлороформа); уже одинъ видъ наркотизированнаго, напоминающа крѣпко спящаго человѣка, производитъ благопріятное впечатлѣніе. Съ другой стороны, возможное вредное дѣйствіе при введеніи скополямина не должно развиваться такъ быстро, какъ это случается при употребленіи хлороформа и другихъ общихъ анестезирующихъ.

П. Овчинниковъ.

Н. Тринклеръ. *Полное удаленіе салника при перекручиваніи его.* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. кн. 6.

Перекручиванію ножки или основанія подвергаются какъ органы, такъ опухоли, чаще всего кистовидныя. Къ причинамъ перекручиванія, опредѣляемымъ клинически и экспериментально, относятся: перистальтика кишекъ, рѣзкія движенія больного, связанная съ напряженіемъ брюшнаго пресса, чрезмѣрный ростъ и тяжесть опухоли, неравномѣрное переполненіе сосѣднихъ органовъ и, наконецъ, извѣстное отношеніе сосудовъ къ опухоли. Что касается перекручиванія салъ-

ника, то анализъ незначительнаго казуистическаго матеріала указываетъ, что перекручиваніе происходитъ исключительно при воспалительномъ состояніи органа (чаще всего въ зависимости отъ выпаденія въ грыжевой мѣшодѣ), который въ этомъ случаѣ терять очертанія и превращается въ плотную опухоль. Больной автора оперированъ съ диагнозомъ: врожденный крипторхизмъ, сальниковая грыжа, приросшая къ паховому кольцу и воспалительная опухоль сальника. Последняя объективно давала рѣзко ограниченное притупленіе въ правой илеосокальной области и ясно прощупывалась особенно съ внутренней стороны и снизу. Впрочемъ, нельзя было совершенно исключить вторичнаго хроническаго заболѣванія червеобразнаго отростка. При операціи оказалось, что соесит и appendix vermicularis особыхъ измѣненій не обнаруживаютъ, кромѣ легкихъ срощеній соесі съ наружнымъ краемъ сальника. Наоборотъ, послѣдній представляетъ собою плотной консистенціи бугристую опухоль, сидящую на ножкѣ длиною въ 3, шириною въ одинъ поперечный палецъ. Часть сальника, образовавшая эту ножку вслѣдствіе перекручиванія, не могла быть расправлена, а потому прошита лигатурами, послѣ чего весь сальникъ удаленъ. Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложнений.

П. Овчинниковъ.

В. А. Стороженно. *Стерилизаторъ, дѣйствующій текущимъ паромъ высокой температуры.* „Хирургія“. т. XII. № 71.

Авторъ, въ цѣляхъ достиженія наилучшаго обезпложиванія хирургическихъ матеріаловъ и инструментовъ, стремился къ усовершенствованію демонстрированнаго имъ еще въ 1900 г. прибора. Въ данное время аппаратъ работаетъ при давленіи въ 20 фунтовъ, равномъ 2,3 атмосферы, и при температурѣ въ 124,2° С.

П. Овчинниковъ.

С. Спасокукоцкій. *Непроходимость привратника желудка и ея хирургическое леченіе.* „Хирургія“. т. XII. № 71.

Обладая собственнымъ матеріаломъ въ 31 случай, авторъ на немъ желаетъ разобрать нѣкоторыя, чисто практическія стороны вопроса. Весь матеріалъ его дѣлится на 2 большія группы—суженія доброкачественнаго свойства и суженія злокачественнаго характера. Къ послѣднимъ относятся раковыя суженія. Въ этихъ случаяхъ показаніе къ операціи почти безусловно,—лишь слабость больного или сомнѣніе въ діагностикѣ могутъ останавливать хирурга. Дѣйствитель-

но, въ 4 случаяхъ изъ 5-ти смертныхъ исходовъ операций надъ раковыми больными (гастроэнтеростомія) смерть наступила исключительно вслѣдствіе слабости оперированнаго. Однако, по мнѣнію автора, врачъ не имѣетъ права отказывать больному въ оперативномъ пособіи даже въ случаяхъ безнадежныхъ. Въ этомъ убѣждаютъ автора случаи, когда операцией были облегчены послѣдніе дни жизни больныхъ. Съ другой стороны, повидимому, и слабые больные могутъ переносить операцию хорошо. Опасаться болѣе всего указываетъ синюшность конечностей). Что касается правильности распознаванія, то возрастъ имѣетъ лишь относительное значеніе; гораздо болѣе важную роль слѣдуетъ придавать теченію болѣзни.—обычно раковые больные указываютъ полугодовую давность страданія. Всего раковыхъ больныхъ авторомъ оперировано 15. Изъ нихъ 5 умерли (одинъ отъ перитонита); ближайшія послѣдствія въ остальныхъ 10 случаяхъ не оставляли желать ничего лучшаго.—Доброкачественныя суженія въ тищическихъ случаяхъ при абсолютномъ суженіи мало отличаются отъ суженій раковыхъ, и необходимость операции въ подобныхъ случаяхъ не подлежитъ сомнѣнію. Напротивъ, тамъ, гдѣ можетъ быть примѣнено внутреннее леченіе, операция представляетъ извѣстный рискъ. Однако увѣренность въ стойкости достигаемыхъ результатовъ и хорошее состояніе силъ больного даютъ право на хирургическое вмѣшательство и при относительныхъ суженіяхъ. Основываясь на степени задерживанія пищи въ желудкѣ, опредѣляемого объективно и субъективно ощущаемаго, можно, по автору, разбить эти случаи на 4 группы, изъ которыхъ въ первой показаніе къ операциіи является абсолютнымъ, во второй «операциія достаточно показана», въ третьей—«субъективно показана», въ четвертой—«относительно показана». Изъ 15 оперированныхъ этого рода больныхъ всѣ перенесли операцию хорошо, кроме двухъ, всѣ выписаны въ безусловно лучшемъ состояніи.

Авторъ является, повидимому, сторонникомъ гастроэнтеростоміи; онъ примѣнилъ ее въ 28 случаяхъ, преимущественно заднюю, позадиободочную, считая ее наиболѣе безопасной и наиболѣе цѣлесообразной въ функциональномъ отношеніи. Но при злокачественныхъ опухоляхъ онъ считаетъ необходимымъ примѣненіе резекціи, чего ему одного не удавалось дѣлать вслѣдствіе недостатка условій для примѣненія этого вида операциіи (резекціи слѣлана одинъ разъ). Въ статьѣ приведены краткія исторіи болѣзни всѣхъ оперированныхъ.

П. Овчинниковъ.

М. Б. Юкельсонъ. *Къ технике кругового вырѣзыванія геморроидальныхъ узловъ (операциія Whitehead—Vercesco).* „Хирургія“, т. XII. № 71.

Способъ кругового вырѣзыванія слизистой оболочки recti съ геморроидальными узлами по методу Vercesco (дополненіе Whitehead)

состоить въ слѣдующемъ. Слизистая оболочка на границѣ съ кожей фиксируется булавками, вкалываемыми черезъ нее въ пробковый цилиндръ, вводимый въ предварительно растянутую (пальцами или инструментомъ) апус. Потягивая за рукоятку цилиндра, отсѣкають слизистую на границѣ съ кожей и постепенно отдѣляютъ ее (отчасти ножомъ, отчасти тупымъ путемъ) отъ подлежащихъ тканей на соответствующую высоту. Дѣлая затѣмъ круговой разрѣзъ слизистой, постепенно сшиваютъ ее съ кожей. Авторъ статьи испыталъ на 12 больныхъ этотъ способъ и горячо рекомендуетъ его въ замѣнъ всѣхъ, доселѣ практикуемыхъ. Технические преимущества способа, по мнѣнію автора, состоятъ: во 1-хъ, въ правильности разрѣза слизистой, во 2-хъ, въ раскрытіи операціоннаго поля и отчетливости выполненія операціи, въ 3-хъ, въ ограниченности инструментарія и помощниковъ и въ 4-хъ, въ ничтожности кровотеченія.

П. Овчинниковъ.

Р. І. Венгловскій. *Къ вопросу о леченіи бугорковаго воспаленія брюшины чревостъченіемъ.* „Хирургія“. т. XII. № 71.

Бугорковый процессъ въ брюшинѣ имѣетъ опредѣленную, характерную картину теченія, совершенно похожую на его теченіе въ другихъ органахъ. И какъ въ другихъ органахъ часто подмѣчается, что организмъ хорошо справляется съ инфекціей, такъ этого же рода наблюденія сдѣланы и по отношенію къ бугорчаткѣ брюшины. Въ силу такихъ наблюденій въ послѣднее время появились работы, подвергающія сомнѣнію терапевтическое значеніе простого чревостъченія въ случаяхъ туберкулезнаго перитонита, тѣмъ болѣе, что и клиническія наблюденія показали въ нѣкоторыхъ случаяхъ, что одна лапаротомія имѣетъ значеніе главнымъ образомъ въ выпотной формѣ бугорчатки и что въ тяжелыхъ случаяхъ заболѣванія она безсильна. Да и въ первомъ случаѣ терапевтическій эффектъ много зависитъ отъ уменьшенія давленія и улучшенія кровообращенія. Въ виду этого во многихъ случаяхъ желательнѣе наиболѣе активное хирургическое вмѣшательство, состоящее въ удаленіи узловъ, творожистыхъ массъ, даже пораженныхъ органовъ, каковое теперь и начинаетъ практиковаться хирургами.

Въ своей статьѣ авторъ приводитъ три случая туберкулезнаго пораженія брюшины, въ которыхъ примѣнено чревостъченіе. Представляя извѣстный интересъ съ клинической стороны (въ одномъ случаѣ теченіе болѣзни напоминаетъ такъ называемое «простое хроническое воспаленіе брюшины», описанное Неносч'омъ), оперированные больные особенно интересны по даннымъ макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія. А именно, на этихъ случаяхъ съ особенной рѣзкостью выступаетъ реакція со стороны организма на инфекцію, и ими съ очевидностью доказывается возможность борьбы организма съ

бугорковой заразой. Такъ, въ первомъ случаѣ найденные при операціи бѣловато-сѣрые бугорки, при микроскопическомъ изслѣдованіи, обнаружили содержаніе только фиброзной ткани уже безъ слѣдовъ стрессія туберкула. Въ двухъ другихъ—найденны громадныя разрастанія соединительной ткани, симулировавшія, при изслѣдованіи черезъ брюшныя стѣнки, какое нибудь злокачественное новообразованіе. Микроскопическое изслѣдованіе показало присутствіе бугорковъ съ развитіемъ около нихъ соединительной ткани въ громадныя количества и съ незначительнымъ содержаніемъ участковъ творожистаго распада.

П. Овчинниковъ.

Н. В. Алтуховъ. *Топографическое положеніе мочеточниковъ.* „Хирургія“, т. XII. № 71.

Работа автора составлена на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ многочисленныхъ изслѣдованій. Сообщивъ вначалѣ данныя описательно-анатомическія (о наружномъ видѣ и формѣ мочеточниковъ, направленіи и ходѣ ихъ, сосудахъ и нервахъ) авторъ съ подробностью описываетъ ихъ топографическое положеніе сначала въ поясничной части (по отношенію къ мышцамъ, нервамъ, сосудамъ и органамъ брюшной полости), а потомъ въ тазовой области. Производя свои изысканія, авторъ обнаружилъ впервые анатомическій фактъ, дающій возможность съ точностью опредѣлить положеніе мочеточниковъ на vasa iliaca. А именно, авторомъ обнаружено, что разстояніе отъ tub. pubicum до sp. ilei ant. super. равно разстоянію отъ той же точки до мѣста перегиба мочеточника (flexura marginalis ureteri) черезъ артерію. Съ особенной подробностью авторъ описываетъ топографію тазовой части мочеточника у женщины. Статья снабжена 8 рисунками, отчетливо иллюстрирующими текстъ.

П. Овчинниковъ.

І. А. Романинъ. *Случай одновременной перевязки наружной подвздошной артеріи, бедренной артеріи и бедренной вены.* „Хирургія“, т. XII. № 71.

Въ виду разногласія авторовъ во взглядахъ на значеніе перевязки бедренныхъ сосудовъ и недостатка клинической выясненности этого вопроса, авторъ приводитъ свой случай перевязки этихъ сосудовъ. Авторъ имѣлъ дѣло съ больнымъ, которому, при операціи по поводу раненія бедренныхъ сосудовъ, перевязаны art. iliaca externa, art. femo-

tal, art. femoralis profunda и v. femoralis. Дѣло кончилось омертвѣніемъ стопы и голени. Такой результатъ авторъ объясняетъ слѣд. образомъ: такъ какъ омертвѣніа бедра въ данномъ случаѣ не было, стало быть, перевязка главнаго венознаго коллектора нижней конечности не имѣла значенія въ появленіи гангрены нижнихъ частей. Наоборотъ, недостатокъ притока артеріальной крови имѣлъ здѣсь существенное значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, тогда какъ бедро питалось удовлетворительно изъ вѣтвей art. iliacae ext. et int. и art. femor. стопа и голень не могли получать артеріальную кровь въ достаточной степени вследствие недостатка давленія въ возможныхъ коллатеральныхъ путяхъ.

П. Овчинниковъ.

М. А. Хворостанскій. *Перевязка бедренныхъ артерій и вены при вылученіи крупнаго жировика бедра.* „Хирургія“, т. XII. № 71.

Вылущая значительной величины опухоль, локализовавшуюся въ области Скарповскаго треугольника и верхней части бедра, авторъ обнаружилъ по окончаніи вылущенія оборванную артеріальную вѣточку, перевязка которой вследствие короткаго конца не удавалось. Рѣшивъ перевязать art. femor., авторъ началъ разъединять ее отъ вены, но соединительнотканная спайка оказалась настолько крѣпкою, что разорвана была венозная стѣнка. Въ виду этого перевязаны оба сосуда. Результатъ въ смыслѣ сохраненія конечности—удовлетворителенъ. Масаѣ сильныхъ болей, онѣмѣніа, похолоданія и отека конечности, длившихся болѣе интенсивно около 2 недѣль, всѣ эти явленія стали утихать, и больной вскорѣ сталъ ходить (сначала съ помощью костыля). Легкость восстановленія кровообращенія авторъ объясняетъ уже ранѣе существовавшимъ сдавленіемъ вены (опухолью) и появившимися ранѣе венозными коллатеральями (въ кожѣ надъ опухолью онѣ были замѣтны). Въ одномъ отношеніи результатъ операціи оказался неблагопріятнымъ,—нарушились болевая и тактильная чувствительность, при чемъ анестезія и аналгезія обнаружены, главнымъ образомъ, въ области конечныхъ развѣтвленій n. ischiadicī. О пораненіи послѣдняго при операціи не можетъ быть и рѣчи, и потому авторъ склоненъ видѣть здѣсь невритъ на почвѣ застоя, временно имѣвшаго мѣсто въ конечности.

П. Овчинниковъ.

А. Н. Зиминъ. *Къ статистику поврежденія аппарата, разгибающаго колено (2 случая перелома чашки и 2 разрыва собственной связки надколенника).* „Хирургія“, т. XII. № 71.

По поводу наблюдавшихся авторомъ 4 случаевъ поврежденій аппарата, разгибающаго колено, онъ собралъ нѣкоторыя статистическія данныя касательно описываемыхъ имъ видовъ поврежденія. Подъ дѣйствіемъ внѣшнихъ причинъ, въ видѣ ли прямого дѣйствія силы (ударъ, паденіе) или подъ вліяніемъ мышечной тяги, наконецъ—при совмѣстномъ дѣйствіи того и другого момента могутъ возникать 5 видовъ поврежденія: 1) переломъ надколенника, 2) разрывъ lig. patellae propri., 3) разрывъ сухожилья musc. quadriceps или 4) самой мышцы и 5) отрывъ бугра tibiae. Первый видъ поврежденія сравнительно нѣредокъ, онъ встрѣчается, по даннымъ разныхъ статистикъ, въ 0,7—2,19% случаевъ всѣхъ переломовъ; второй наблюдается не часто (въ литературѣ насчитывается всего около 150 случаевъ). Прямой переломъ надколенника, повидимому, чаще встрѣчается сравнительно съ переломомъ отъ мышечнаго сокращенія. Относительно разрыва связки нѣтъ достаточно данныхъ. Надколенникъ чаще всего переламывается по срединѣ, разрывы связки происходятъ чаще вблизи прикрѣпленія къ tibia, всего рѣже посрединѣ.—Тотъ и другой видъ поврежденія могутъ быть вызваны и внутренними причинами—измѣненіями въ кости и связкѣ подъ вліяніемъ старости, неподвижности конечности, опухоли и т. под. Сюда обыкновенно относятся случаи повторныхъ или двустороннихъ переломовъ и разрывовъ, часто появляющихся безъ рѣзкаго насилія.—Что касается леченія трактусныхъ поврежденій, то, по литературнымъ даннымъ, явствуетъ, что въ послѣдніе годы увеличивается число защитниковъ костнаго шва для переломовъ надколенника, ибо эта операція даетъ теперь не болѣе 1,4% смертности, но что, съ другой стороны, и другіе способы леченія давали весьма хорошіе результаты. Авторъ думаетъ, что въ этихъ случаяхъ не можетъ быть однообразнаго леченія, и что хирургическое вмѣшательство должно считаться необходимымъ лишь въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ. Что касается разрыва связки, то для хирургическаго леченія этого поврежденія авторъ, ссылаясь на литературныя данныя, опредѣляетъ % удачъ въ 100.

И. Овчинниковъ.

Прив.-доц. Н. И. Напалковъ. *Къ технику механической очистки рукъ.* „Хирургія“ т. XII. № 72.

Признавая большое значеніе за механической чисткой рукъ и отдавая въ этомъ отношеніи первое мѣсто щеткѣ, авторъ предлагаетъ особый приборъ (ящикъ съ механическимъ выдвигателемъ, приво-

лпиди въ дѣйствіе педалью), позволяющій дезинфицировать разомъ нѣсколько щетокъ (12), держать ихъ въ безопасности отъ загрязненія и получать вещь, не прикасаясь къ остальнымъ.

П. Овчинниковъ.

Б. Бауэръ. *Рѣдкій по локализациіи случай сибирской язвы.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

Авторъ описываетъ случай локализациіи заболѣванія на половомъ членѣ внизу за препутиумъ, ближе къ корню члена. Заболѣваніе кончилось омертвѣніемъ кожного покрова члена и мошонки. Последующая трансплантациа по Thiersch'у дала неожиданный успѣхъ.

П. Овчинниковъ.

Прив.-доц. Д. Е. Гороховъ. *Леченіе автопластикой щечного сведенія челюстей.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

Случай автора относится къ 3-лѣтнему дитяти. Изслѣдованіемъ обнаружено на правой сторонѣ, начиная отъ мѣстоположенія клыковъ, присутствіе сращенія всей внутренней поверхности щеки съ зубными отростками челюстей. Передній край сращенія прощупывается въ видѣ толстыхъ рубцовъ; свойства дальнѣйшаго сращенія не опредѣляются. Состояніе подвижности сустава не поддается изслѣдованію. Кожные покровы нормальны. Сведеніе челюстей настолько значительно, что шель едва пропускаетъ металлическій шпатель, а сращеніе настолько прочно, что не допускаетъ ни малѣйшаго движенія. Операциа произведена въ три сеанса. Въ первый разъ послѣ отсепаровки сращенія черезъ наружный (отъ угла рта до передняго края m. masset.) разрѣзъ щеки (послѣ этого движеніе челюсти совершается свободно), сюда вложенъ перевернутый на ножкѣ (кожнымъ покровомъ внутрь) лоскутъ, выкроенный на боковой поверхности пси, и укрѣпленъ 6-ю шелковыми швами. Разрѣзъ щеки у угла рта также зашитъ. Черезъ 2 недѣли лоскутъ въ полости рта прижиль и началъ принимать видъ слизистой оболочки. Второй сеансъ операции оттянулся вслѣдствіе заболѣванія ребенка корью и воспаленіемъ легкихъ. Въ этотъ разъ подсѣчено основаніе лоскута и закрытъ свищъ (мѣсто временной щели). Заключительнымъ моментомъ была пересадка передняго, завернуващагося въ свищъ (съ внутренней поверхности) края лоскута на переднюю внутреннюю часть щеки (черезъ новый разрѣзъ). Результаты операции: ротъ раскрывается почти на 1,5 см. (по измѣренію между зубами); внутренняя поверхность правой щеки гладка, имѣетъ видъ

слизистой оболочки, правая щека оттягивается отъ челюстей не много менѣ лѣвой.

П. Овчинниковъ.

Д. И. Татариновъ. *Къ казуистикѣ изсѣченія гортани при раковыхъ новообразованіяхъ.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

При операціи надъ описываемымъ больнымъ гортань отсѣчена отъ трахеи на уровнѣ перстневидно-трахеальной связки и, отсепарованная отъ пищевода и глотки, удалена послѣ вскрытія послѣдней вмѣстѣ съ надгортанникомъ. Трахеотомическая трубка введена въ трахею, въ пищеводъ черезъ наружную рану вставленъ зондъ. Послѣ операціонное теченіе весьма гладкое; зондъ удаленъ на 5-й день, швы сняты на 6-й. Черезъ 17 дней встановлена искусственная гортань Wolff'a; сначала больной могъ говорить лишь шопотомъ, но черезъ 10 дней голосъ сталъ громкимъ. Касаясь вопроса о сравнительномъ достоинствѣ голосовыхъ аппаратовъ, употребляемыхъ при изсѣченіи гортани, авторъ отдаетъ предпочтеніе гортани Bruns'a и особенно Wolff'a, такъ какъ послѣдняя даетъ голосъ наиболѣе пріятнаго тѣмбра. Надо наблюдать только, что бы во 1-хъ, канюля гортанной части аппарата не была ни слишкомъ длинною, ни черезъ чуръ короткою и во 2-хъ, язычекъ аппарата не былъ толстѣ, что мѣшаетъ правильности произношенія.

П. Овчинниковъ.

М. С. Черемухинъ. *Объ инородныхъ тѣлахъ въ пищеводъ.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

Попаданіе инороднаго (отъ пищевыхъ продуктовъ до искусственныхъ челюстей) тѣла въ пищеводъ—явленіе, встрѣчающееся довольно часто—нерѣдко ведетъ къ серьезнымъ послѣдствіямъ, не исключая смертельнаго исхода. особенно въ томъ случаѣ, когда corpus alienum относится къ группѣ тѣлъ, способныхъ легко ранить ткани. Оставаясь въ пищеводѣ иногда подолгу (по нѣскольку лѣтъ), инородное тѣло тѣмъ не менѣ представляетъ серьезныя неудобства и во всякомъ случаѣ должно быть удалено. Поддаваясь въ большинствѣ случаевъ обычнымъ приемамъ—извлеченію черезъ ротъ или проталкиванію въ желудокъ, инородное тѣло можетъ иногда (если оно застѣло прочно или обладаетъ острыми краями, углами) требовать иного способа леченія. Въ этомъ случаѣ давнимъ способомъ была эзофаготомія—операція, % смертности при которой опредѣляется, по послѣднимъ статистикамъ, въ 21, 23, принимая въ соображеніе всѣ случаи,

и на 12% меньше, если брать во внимание операции, сделанные вскоре (3—4 дня) после попадания инородного тела. Съ 1886 года, по почину Richardson'a, применяется иногда для той же цели гастротомия. Применение ее основывается на изслѣдованіяхъ, по которымъ оказывается, что черезъ рану желудка можно проникнуть въ пищеводъ до уровня 8 грудного позвонка. Въ настоящее время рядъ авторовъ настаиваютъ, чтобы въ случаѣ низкаго положенія инороднаго тела (ниже 26—28 см. отъ края нижнихъ рѣзовъ или ниже 6—7 позвонка) применялась исключительно гастротомія. Авторъ статьи всѣцѣло на сторонѣ этого взгляда, тѣмъ болѣе, что и опасность смертельнаго исхода при операцияхъ эзофаго и гастротоміи приблизительно одинакова. Опредѣленіе положенія инороднаго тела въ настоящее время легко доступно благодаря эзофагоскопіи и примѣненію X-лучей въ видѣ рентгеноскопіи и рентгенографіи, изъ которыхъ первая имѣетъ несомнѣнное преимущество передъ послѣдней. Значеніе рентгеноскопіи авторъ иллюстрируетъ двумя наблюдавшимися имъ случаями.

П. Овчинниковъ.

Е. С. Нанцель. *Къ оперативному леченію прободнаго перитонита при брюшномъ тифѣ.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

Съ тѣхъ поръ какъ Leyden въ 1884 году предложилъ, а Mikulicz примѣнилъ хирургическое леченіе прободныхъ язвъ при брюшномъ тифѣ, постепенно накаплиется какъ въ иностранной, такъ и русской литературѣ казуистическій матеріалъ по данному вопросу. Имѣя подъ руками этотъ матеріалъ и нѣсколько (4) собственныхъ случаевъ, авторъ рѣшаетъ два вопроса касательно леченія брюшнотифознаго прободнаго перитонита. Первый существенный вопросъ—слѣдуетъ ли оперировать при разлитомъ перитонитѣ—рѣшается утвердительно на основаніи взглядовъ большинства авторовъ (указывается лишь одинъ рѣшительный противникъ—Fürbringer) и приводимыхъ ими статистическихъ данныхъ. Касательно второго вопроса о времени оперативнаго вмѣшательства и показанійхъ къ нему авторъ высказывается менѣе рѣшительно въ томъ смыслѣ, что слѣдуетъ выжидать не только часы, но даже дни, и что операція показывается въ томъ случаѣ, когда уже сгладились первыя бурныя явленія прободенія, и у больного нѣтъ коллапса.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Глассонъ. *Къ казуистикѣ большихъ овариальныхъ кистъ.* „Хирургія“. т. XII. № 72.

Авторъ сообщаетъ о трехъ аналогичныхъ больныхъ, величина кистъ у которыхъ весьма значительна. Размѣры живота таковы: ок-

ружность на уровнѣ пупка—120, 129 и 144 см., разстояніе отъ мечевиднаго отростка до лобка—62. 68 и 78 см. Типъ опухолей одинаковъ,—макроскопически авторъ ставитъ діагнозъ *cystomatos proliferi glandularis*; микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано. Характерными чертами во всѣхъ трехъ случаяхъ являются: быстрый ростъ опухолей (1—3 года), сильное истощеніе больныхъ, чрезвычайно растянутый животъ, дающій тупой звукъ по всей поверхности, явственная флюктуация, сильное развитіе подкожной венной сѣти брюшной стѣнки. При операціи во всѣхъ случаяхъ найдено сращеніе стѣнки кисты съ передней брюшной стѣнкой и салникомъ. Изъ трехъ больныхъ авторъ потерялъ одну благодаря развившемуся септическому перитониту, двѣ другія выздоровѣли. Одинъ изъ описываемыхъ случаевъ разобранъ наиболѣе подробно и иллюстрированъ 2 фотографическими снимками.

П. Овчинниковъ.

Б. С. Миклашевскій. *Перевязка общей сонной артеріи по поводу огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти.* Русскій Врачъ. 1903 г. № 2.

Дополняя однимъ наблюденіемъ довольно обширный казуистическій матеріалъ, авторъ оправдываетъ появленіе своего сообщенія нѣкоторыми особенностями случая. Перевязка арт. сагог. сопп. была вызвана появившимися повторными кровотеченіями изъ огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти, при чемъ сначала предполагалось сдѣлать ее провизорно, чтобы найти кровоточащій въ ранѣ сосудъ. При значительномъ отека шеи, артерія быстро найдена исключительно благодаря приему Tillaux—оттягиванію впередъ, гортани и трахеи. Перевязка сосуда вопреки ожиданію не вызвала никакихъ угрожающихъ явленій со стороны мозга. Черезъ мѣсяцъ послѣ перевязки послѣдовалъ правосторонній параличъ, который авторъ не можетъ объяснить эмболией въ виду достаточной продолжительности времени для организации образовавшагося тромба. Онъ склоненъ видѣть причину гемиплегіи въ послѣдовательномъ кровоизліяніи вследствие участкаго размягченія мозга на почвѣ ослабленнаго (предварительными повторными потерями крови) питанія мозга. Больной сравнительно скоро оправдился отъ паралича и выписался замѣтно окрѣпшимъ.

П. Овчинниковъ.

Я. Б. Зельдовичъ. *Леченіе рубцовыхъ суженій пищевода электролизомъ.* Русскій Врачъ. 1903. № 1.

Въ основѣ леченія электролизомъ лежатъ экспериментальныя данныя, изъ которыхъ явствуетъ, что электрическій токъ, разлагая

тканевыя жидкости, останавливаетъ жизнь клѣточки, а образующіяся при этомъ химическія вещества еще болѣе способствуютъ остановкѣ роста ткани. Примѣняя круговой электролизъ (особаго вида приборомъ), при постоянномъ токъ слабого напряженія, непродолжительными сеансами (вслѣдствіе близкаго соудства важныхъ органовъ), авторъ добивался положительныхъ результатовъ какъ въ смыслѣ скорости достиженія расширенія и его величины, такъ, главнымъ образомъ, въ смыслѣ стойкости достигнутыхъ результатовъ и болѣе поздняго наступленія рецидивовъ. Авторъ рекомендуетъ этотъ способъ, какъ первый въ числѣ существующихъ приѣмовъ расширенія стриктуръ пищевода.

П. Овчинниковъ.

В. А. Лавровъ. *Случай отсутствія одной почки у больного гнойнымъ гепатитомъ.* Врач. Газета 1902. № 2.

Вскрывая больного, умершаго отъ гнойнаго гепатита, авторъ обнаружилъ отсутствіе лѣвой почки, надпочечника и мочеточника, такъ что въ мочевомъ пузырьѣ имѣлось одно лишь отверстіе для праваго мочеточника.

Литературныя данныя касательно этого дефекта указываютъ, что онъ встрѣчается не единичными случаями; при чемъ отсутствіе почки всегда сопровождается и отсутствіемъ мочеточника, а иногда и дефектомъ въ половой сферѣ. Нѣкоторые авторы ставятъ въ связь съ этимъ явленіемъ еще гипертрофію сердца. Что касается прижизненной діагностики этого недостатка, то въ литературѣ существуетъ разногласіе по вопросу о важности перкуторныхъ данныхъ почечной области. Авторъ стоитъ на сторонѣ придающихъ значеніе перкуссіи и думаетъ, что обнаруживаемая разница перкуторныхъ явленій области почекъ (какъ было у описываемаго больного) должна напоминать о возможномъ отсутствіи почки на сторонѣ, дающей менѣ тупой звукъ.

П. Овчинниковъ.

Н. В. Фармаковскій. *„Земскій“ способъ вправленія ущемленныхъ грыжъ.* Врач. Газ. 1903. № 2.

Не претендуя на новизну и интересъ въ медицинѣ вообще описываемаго способа вправленія ущемленныхъ грыжъ, авторъ предлагаетъ товарищамъ испробовать его примѣненіе въ случаяхъ, когда врачъ становится въ безвыходное положеніе за невозможностью примѣненія кроваваго способа и безрезультатностью другихъ приѣмовъ вправленія. Способъ состоитъ въ слѣдующемъ. Больного успокаиваютъ и кладутъ съ приподнятымъ тазомъ и слегка согнутыми въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ конечностями, которыя должны въ что нибудь упираться.

При этомъ строго наблюдаютъ, что бы такое положеніе больного нигдѣ не вызвало у него мышечнаго напряженія. Около самаго таза ноги не очень туго обвязываются полотенцемъ, узломъ книзу, а на гладкую поверхность укладывается грыжа. Этимъ положеніемъ достигается то, что грыжа въ силу тяжести стремится войти въ животъ. Съ другой стороны, чтобы устранить боль и напряженіе тканей и отчасти уменьшить кровенаполненіе ущемленныхъ кишокъ, грыжевая опухоль смазывается ихтіоло-ртутной мазью, а на мѣсто ущемленія кладутся горячія сухія припарки. Наконецъ, для ослабленія напряженія брюшного пресса и въ качествѣ снотворнаго дается больному значительная доза опія. Черезъ нѣсколько часовъ, при спокойномъ положеніи и чаще въ сонномъ состояніи больного грыжа сама уходитъ въ брюшную полость. Этотъ приемъ примѣненъ авторомъ въ нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ и всегда успѣшно.

Проф. А. А. Бобровъ. *О средствахъ борьбы съ хирургическою бугорчаткой.* Русскій Врачъ 1903 г. № 3.

Случаи хирургической или очаговой бугорчатки могутъ быть раздѣлены по теченію на двѣ категоріи: 1) хронически протекающіе съ развитіемъ инфильтрата, безъ распада и нагноенія и 2) подостро или хронически же текущіе, но съ образованіемъ творожистыхъ массъ и нагноенія. Врачебное вмѣшательство разнится нѣсколько въ томъ и другомъ рядѣ случаевъ. Имѣя бугорчатый процессъ перваго свойства, предписываютъ покой пораженнаго органа и средства, способствующія разсасыванію инфильтрата (тепло, іодъ, мушки, каленое желѣзо, разрьбъ съ введеніемъ тампоновъ). Когда имѣютъ дѣло съ заболѣваніемъ второй категоріи, то здѣсь показано болѣе энергическое вмѣшательство въ видѣ удаленія распада и потерявшихъ жизнеспособность тканей. Нужно помнить однако, что операція является лишь средствомъ вспомогательнымъ, но никакъ не радикальнымъ. Принципъ консервативнаго леченія бугорчатки въ настоящее время все болѣе и болѣе распространяется среди хирурговъ, и особенное вниманіе обращается на поддержку общаго состоянія больного. Въ этомъ отношеніи для большинства населенія, живущаго въ антигигіеническихъ и антисанитарныхъ условіяхъ, хорошій результатъ достигается однимъ помѣщеніемъ больного въ хорошо обставленную больницу; у людей средняго достатка къ этой цѣли ведетъ переѣздъ въ деревню, на югъ, въ приморскія мѣстности. Поэтому въ высшей степени желательно участіе общества въ дѣлѣ устройства хорошо обставленныхъ лечебныхъ заведеній (больницъ, санаторій). Вліяніе южныхъ приморскихъ мѣстностей, въ частности, южнаго берега Крыма безспорно, — у автора имѣются собственныя наблюденія въ этомъ направленіи, точно также, какъ и относительно вліянія на очаговую бугорчатку солнечныхъ лучей, которые дѣйствительны иногда въ случаяхъ, въ высшей степени тяжелыхъ.

М. Ф. Козленко. *Современное состояние вопроса о применении пара в гинекологии и хирургии.* Русский Врачъ. 1903 г. № 3.

Самое обширное применение паръ имѣетъ въ гинекологіи. Примѣнявшіе это средство считаютъ его отчасти обезболивающимъ, главнымъ же образомъ, кровоостанавливающимъ, дезодорирующимъ и обеззараживающимъ. Применение пара въ качествѣ кровоостанавливающаго имѣетъ мѣсто и въ хирургіи. Въ этомъ отношеніи существуютъ какъ экспериментальныя изслѣдованія (изсѣченіе селезенки, печени паровою пилою Снегирева), такъ и попытки примѣненія на больныхъ (изсѣченіе сосудистой опухоли селезенки; сѣченіе почки по поводу піелита—пилою Снегирева; носовыя кровотеченія; кровотеченіе при varic. haemorrhoid). Въ отдѣльныхъ случаяхъ паръ примѣнялся при эмпіемѣ лобныхъ пазухъ и въ глазной практикѣ при дакриоциститѣ.

И. И. Грековъ. *Къ вопросу о леченіи каловыхъ свищей. Необычное послѣдствіе полного выключенія кишки.* Русский Врачъ. 1903 г. № 3.

Въ случаяхъ каловыхъ свищей радикальной операціей является изсѣченіе кишки; но тамъ, гдѣ въ силу какихъ либо обстоятельствъ такая операція противопоказана, примѣняется палліативное средство—выключеніе кишки. Изъ видовъ выключенія авторъ предпочитаетъ операцію энтероанастомоза (Maisonneuve'a). Правда, при ней въ теченіе нѣкотораго времени еще можно находить примѣсь кала въ отдѣляемомъ свища, такъ что цѣль достигается не такъ быстро, какъ при полномъ выключеніи (одно или двустороннемъ) кишки. Но съ другой стороны, при этой операціи безопасны энергичныя, направленные къ раннему заживленію свищей мѣры, между тѣмъ какъ при полномъ выключеніи быстрое заживленіе послѣднихъ влечетъ къ задержкѣ отдѣляемаго, сопровождающейся нерѣдко тяжелыми явленіями раздраженія брюшины. Поэтому только при операціи Maisonneuve'a мѣстное леченіе свищей можетъ быть примѣнено въ одинъ приемъ съ операціей и настойчиво проводимо безъ всякой опасности для больного. Какъ сказано, радикальнымъ средствомъ, устраняющимъ возможные осложненія, является изсѣченіе кишки, и потому желательно его постоянное примѣненіе хотя бы вторично послѣ операціи выключенія (безразлично, въ какомъ видѣ послѣдняя сдѣлана). Особенно же опасно отпускать больныхъ послѣ операціи выключенія съ незажившими еще свищами. Въ такомъ случаѣ возможенъ выворотъ выключенныхъ участковъ кишки (это осложненіе менѣе вѣроятно при операціи Maisonneuve'a, что также относится къ преимуществамъ послѣдней), какъ это случилось у больной, оперированной авторомъ, въ концѣ 3 года послѣ операціи подъ вліяніемъ тяжелой работы. Больной сдѣлана операція изсѣченія.

П. Овчинниковъ.

ОБЗОРЪ

РАБОТЪ ПО ДІАГНОСТИКЪ, ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ЗАБОЛѢВАНІЙ АППАРАТА КРОВО- ОБРАЩЕНІЯ ЗА 1901 ГОДЪ.

Н. И. Котовщикова,

Заслуж. проф. Казанскаго Университета.

(Продолженіе).

Слѣдствія заболѣваній сердца.

Накопленія жидкости въ полости плевры, при заболѣваніяхъ сердца, могутъ наблюдаться при легочныхъ инфарктахъ, но обыкновенно это встрѣчается въ далеко зашедшихъ случаяхъ, когда имѣется уже наклонность къ образованію застойныхъ явленій. По этому, въ общей картинѣ болѣзни, накопленія эти въ плеврѣ выступаютъ мало, тѣмъ болѣе, что онѣ обыкновенно невелики. Также должно сказать про накопленія жидкости, присоединяющіяся у сердечныхъ больныхъ къ катарральному и крупозному воспаленію легкихъ. Менѣе извѣстны накопленія въ плеврѣ, наступающія у сердечныхъ больныхъ въ сравнительно ранній періодъ и играющихъ болѣе самостоятельную роль.

Проф. D. Gerhardt (141) имѣетъ 7 такихъ наблюденій, относящихся главнымъ образомъ къ лицамъ, страдающимъ расширеніемъ и гипертрофіей сердечной мышцы. Накопленія эти отличались очень большимъ упорствомъ. Врядъ ли здѣсь дѣло шло о простомъ транссудатѣ при слабости сердца; противъ этого говорила отсутствіе отековъ и вообще водяночныхъ накопленій въ другихъ частяхъ тѣла. Удѣльный вѣсъ жидкости и содержаніе въ ней бѣлка давали цифры, которыя принято считать за границу между экссудатами и транссудатами. Но о прямыхъ указаній на воспаленіе плевры не было. То обстоятельство, что эти накопленія жидкости наблюдаются значительно чаще при заболѣваніяхъ мышцы сердца, чѣмъ при сердечныхъ порокахъ, заставляетъ думать, не идетъ ли здѣсь дѣло о заболѣваніи

сосудовъ плевры, перешедшемъ можетъ быть, отъ зорты. Какъ бы то ни было, однако, при заболѣваніяхъ мышцы сердца имѣются накопленія въ плеврѣ, состоящія по своимъ признакамъ между экссудатами и трансудатами и занимающія довольно самостоятельное положеніе въ картинѣ болѣзни.

О. Rosenbach (307) убѣдился въ существованіи накопленій жидкости въ плеврѣ при слабости праваго сердца. Эти накопленія наблюдались въ правой плеврѣ, или справа были значительно выражаннѣе и занимали средину между плевритомъ и трансудатомъ по своему низкому удѣльному вѣсу съ одной стороны, по богатству морфологическихъ составныхъ частей, фибрину—съ другой. При развивающейся же слабости лѣваго сердца, какъ ранній признакъ, при существующей гипертрофіи развивается ателектазъ лѣваго легкаго въ нижней задней, или боковой части. Это состояніе характеризуется несильнымъ притупленіемъ и не звучными субкрепитирующими хрипами.

При дальнѣйшемъ развитіи слабости лѣваго сердца образуются накопленія въ лѣвой плеврѣ, сопровождающіяся скоро проходящими отеками ногъ и увеличеніемъ печени.

При заболѣваніяхъ сердца J. Doazan (103) наблюдалъ кардіальную астму въ видѣ приступовъ, которые бываютъ 2-хъ родовъ: малые и большіе, или выраженные. Первые наблюдаются почти исключительно во время сна; они быстро проходятъ при пробужденіи больного и глубокихъ вдыханіяхъ. Причина приступовъ лежитъ въ томъ, что мышца сердца, а также дыхательный центръ, во время сна, благодаря замедленному кровообращенію, питается хуже, чѣмъ во время бодрствованія.—Эти малые приступы, длящіеся отъ нѣсколькихъ минутъ до $\frac{1}{2}$ часа, наблюдаются при порокахъ сердца, при нарушеніи компенсаціи, а также у стариковъ при атероматозномъ перерожденіи вѣнечныхъ артерій.

Большіе приступы состоятъ въ сильной одышкѣ, наблюдающейся не только ночью, во время сна, но и днемъ; длятся они часъ—нерѣдко 3—4. Причина этихъ приступовъ много сложнѣе, чѣмъ малыхъ; кромѣ затвердѣнія артерій и недостаточности сердца для ихъ происхожденія необходима недостаточность почекъ, или кишечное самоотравленіе. Въ послѣднемъ случаѣ они приближаются къ одышкѣ желудочнаго происхожденія, при расстройствахъ желудка.

Одышка, наступающая при недостаточности митральнаго клапана, объясняется частью тѣмъ, что высокое давленіе въ маломъ кругу кровообращенія способно благодаря расширенію сосудовъ въ альвеолахъ, уменьшить просвѣтъ послѣднихъ, а съ другой стороны, вслѣдствіе большей плотности, (Starrheit) легкихъ, они не способны такъ спадаться, какъ въ нормальномъ состояніи. То и другое должно вести за собою уменьшеніе количества вступающаго воздуха въ альвеолы. Эксперименты, поставленные Dietrich'омъ Gerhard'омъ (141) показали, что доступъ воздуха къ легкимъ при этихъ условіяхъ

дѣйствительно уменьшенъ, но не настолько, чтобы этимъ однимъ объяснять одышку больныхъ.

Эти опыты показали также, что гипертрофія праваго желудочка въ состояніи поднять упавшее артеріальное давленіе на счетъ повышенія давленія въ легочной артеріи. Но для этого требуется значительное повышение дѣятельности праваго желудочка.

О функциональной недостаточности, расширеніи и атеромѣ легочной артеріи, какъ осложненіи митральнаго стеноза пишетъ J. H. Bryant (65). На основаніи 15 наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: При повышеніи давленія въ легочной артеріи, въ зависимости отъ стеноза лѣваго венознаго кольца, расширяются маленькія вѣтви указанной артеріи, гипертрофируются и дѣлаются атероматозными. При дальнѣйшемъ теченіи, расширяется и сама артерія, а также ея устье. Это послѣднее вызываетъ относительную недостаточность ея клапановъ, выражающуюся клинически не сильнымъ диастолическимъ шумомъ, слышимымъ въ 3-мъ лѣвомъ межреберьи на парастернальной линіи. Вскрытіе можетъ не показывать недостаточности клапановъ, вслѣдствіе отсутствія у трупа высокаго давленія въ легочной артеріи и слѣд. вслѣдствіе уменьшенія проссвѣта артеріи.

Фейга Гинзбургъ (95) разбираетъ, на основаніи данныхъ клиники проф. Eichhorst'a, вопросъ объ эмболіяхъ при болѣзняхъ сердца. Съ 1883 по 1899 г. въ названной клиникѣ умерли отъ болѣзней сердца и были вскрыты 250 человекъ, — 110 (44%) мужчинъ и 140 (56%) женщинъ. — 8 изъ нихъ (3,2%) были отъ 10 до 20 лѣтъ, 33 (13,2%) отъ 21 до 30, 21 (8,4%) отъ 31 до 40, 44 (17,6%) отъ 41 до 50, 53 (23,6%) отъ 51 до 60 л., 59 (23,6%) отъ 61 до 70 и 26 (10,6%) были старше 70 лѣтъ. Эмболіи найдены были на вскрытіи у 85, т. е. въ 34% (при чемъ 79 разъ онѣ исходили изъ лѣваго сердца и 13 изъ праваго). Изъ всѣхъ 85 случаевъ съ эмболіями въ 56 (65,9%) былъ эндокардитъ лѣваго желудочка, въ 1 (1,2%) праваго и въ 16 (18,8%) обоихъ; даѣе, въ 5 случ. (5,9%) болѣзнъ заключалась въ миокардитъ и въ 6 (7%) въ расширеніи и гипертрофіи сердца. По мѣсту эмболіи распредѣлялись такъ: 62 раза онѣ найдены были въ почкахъ, 23 въ селезенкѣ, 15 въ мозгу, 14 въ легкихъ, 3 въ слизистой оболочкѣ кишечника, по 1 разу въ артеріяхъ верхней брызжеечной и бедренной, въ сѣтчаткѣ и кождѣ и по 1 разу въ артеріяхъ: общей подвздошной, большеберцовой, пласчевой, вѣнечной, въ мягкой мозговой оболочкѣ и въ маткѣ. — 35 больныхъ съ эмболіями (41,2%) было мужчинъ и 50 (58,8%) женщинъ; также и женщины заболѣвали эмболіями, по наблюденіямъ автора, относительно чаще мужчинъ (35% противъ 31,5%); наконецъ число эмболій въ отдѣльныхъ органахъ было у женщинъ и безотносительно, и относительно больше, чѣмъ у мужчинъ: 81 и 50, т. е. 61,8% и 38,2%. По возрастамъ эмболіи распредѣлялись такъ: больныхъ 10—20 лѣтъ было 4 (т. е. 50% всѣхъ сердечныхъ больныхъ этого возраста), отъ 21 до 30 лѣтъ — 10 (30,3%), отъ 31 до 40 11 (52,3%), отъ 41 до 50 лѣтъ 18

(41,8%), отъ 51 до 60 лѣтъ—18 (30,5%), отъ 61 до 70 лѣтъ 17 (28,8%), старше 70 лѣтъ 7 (26,9%).

A. Dennig (102) наблюдалъ при порокахъ сердца (въ 5 случаяхъ) измѣненія пальцевъ (въ видѣ барабанныхъ палокъ) рукъ.

Посредствомъ рентгеноскопiи, авторъ могъ убѣдиться, что во всѣхъ случаяхъ колбообразное утолщеніе зависѣло отъ увеличенія объема мягкихъ частей, а не отъ оссифицирующаго періостита костей, образующихъ суставъ.

Maixner (228) говорилъ на съѣздѣ чешскихъ врачей о предсказаніи при порокахъ сердца.

Докладчикъ на основаніи своихъ наблюденій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

а) Эндокардитъ, который уже вызвалъ нѣкоторыя нарушенія кровообращенія, можетъ имѣть такой благоприятный исходъ, что шумы исчезаютъ и кровообращеніе восстанавливается *ad integrum*.

в) Вполнѣ развитые пороки сердца могутъ не вызывать никакихъ субъективныхъ болѣзненныхъ ощущеній. Наблюденія, что больной съ порокомъ сердца можетъ жить 5—10—30 лѣтъ, указываютъ на то, что на такого больного не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на обреченнаго на близкую смерть.

Предсказаніе зависитъ не столько отъ качества шумовъ, сколько отъ состоянія сердечной мышцы, отъ степени расширенія, особливо лѣваго желудочка, отъ воспаленія мышцъ и перикардія, отъ степени распространенія страданія, возраста и общаго состоянія больного, отъ того, прогрессируетъ ли болѣзнь, или нѣтъ и наконецъ отъ времени, послѣ котораго наступаетъ дѣйствіе лекарства.

На основаніи своихъ наблюденій надъ беременными и рожаящими, J. v. Jaworsky (184) приходитъ къ заключенію, что пороки сердца для нихъ очень опасны.

1) Беременность обостряетъ хроническіе пороки сердца и даетъ дурное предсказаніе.

2) По окончаніи беременности, искусственнаго, или естественнаго выкидыша разстроенное кровообращеніе поетепенно сглаживается.

3) Случаи безъ перерожденія сердечной мышцы могутъ протекать благополучно, не смотря на порокъ сердца, при выжидательномъ леченіи.

4) Быстрая и вѣрная помощь при рожденіи можетъ избавить отъ опасности даже въ далеко зашедшихъ разстройствахъ кровообращенія.

Сифилисъ сердца.

О сифилитическихъ заболѣваніяхъ сердца появилось нѣсколько сообщеній. Изъ наблюденій своей частной практики, L. Bouvet (59) вынесъ убѣжденіе, что наслѣдственный сифилисъ ведетъ нерѣдко къ стенозу митральнаго отверстія.

Какъ доказательство этого онъ представляетъ исторію болѣзни 18 лѣтней дѣвушки, рожденной съ сифилитическими пораженіями,

съ характерными измѣненіями зубовъ и берца. Она стала слабой и хлоротичной со времени менструацій, но сравнительно легко переносила стенозъ двустворки. Авторъ приводитъ еще нѣсколько подобныхъ случаевъ и приходитъ къ тому заключенію, что связь между стенозомъ двустворки и наследственнымъ сифилисомъ можетъ быть доказана болѣе или менѣе строго, можетъ быть страданіе это является врожденнымъ.

С. І. Шварцъ (395) наблюдалъ у одного 37 лѣтняго золотыхъ дѣла мастера сифилитическое сѣуженіе лѣваго венознаго кольца, значительно улучшившееся подлѣ влияніемъ антисифилитическаго леченія. См. М. О. т. 55. стр. 811.

Preiss (28) демонстрировалъ препаратъ сердца недавно умершаго сифилитика. Въ его анамнезѣ ревматизма не было; зараженіе сифилисомъ случилось въ 1895 году. Въ концѣ прошлаго года, началось страданіе сердца сердцебиеніемъ, кашлемъ, грудной жабой. Въ Январѣ 1901 г. замѣчено было заболѣваніе заслонокъ. Смерть восплѣдовала отъ эпилептиформнаго припадка. При вскрытіи найдены измѣненія на аортальныхъ клапанахъ (сросеніе и перфорация) и на интимѣ въ началѣ аорты, стоящія по вѣсѣмъ вѣроятіямъ въ связи съ сифилисомъ.

W. I. Zydłowicz (391) видѣлъ сифилитическое заболѣваніе мышцы сердца, окончившееся выздоровленіемъ, у субъекта 36 лѣтъ. См. Мед. Обзор. т. 55. стр. 851.

Н. И. Шиловецъ (396) наблюдалъ случай сѣуженія *coni pulmonalis* сифилитическаго происхожденія у больного 34 лѣтъ. Сердце при выслушиваніи давало по вѣсѣмъ отверстіямъ одиночные шумы, заглушавшіе нормальные тоны его; самый рѣзкій шумъ дующаго характера выслушивался на второмъ реберномъ хрящѣ лѣва; немного дальше, на мѣстѣ *art. pulmonalis* рѣзкое *frémissement*. Артеріальный пульсъ (*art. radialis et femoralis*) отъ 22 до 28 въ минуту. Венный пульсъ (*v. jugularis*) отъ 56—68. Ритмъ его не совпадалъ съ артеріальнымъ. Указанная асистолія начиналась предсердечной тоской, а объективно выражалась въ небольшомъ цианозѣ лица и сейчасъ же смѣнявшей его блѣдности, въ расширеніи зрачковъ, въ скошеніи глазъ, судорогахъ, доходящихъ до легкаго *opisthotonus'a*, въ стерторозномъ дыханіи и полномъ арноѣ съ потерей сознанія; весь припадокъ продолжался отъ 30 до 40 секундъ, промежутокъ же времени, въ теченіе котораго наблюдалась полная асистолія и арноѣ, равнялся 8—12 секундамъ. Припадки эти повторялись черезъ разные промежутки времени, чаще утромъ, при чемъ всякое движеніе, малѣйшее душевное волненіе учащали ихъ. Печень и другіе органы были нормальны. Назначенная терапія не принесла больному никакой пользы: припадки все учащались, а въ послѣдніе дни появилось увеличеніе печени, слѣды бѣла въ мочѣ и спячка; при такихъ явленіяхъ внезапно наступилъ *exitus letalis*.

Аутопсія показала: *myocarditis fibrosa ventric. dextri, sclerosis aortae cum stenosi coni pulmonalis; hyperaemia venosa et oedema pulmonum,*

induratio cyanotica lienis, hepatis et renum; hyperaemia venosa intestinum; hyperaemia venosa et oedema cerebri.

При вскрытіи найдены поперечный размѣръ сердца 13 сент., продольный 11 сент., правое сердечное ушко и предсердіе были сильно растянуты кровью и гипертрофированы, передняя стѣнка праваго желудочка въ верхней части была плотна, при разрывѣ хрустѣла, съ внутренней стороны покрыта была плоскимъ диффузнымъ новообразованиемъ, состоявшимъ изъ рубцовой ткани. Оно, выполняя промежутокъ между переднею папиллярною мышцею и передней стѣнкой праваго желудочка, на разрывѣ проникало и непосредственно переходило въ мышцы стѣнки, поднимаясь далѣе вверхъ, оно выпячивалось въ видѣ плоскихъ бугровъ въ задней и боковой стѣнкѣ *coni pulmonalis* и суживало каналъ его тотчасъ подъ клапанами *art. pulmonalis*. Распространяясь далѣе, это новообразование переходило и на верхній отдѣлъ перегородки желудочковъ и заполняло всю ея переднюю часть: соответственно *septum membran. ventric.* находилось бляшкообразное утолщеніе такихъ же свойствъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что это былъ гуммозный процессъ въ періодѣ рубцового перерожденія. Въ случаяхъ, гдѣ сердце было поражено гуммами, локализовавшимися преимущественно въ перегородкѣ, или же совместно и въ одномъ изъ желудочковъ, наблюдались кромѣ одышки и сердцебиеній, еще брадикардія и гемисистолия (Rendu, de Massary, Моришъ, Turner). Происхожденіе послѣдней можно объяснить только при помощи предположенія, высказаннаго Нис'омъ—Юнго'омъ, что иногда при истинной брадикардіи, когда желудочки работаютъ недостаточно, роль ихъ берутъ на себя предсердія, тѣмъ болѣе, что въ настоящее время доказано, какъ самостоятельная возбудимость мышцъ сердца безъ всякаго вліянія нервнаго аппарата, такъ и въ особенности то, что ауто—возбудимость выражена рѣзче всего въ *atrium venosum* и предсердіяхъ (Wenkebach).

Такимъ же предположеніемъ возможно объяснить гемисистолию и въ наблюдавшемся Н. И. Шиловцевымъ случаѣ при разлитомъ пораженіи праваго желудочка, тѣмъ болѣе, что въ этомъ случаѣ предсердія не только не были поражены, но даже какъ отмѣчено въ протоколѣ вскрытія, гипертрофировались, вѣроятно отъ усиленной работы.

J. Metkel (340) демонстрировалъ очень интересный препаратъ сифилитическаго эндокардита и язвеннаго артерита аорты отъ 71 л. старика, заразившагося 16 лѣтъ тому назадъ и сообщилъ исторію болѣзни и патолого-анатомическія данныя.

М. Р. Брейтманъ (61) собралъ относящіяся къ сифилису сердца исторіи болѣзни со вскрытіями.

Возрастъ больныхъ (М. Я. Брейтманъ) обыкновенно цвѣтущій 20—40 л., чаще всего 28—37 л., У дѣтей заболѣванія сердца всегда являются результатомъ наслѣдственнаго сифилиса. Въ преклонномъ возрастѣ сифилитическія заболѣванія мало вѣроятны и заставляютъ думать скорѣе объ атероматозѣ. Мужчины въ общемъ заболѣваютъ сифилисомъ сердца чаще женщинъ. Продолжительность болѣзни колеблется, между нѣсколькими днями или мѣсяцами и 18 годами.

Въ первичномъ и вторичномъ періодѣ сифилиса вѣтъ никакихъ анатомическихъ измѣненій, въ послѣднемъ развиваются функціональныя разстройства (М. Я. Брейтманъ). Анатомическія отклоненія появляются въ третичномъ періодѣ, лѣтъ черезъ 10 послѣ зараженія. При сифилисѣ сердца, въ противоположность ревматизму, клапаны въ большинствѣ случаевъ совершенно здоровы.

Существованіе эндокардита во вторичномъ періодѣ пока совершенно не доказано (имѣющіеся случаи крайне сомнительны), но и въ третичномъ періодѣ никогда не наблюдается самостоятельное первичное заболѣваніе клапановъ, а ихъ «порокъ», если таковой имѣется, развивается вторично, вслѣдствіе измѣненій въ окружающихъ тканяхъ (гуммъ міокарда, фибрознаго міокардита съ процессами рубцеванія и стигиванія, аневризматическихъ выпячиваній отдѣльных частей сердца и т. д.).

Наиболѣе важное сифилитическое заболѣваніе сердца—заболѣваніе его мускулятуры. Лѣвое сердце поражается чаще праваго, особенно излюбленнымъ мѣстомъ локализаніи является перхушка сердца.

Истинная гипертрофія при чистой формѣ сифилиса развивается крайне рѣдко. Фиброзные измѣненія міокарда во многихъ случаяхъ приводятъ къ значительному утолщенію сердечныхъ стѣнокъ, вызывая ложную гипертрофію сердца. Затѣмъ образуется расширение сердца. Если фиброзное истонченіе стѣнки появляется на ограниченномъ пространствѣ, причиною чего оказывается сифилитическое заболѣваніе артеріи сердца, то постепенно образуется аневризма сердца. Никогда она не развивается, какъ слѣдствіе размятченія и всасыванія гуммы, какъ ложно утверждали многіе авторы на основаніи сомнительныхъ случаевъ.

Заболѣваніе вѣнечныхъ артерій и міокарда тѣсно связаны другъ съ другомъ, при чемъ отчасти міокардъ является слѣдствіемъ заболѣванія вѣнечныхъ артерій, а отчасти оба страданія обусловливаются непосредственно дѣйствіемъ сифилитическаго яда.

Патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ узлахъ сердца до нѣкоторой степени аналогичны измѣненіямъ, находимымъ въ нихъ при нѣкоторыхъ другихъ хроническихъ заболѣваніяхъ, какъ то почекъ и т. д.

Сифилитическій міокардитъ (М. Я. Брейтманъ) можетъ быть гуммозный или фиброзный, или эти формы могутъ комбинироваться вмѣстѣ. Въ свою очередь можетъ быть поражено или только лѣвое сердце, или только правое, или только перегородка желудочковъ, или все сердце сразу.

1) Въ гуммозномъ міокардитѣ лѣваго желудочка можно различить 4 клиническія формы; изъ нихъ 2, необнаруживающіяся При жизни никакими явленіями. Смерть въ первой изъ нихъ наступаетъ отъ случайной болѣзни, несчастнаго случая и т. д. Во второй гуммы являются причиною внезапной смерти; обыкновенно гумма рас-

положена вблизи верхушки сердца. Въ 3-й формѣ существуютъ крайне незначительныя расстройства сердечной дѣятельности которыя, обыкновенно, не смотря на это, ведутъ къ внезапной смерти. Въ 4-й самой частой — страданіе течетъ хронически, обнаруживаясь цѣлымъ рядомъ нарушений: ослабленіемъ работоспособности сердца, что обуславливаетъ недостаточное наполненіе артерій, застой въ венозной системѣ. Больной жалуется на сердцебиеніе, тяжесть и боль въ предсердной области, чувство топки, головокруженія, обморокъ. Пульсъ ускоренъ или замедленъ, часто аритмиченъ; тупость сердца однако нормальна, нѣтъ шумовъ, такъ какъ клапаны не поражены, тоны ослаблены; толчекъ слабъ. Иногда гумма, какъ постоянный раздражитель, можетъ подать поводъ къ викарной дѣятельности здоровыхъ мышечныхъ волоконъ въ другихъ частяхъ желудочка, тогда сердечная дѣятельность неправильна и возбуждена, толчекъ сердца рѣзокъ, первый тонъ громокъ. Изъ застойныхъ явленій слѣдуетъ указать на расстройства желудочнаго и кишечнаго пищеваренія, дѣятельности почекъ и печени (циррозъ кардіальной формы французскихъ авторовъ). Повторяющіяся, а иногда снова проходящія болѣзни печени, сердца и почекъ могутъ съ большой вѣроятностью указывать на сифилисъ. Въ противоположность ревматическимъ страданіямъ сердца явленія общаго застоя могутъ отсутствовать и всеобщіе отеки очень рѣдки.

2) Гуммозный миокардитъ праваго желудочка рѣже ведетъ къ внезапной смерти, чѣмъ пораженіе лѣваго желудочка, да и то, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда задѣта была перегородка желудочковъ. Нерѣдко наблюдаются случаи, когда при вскрытіи находили гуммы (величиною до горошины), а при жизни не было никакихъ явленій. Наиболее же частымъ симптомомъ страданія является одышка, а именно учащеніе и затрудненіе дыханія, но его ритмъ остается правильнымъ. Приступы одышки почти всегда сопровождаются явленіями недостаточности праваго желудочка (ціанозъ и т. д.).

Фиброзныя пораженія сердца могутъ сопровождаться или вѣтъ расширеніемъ полостей, при этомъ можетъ развиваться гипертрофія; сердечная стѣнка можетъ уступать давленію въ опредѣленномъ мѣстѣ (сердечная аневризма). Ограниченное фиброзное пораженіе стѣнки желудочка представляеть тоже явленіе, какъ и соотвѣтствующее гуммозное пораженіе.

Признаки разлитого фибрознаго пораженія съ расширеніемъ полостей — такія же, какъ при расширеніи ихъ отъ другихъ причинъ, но только они нерѣдко выражены въ болѣе рѣзкой степени, въ виду того, что ослабленіе сердца не пропорціонально велико въ сравненіи съ размѣрами расширенія. При расширеніи праваго желудочка наиболее часты удушающіе приступы одышки.

Фиброзныя измѣненія лѣваго желудочка безъ расширенія ведутъ къ постепенной потерѣ силъ, неспособности къ какой либо дѣятельности до того, что больной не можетъ вставать съ постели; при этомъ развивается малокровіе, отекъ ногъ, слабость сердца, слабость и неправильность пульса, головокруженіе и обморочныя приступы.

Сифилитическое поврежденіе перегородки желудочковъ можетъ быть, если оно не велико, мало замѣтнымъ при жизни, но оно вызываетъ нарушеніе правильной координаціи обѣихъ половинъ сердечной мышцы. Это нарушеніе ранѣ всего и сильнѣ всего отражается на правомъ желудкѣ, какъ болѣе слабомъ функционально. Такимъ образомъ, картина поврежденія перегородки болѣею частью совершенно такая же, какъ и поврежденія праваго желудочка.

Поврежденіе предсердія ведетъ къ тѣмъ же явленіямъ, какъ и заболѣваніе соответствующихъ желудковъ, но только въ болѣе слабой степени.

При поврежденіи нервныхъ узловъ и нервовъ сердца клиническая картина выражается то въ аритміи пульса и перебояхъ въ сердцѣ, то въ приступахъ одышки, но болѣе типичны для заболѣванія приступы грудной жабы.

Распознаваніе сифилитическаго заболѣванія сердца помощью леченія должно служить послѣднимъ средствомъ, когда примѣнены остальные діагностическіе приемы и остается только ихъ провѣрить. О сифилитической тахикардіи, брадикардіи, грудной жабѣ см. выше соответств. отдѣлы.

Перикардиты.

Wilhelm Erklentz (119) видѣлъ одинъ случай травматическаго перикардита. Preble (285) наблюдалъ очень часто воспаленіе сердечной сорочки послѣ остраго сочленоваго ревматизма. Аутопсін показали кромѣ того частое присоединеніе пневмоніи

P. Pregowsky, (286), захворавши самъ экссудативнымъ перикардитомъ, описываетъ одинъ субъективный симптомъ при этомъ страданіи. За нѣсколько времени до выраженного заболѣванія онъ ощущалъ своеобразное чувство въ области сердца, состоявшее въ томъ, что, какъ только онъ ложился на правый бокъ, то чувствовалъ какъ будто бы какая то тяжесть переваливалась по направленію къ средостѣію, къ груди. Это явленіе онъ объяснялъ перемѣщеніемъ жидкости. Послѣ ея всасыванія пропало и это чувство. Оно мучило его главнымъ образомъ въ моментъ засыпанія, т. е. когда онъ меньше всего о немъ думалъ, чѣмъ исключается самовнушеніе.

Peter v. Zerzschwitz (613) наблюдалъ у 34 л. субъекта при экссудатѣ перикардія сильный ціанозъ, который слѣва былъ выраженнѣе, сопровождался отекомъ лѣвой половины груди, съ значительнымъ ея расширеніемъ. При перкуссии она давала тупой звукъ, переходящій за грудину—за ея правый край на 1 поперечникъ пальца. Пульсъ былъ малъ, мягокъ, едва ощутимъ. Надъ лѣвою ключицею замѣченъ былъ шнурокъ, соответствующій ходу v. Jugularis externa.

Вскрытіе показало, кромѣ накопленія въ лѣвой плеврѣ 5 литровъ сѣроокрасноватой жидкости и 400 к. цент. черной жидкой крови въ перикардѣ съ фибринозными отложеніями на его листкахъ, полный

тромбъ лѣвыхъ яремной и подключичной и v. thyreoidea dextra. Тромбы эти—результатъ застоя. Сердце само оказалось здоровымъ.

Діагнозъ гнойнаго перикардита у дѣтей труденъ потому, что болѣзнь имѣетъ тѣже симптомы, что и туберкулезъ. По наблюдениямъ Ваттеп'а (36), нужно особенно обращать вниманіе на общее состояніе. Въ большинствѣ случаевъ характерно начало болѣзни внезапнымъ повышеніемъ температуры. Дальнѣйшая кривая лихорадки неправильна. Пульсъ болѣею частью скоръ, 150—160 въ минуту. Дѣти обыкновенно блѣдны, но кожа не суха. Питаніе тѣла довольно хорошо вначалѣ. Отеки нижнихъ конечностей случаются, отеки груди отсутствуютъ. Тяжкая синкопе, начинаясь съ сильнаго безпокойства и ритмомъ галопа сердца, не рѣдкость. Обыкновенно сердечный толчекъ находится на нормальномъ мѣстѣ или видѣнъ подъ ложкою; относительная абсолютная сердечная тупость похожа на нормальную. Авторъ предостерегаетъ отъ прокола иглой сердечной сорочки. Лучше при подозрѣніи на гнойный перикардитъ вскрытіе очага съ резекціей реберъ.

Вавсcock (31) различаетъ двѣ формы слипчиваго перикардита: 1) pericard. interna съ перемычками только между обонми листками сердечной сорочки и 2) peric. interna и externa, при которыхъ, кромѣ указаннаго, наблюдаются перемычки между сосѣдними органами. При этой второй формѣ развивается очень много соединительной ткани между перикардіемъ и mediastinum, такъ что образуется mediastino-pericarditis. Иногда соединительная ткань образуется не здѣсь, а между листками плевры и въ брюшинѣ въ формѣ общей sclerositis. Печень не только представляетъ утолщенный покровъ, но цуги соединительной ткани вдаются въглубь органа, образуется циррозъ съ уменьшеніемъ печени.

При pericarditis interna единственнымъ эффектомъ является гипертрофія сердца и кровообращеніе такъ мало разстраивается, что они почти не замѣтны.—Если же при этомъ имѣется расширеніе сердца вслѣдствіе міокардита или заболѣваній клапановъ, то кровообращеніе нарушается въ значительной мѣрѣ.

Если имѣется pericard. interna и externa, то сердце фиксировано въ большей или меньшей степени. Его сокращенія менѣе дѣйствительны.—Ясно, что это должно вести къ застоямъ. Отдѣльные симптомы могутъ быть чрезвычайно различны, а также ихъ выраженность. Въ однихъ случаяхъ, развиваются застои въ легкихъ, вызывающіе одышку, кашель, въ другихъ сердцебіеніе, учащеніе пульса и т. д.

Печень обыкновенно увеличена. Можетъ она уменьшиться и сдѣлаться тверже. Иногда явленія со стороны печени настолько выступаютъ на первый планъ, что ставятъ діагнозъ цирроза печени, и только вскрытіе указываетъ на срощеніе листковъ перикардія.

Hutinel (180) слипчивый перикардитъ дѣлитъ на 2 формы съ симптоматологической точки зрѣнія. Въ первой, обыкновенно, ревматическаго происхожденія, преобладаютъ сердечныя симптомы, въ другой, чаще туберкулезной, они отступаютъ на задній планъ и съ

перваго взгляда кажется, что страдают брюшныя органы (пиррозъ печени). Въ обоихъ случаяхъ главнѣйшія физическія явленія указываютъ на препятствія для дѣятельности сердца, которыя происходятъ отъ сросненій, гипертрофіи и расширенія сердца. У молодыхъ больныхъ нерѣдко образуется выпячиваніе сердечной области, въ другихъ случаяхъ, вслѣдствіе не нормальныхъ сросненій и стягиванія цуговъ—западеніе грудной клѣтки или ослабленіе вдыхательнаго расширенія грудной клѣтки. Иногда является неравнобѣрное движеніе грудной клѣтки, верхняя часть расширяется, нижняя западаетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчаются волнообразныя движенія прекардіальной области. Сердечный толчекъ можетъ быть ослабленъ, даже отсутствовать—знакъ величайшей важности. Въ общемъ, перкуссія указываетъ на увеличеніе сердечной тупости, какъ при эксудативномъ перикардитѣ, однако съ той разницей, что имѣется большее или меньшее увеличеніе печеночной тупости. Аускультация не всегда даетъ точныя указанія: иногда ослабленный шумъ, болѣе зависящій отъ слабости сердца, чѣмъ отъ сросненій, иногда шумы тренія или метасистолическій, зависящій отъ перикардическихъ перемичекъ, очень часто удвоеніе 2-го тона, вслѣдствіе препятствій и повышенія кровяного давленія въ маломъ кругѣ кровообращенія, иногда ритмъ галопа (расширеніе и уменьшеніе эластичности лѣваго желудочка) или шумъ съ ненормально удлиненной систолой и короткой паузой, безъ сомнѣнія, зависящей отъ затрудненія сокращенія желудочковъ и наконецъ металлическіе побочные шумы, особенно при расширенномъ желудкѣ. Наконецъ бываютъ разстройства ритма, особенно, когда падаетъ сила сердца. Пульсъ то нормальный, то слабый и неправильный стоитъ въ близкой связи съ сердечными сокращеніями. Описанный Kussmaul'емъ парадоксальный пульсъ не патогномониченъ, также и какъ описанный Friedreich'омъ признакъ на шейныхъ венахъ.

Иногда функціональныя разстройства отсутствуютъ или являются сердцебиеніе, одышка. Больные жалуются на опоясывающія боли, иногда на распространеніе ихъ въ шею и въ лѣвую руку, на чувство ужаса, на склонность къ обмороку, болѣзненность прекардіальной области при давленіи.

Только впослѣдствіи присоединяются явленія со стороны внутреннихъ. Онѣ выступаютъ, какъ первые признаки, если причиной служить туберкулезъ перикардія. Въ печени образуется настоящій циррозъ. Такія дѣти гибнутъ нерѣдко скоропостижно. Слѣдуетъ всегда думать объ этомъ кардіо-туберкулезномъ циррозѣ, если найдутся признаки кардіопатіи и ціаноза безъ пораженій въ отверстіяхъ и клапанахъ. Съ другой стороны, когда у молодыхъ и даже пожилыхъ индивидуумовъ находятъ асцитъ съ большой гладкой печенью, расширеніемъ брюшныхъ венъ и явнымъ разстройствомъ венознаго кровообращенія, если нѣтъ этиологическихъ моментовъ для заболѣванія печени, нужно предполагать сросненіе сердца съ сердечной сорочкой.

Причина сросненія сердца съ сердечной сорочкой у дѣтей зависитъ по наблюденіямъ Romme (304) отъ ревматическаго или тубер-

кулезного перикардита; первый отличается развивающеюся эксцентрической гипертрофіей наряду съ эндокардитомъ, часто съ измѣненіями миокардія. Второй же гипертрофіей не сопровождается. Сердце или нормально, или даже уменьшено въ объемѣ, въ перемычкахъ находятъ туберкулезныя, фиброзныя или фибро-казеозныя узелки. Бациллярныя пораженія субперикардіальныхъ и трахеобронхіальныхъ железъ выражены, иногда заинтересованы плевральныя и перитонеальныя железы, пораженія же легкихъ въ большинствѣ случаевъ ничтожны. Клиническія картины разнообразны. Въ первомъ случаѣ увеличенная сердечная тупость, сильная одышка, сердцебиеніе, сильные шумы сердца, душіе шумы на клапанахъ. Шумы эти слабы, или ихъ нѣтъ при туберкулезной формѣ. Общія для той и другой формы: асцитомія, отеки, ціанозъ, опуханіе печени съ асцитомъ, требующимъ частыхъ пункций, иногда симптомы цирроза печени, исходъ почти всегда летальный. Продолжительность теченія при туберкулезной формѣ рѣдко превышаетъ годъ.

V. Imerwol (186) наблюдалъ двоихъ дѣтей въ возрастѣ 4-хъ лѣтъ, страдавшихъ болѣзью, описанный Hüttner'емъ. При вскрытіи нашли классическія измѣненія: туберкулезныя сросшенія сердечной сорочки, сопровождавшіяся циррозомъ печени. Въ 3-мъ случаѣ, представлявшемъ при жизни полную картину симптомовъ этой болѣзни, вскрытіе не подтвердило діагноза: не найдено было никакихъ пораженій ни пери ни миокардія. Страданіе тянулось нѣсколько мѣсяцевъ, выражалось одышкою, сильнымъ сухимъ кашлемъ, похуданіемъ, временно появившейся лихорадкой, ціанозомъ, вздутымъ животомъ, асцитомъ, увеличенной селезенкой и печенью.

Въ двухъ первыхъ случаяхъ фиброзная ткань, покрывавшая сердечную мышцу, крѣпко срослась съ нижней полой веной при ея вступленіи въ предсердіе, чѣмъ сѣзнула ея просвѣтъ, отъ чего и происходили нарушенія въ печени.

Въ 3-мъ случаѣ, гдѣ при жизни опредѣлено было сросшеніе, его при вскрытіи не нашли, что и показываетъ возможность возникновенія этого симптомокомплекса отъ туберкулезнаго пораженія железъ у hylus'a печени.

D. Riesmann (298) описалъ одинъ случай первичнаго туберкулеза перикардія. Дѣло шло о вообще здоровомъ мужчинѣ, захворавшемъ остро кашлемъ, головной болью и колотьемъ между лопатками и въ груди. У него оказался очень слабый, частый пульсъ, перикардіальный шумъ тренія, хрипы въ легкихъ и экссудатъ въ лѣвой полости груди. Шумъ тренія пропалъ безъ увеличенія сердечнаго приглушенія. Общее состояніе ухудшилось: наступилъ ціанозъ, одышка, отеки. Не смотря на то, что дважды пунктировали грудную и 1 разъ брюшную полости, пациентъ умеръ. Диагностировали слипчатый перикардитъ. Вслѣдствіе незамѣтнаго развитія и кровавистой окраски плевральной жидкости признанъ туберкулезъ.

Діагнозъ подтвердился вскрытіемъ. Среди толстыхъ перемычекъ, склеивавшихъ вполнѣ оба листка сердечной сорочки, найдены на ряду съ круглоклеточковой инфильтраціей и новообразованіемъ сосудовъ

ясные туберкулы съ гигантскими клѣтками. Правда, здѣсь не найдены туберкулезныя бациллы, но морская свинка умерла черезъ нѣсколько недѣль послѣ прививки плевральной жидкости и на вскрытіи нашли сыровидные очаги и туберкулезныя бациллы въ легкихъ.

Хотя при вскрытіи найденъ зажившій маленькій туберкулъ въ верхушкѣ праваго легкаго, однако авторъ съ правомъ считаетъ этотъ случай за первичный туберкулезъ перикардія въ анатомическомъ смыслѣ, тѣмъ болѣе, что перикардитъ выступалъ клинически на первый планъ.

Другой случай сращенія сердца съ сердечной сорочкой, сопровождавшійся туберкулезомъ праваго предсердія, видѣли A. Pick и A. Cade (278) у 50-лѣтняго мужчины. Два года тому назадъ онъ лечился отъ подостраго перикардита. Передъ смертью были расстройства сердечной дѣятельности и объективные признаки, указывавшіе на сращеніе сердечной сорочки: при отсутствіи пораженія клапановъ наступила тяжелая, прогрессирующая, не поддававшаяся леченію, неправильность сердечной дѣятельности, наряду съ нормальнымъ сердечнымъ притупленіемъ, *pulsus paradoxus* и легкое инспираторное набуханіе шейныхъ венъ. Такъ какъ не было указаній на ревматизмъ, а отецъ и жена умерли отъ хронической болѣзни легкихъ, то поставленъ діагнозъ съ вѣроятностью. Другихъ туберкулезныхъ пораженій при вскрытіи не нашли.

Въ литературѣ описаны только 12 случаевъ изолированнаго туберкулеза предсердій.

W. Tütk (366) приводитъ 6 случаевъ сращенія сердца съ сердечной сорочкой и указываетъ, что при этомъ страданіи можетъ развиваться полная картина недостаточности трехстворки, а именно бросающійся сразу общій ціанозъ и одновременно упорный, общій отекъ кожи, водянка полостей, особенно брюшины и высокая степень застойной печени, при отсутствіи гидроперикардія и т. д. Такимъ образомъ можетъ совершенно не быть признаковъ сращенія перикардія.

L. Baumei и Abadie (37) описали случай кардіальнаго пирроза у 7 л. мальчика, при сращеніи сердца съ сердечной сорочкой, туберкулезнаго характера. Печень, увеличенная очень сильно, передъ смертью субъекта стала по величинѣ почти нормальной. Также селезенка временно оказалась увеличенной. Больной умеръ отъ туберкулезнаго менингита; вскрытіе показало, кромѣ сращенія перикарда, гипертрофію лѣваго сердца и расширение праваго, сращенія легкаго съ плеврою и *peritonitis perihépatica*. Печень была въ состояніи пассивной гипереміи, почему и возможно было колебаніе ея объема. Асцитъ, бывшій при этомъ, потребовалъ многократныхъ: пункций.

Meu (244) сообщилъ о теченіи одного загадочнаго случая, который авторъ наблюдалъ 3 года. У больного было сердечное страданіе, захватившее эндокардій. Когда больному было 15 лѣтъ, поставили діагнозъ прирожденнаго стеноза устья аорты. Но, такъ какъ, не смотря на сильный ростъ больного, по прошествіи 3 лѣтъ не наступило усиленіе 2-го тона аорты и коалтеральнаго артеріальнаго крово-

обращения, а артериальное давление въ бедренной артеріи было выше, чѣмъ въ лучевой, то надо было признать, что нарушенія въ аортѣ произошли изъ за медиастинита или медиастиноперикардита. Точку опоры для такого опредѣленія страданія далъ анамнезъ, изъ котораго можно было вывести заключеніе, что больной перенесъ въ дѣтствѣ продолжительную болѣзнь легкихъ и плевры. Послѣдствіемъ, вѣроятно, былъ воспалительный процессъ въ перикардіи съ соединительно-тканными болѣе или менѣе неуступчивыми сросшеніями между перикардіемъ и аортой, которыя механически препятствовали потоку крови.

При вскрытіи Таптон'омъ (351) мужчины, умершаго при явленіяхъ тяжелаго пораженія сердца нашли переднюю стѣнку лѣваго желудочка въ его нижней части вполне пронизанной известковой массой. Перикардій увеличеннаго въ общемъ сердца былъ утолщенъ и усѣянъ многочисленными перикардіальными перемычками.

У больного было нѣсколько приступовъ остраго сочленоваго ревматизма, и 17 лѣтъ тому назадъ перикардитъ. Клиническіе симптомы выражались колющемъ въ боку, припадками удушья, кашлемъ съ кровавой мокротой, наконецъ развились отеки ногъ. Сердечная дѣятельность была неправильна, тоны сердца глухи и нечисты, временами слышался систолическій шумъ и поверхностный шумъ тренія.

Объизвѣщенная часть сердца состояла не изъ костной ткани; это были волокна соединительной ткани, пронизанныя известковыми солями, заложеныя между нормальными мышечными волокнами.

R. Sievers (331) видѣлъ случай накопленія газа въ полости сердечной сорочки у 32 лѣтней женщины. У ней послѣ пневмонии образовалась гангрена лѣваго легкаго вблизи сердца.

Омертвѣлый очагъ прорвался въ сердечную сорочку, гдѣ при вскрытіи обнаруженъ воздухъ и гной. При изслѣдованіи сердца слышались многочисленные металлическіе звуки, сами сердечные тоны имѣли металлическій характеръ, сердечное притупленіе исчезло. Больная прожила 4 дня.

Saxer (317) наблюдалъ разрывъ въ сердечной сорочкѣ у 53 лѣтнаго рабочаго, выбросившагося изъ окна 1-го этажа на улицу. Черезъ два дня послѣ этого появилась угрожающая слабость сердца, которая вскорѣ прошла. На 5-й день наступила смерть.

При вскрытіи сердце оказалось лежащимъ въ лѣвой полости плевры, сердечная сорочка вполне спалась, лежала рядомъ, справа сердца, при расправленіи ея оказался разрывъ въ 14 сент. въ длину, который тянулся отъ большихъ сосудовъ почти прямо по направленію къ діафрагмѣ. Въ лѣвой плеврѣ нашлось $\frac{1}{4}$ литра крови.

Случай полнаго врожденнаго дефекта сердечной сумки видѣлъ С. П. Шуениновъ (397) при вскрытіи трупа женщины-кормилицы, 25 лѣтъ. Изъ анамнеза было извѣстно, что у нея недѣли 2 тому назадъ появилась головная боль, сопровождавшаяся головокруженіемъ, жаромъ, ознобомъ, отсутствіемъ аппетита, а послѣдніе 3 дня рвотой. Границы сердца нормальны, тоны чисты, толчекъ

въ 5-мъ межреберьи. Со стороны сердца на 6-й день пребывания въ больницѣ отмѣчается пульсація всей сердечной области, пульсація въ *incisura interclavicularis*, особенно же рѣзкая во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ слѣва, и перемѣщеніе области притупленія сердца кверху, при чемъ верхняя ея граница доходить до ключицы, а нижняя проходить черезъ 4-е ребро. Съ 4-го ребра книзу тимпанитъ. На 8-й день отмѣчается шумъ тренія перикарда, со стороны легкихъ явленія пневмоніи, а—органовъ живота симптомы перитонита.

Вскрытіе: сердечная сумка отсутствуетъ. Сердце лежитъ въ полости лѣвой плевры и прилежитъ непосредственно къ медиастинальной поверхности лѣваго легкаго. *Pleura visceralis* лѣваго легкаго непосредственно переходитъ на сердце, являясь здѣсь эпикардомъ—снизу около *vena pulmonalis* образуетъ охватывающій ее валикъ, продолжающійся въ косомъ направленіи вправо и внизъ къ *vena cava inferior* въ формѣ постепенно возвышающагося гребня, достигающаго около послѣдней наибольшей высоты и заключающаго подъ серознымъ покровомъ жировую кѣтчатку.

Тутъ же образуется небольшой карманъ, лежащій, какъ бы, на самой діафрагмѣ, выстланный серозной оболочкой. По правую сторону сердца эпикардъ переходитъ въ пристѣночный листокъ медиастинальной плевры около наружной стеральной линіи, который и продолжается затѣмъ по задней стѣнкѣ грудины, переходя въ *pleura costalis*. Медиастиальный пристѣночный листокъ правой плевры, сохраняя нормальныя отношенія, соприкасается на всемъ протяженіи съ медиастинальнымъ пристѣночнымъ листкомъ лѣвой плевры, ограничивая небольшой ширины промежутокъ, выполненный жировой кѣтчаткой. При препаровкѣ оказывается, что оба *nervi phrenici* лежатъ рядомъ, раздѣленные лишь жировой кѣтчаткой и, дойдя до діафрагмы, развѣтвляются въ ней обычнымъ путемъ.—Эпикардъ утолщенъ, гиперемированъ, покрытъ мѣстами толстымъ, мѣстами тонкимъ фибринознымъ налетомъ; у верхушки сердца ворсинчатая разрошенія на небольшомъ протяженіи.

Посмертный диагнозъ: *Peritonitis fibrinosa suppurativa exsudativa acuta. Ulcera et cicatrix ventriculi. Pleuritis haemorrhagica fibrinosa dextra. Pleuropericarditis haemorrhagica fibrinosa sinistra. Pneumonia catarrhalis et atelectasis partialis lobi inferioris pulmonis utriusque. Defectus pericardii completus.*

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ было полное врожденное отсутствіе сердечной сорочки при нормальномъ во всѣхъ отношеніяхъ положеніи сердца и отсутствіи аномалій развитія со стороны другихъ органовъ тѣла. Случаевъ частичныхъ и полныхъ дефектовъ сердечной сумки описано въ литературѣ 13.

Диагностика этой аномаліи, если она существуетъ одна, сама по себѣ, не представляетъ большихъ затрудненій. По мнѣнію Faber'a (1) нужно однако различать случаи, въ которыхъ эта аномалія имѣетъ

(1) Ueber den angeborenen Mangel des Herzbeutels in anatomischer, entwicklungs—geschichtlicher und klinischer Beziehung. 1878.

мѣсто при прочихъ нормальныхъ условіяхъ и случаи, гдѣ имѣются тѣ или иные болѣзненные процессы. Въ послѣднемъ случаѣ, особенно имѣетъ мѣсто плевроперикардіальный экссудатъ, діагностика является наиболѣе трудной. Въ случаѣ нормальныхъ отношеній органовъ грудной полости на отсутствіе перикарда могутъ указывать значительныя смѣщенія сердца при различныхъ положеніяхъ тѣла, такъ при положеніи на спинѣ, когда сердце удаляется назадъ, область сердечнаго притупленія и его интенсивность уменьшается, тощекъ дѣлается слабѣе—можетъ совершенно исчезнуть, тоны сердца дѣлаются слышимѣе на спинѣ, слабѣе спереди; при положеніи на лѣвомъ боку сердце смѣщается къ аксиллярной линіи и т. д. При патологическихъ отношеніяхъ—скопленіяхъ экссудата въ полостяхъ плевры, уплотненіяхъ легкаго, каждый отдѣльный случай будетъ представлять тѣ или инныя особенности, уловить которыя и достожджно зпѣнить, конечно, зависитъ отъ находчивости наблюдателя и едвали можно здѣсь установить какіе либо признаки. Обращаясь къ описываемому случаю, мы находимъ указанія на отсутствіе перикарда и это, главнымъ образомъ, въ смѣщеніи области сердечнаго притупленія съ нормальнаго въ день поступленія, на 6-й день, когда развивались явленія воспаленія брюшины, и діафрагма высоко поднялась, смѣщеніе вверхъ было таково, что верхнею границею сердца отмѣчается ключица, нижнею—четвертое ребро. При нормальныхъ отношеніяхъ, т. е. когда существуетъ перикардій, такое смѣщеніе сердца немисливо.

Послѣ вскрытія стало очевиднымъ, что, поднятая сильно воздушными кишками, діафрагма подняла и сердце, которое при томъ легко повернутое верхушкою влѣво, почти горизонтально.

(Продолженіе слѣдуетъ).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

І. Книги и монографіи.

А. Оригинальн ы я.

****Базилевичъ М. Е.** Меланома въ ряду злокачественныхъ новообразованийъ железистаго типа. Житомиръ. 1902 г.

****Онъ-же.** Гомологи эмбриональнаго вещества и дериваты плоскаго эпителия на отдаленныхъ стадіяхъ біологическаго цикла. Житомиръ. 1902 г.

****Онъ-же.** О происхожденіи эфемерныхъ клеточныхъ вегетаций на отдаленной периферіи эпидермы. Житомиръ. 1901 г.

****Онъ-же.** Пластическая роль бѣлага кровяного шарика и реактивныя начала при развитіи злокачественныхъ новообразованийъ эпителиальнаго типа. Житомиръ. 1900 г.

****Бехтеревъ.** Психика и жизнь. СПб. 1902.

****Онъ-же.** Сифилисъ центральной нервной системы. СПб 1903 г.

****Бобровъ Е.** Литература и просвѣщеніе въ Россіи XIX вѣка. Казань. 1903 г.

***Брейтманъ.** Новѣйшія средства за послѣд. 5 лѣтъ въ систематическомъ изложеніи.

***Годи́чный А́ктъ** при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. 5-е ноября 1902 г. Казань. 1902 г.

***Записки** Екатеринославскаго Медицинскаго О-ва въ г. Екатеринославѣ 1900 г.

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

*Записки состоящаго подъ Августѣйшимъ покровительствомъ Его Императорскаго Высочества Великаго Князя Михаила Николаевича Уральскаго О-ва Естествознанія, Т. XXIII, Екатеринбургъ. 1902 г.

**Зеттегасть Г. Воздѣлываніе и уходъ за сельскохозяйственными растеніями.

**Медицинскія Отчеты по Каванскимъ Земскимъ Заведеніямъ Общественнаго Призрѣнія за время съ 1-го сентября 1901 г. до 1 сентября 1902 г.

**Никитинъ. Ларингоскопія и болѣзни гортани. СПб. 1903 г.

**Обзоры и новости медицины за 1902 г. СПб. 1903 г.

**Отчетъ Ветеринарнаго Управленія Министерства Внутреннихъ дѣлъ за 1899 г. СПб. 1902 г.

**Отчетъ по больницѣ Пензенскаго Губернскаго Земства за 1901 г. Пенза. 1902 г.

**Отчетъ по психіатрическому Отдѣленію Больницы Пензенскаго Губернскаго Земства за 1901 г. Пенза. 1902 г.

**Отчетъ Дѣтской Больницы Св. Ольги въ Москвѣ за 1901 г. Москва. 1902 г.

**Отчетъ Голицынской Больницы въ Москвѣ за 1901 г. Москва. 1902 г.

**Отчетъ Санитарнаго Бюро Одесскаго Городскаго Общественнаго Управленія за 1901 г. Одесса. 1902 г.

*Поповъ. Наблюденія по невропатологіи, в. 1-ий Кровоизліаніе въ мозгу. —Тромбозъ.—Разстройство рѣчи. М. 1903 г.

**Поповъ И. Первая конская выставка въ г. Казани устроенная Казанскимъ Отдѣломъ Россійскаго О-ва покровительства животнымъ въ 1902 г.

**Протоколы Засѣданій О-ва Морскихъ Врачей въ Кронштадтѣ. 1901—1902 г. Вып. 40. кн. 2-я.

**Протоколы Тамбовскаго Медицинскаго О-ва за 1901 г. Тамбовъ. 1902 г.

*Протоколы засѣданій Ставропольскаго Медицинскаго О-ва за 1900 г. Ставрополь. 1902 г.

*Рейхъ. Оптическая гигиѣна глазъ. СПб. 1902 г.

*Русская хирургія. в. 9-й подъ ред. Дьяконова, Левшина, Разумовскаго и Субботина. СПб. 1902 г.

*Смольскій. Учебникъ школьной анатоміи СПб. 1903 г.

**Труды Императорскаго Вольно-Экономическаго О-ва. 1902 г. № 5.

**Труды Императорскаго С.-Петербургскаго О-ва Естественныхъ Испытателей, 1902 г. № 4—5.

**Труды О-ва Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ. Годъ I. II. III. IV. V.

**Труды Кіевскаго Физико-Медицинскаго О-ва состоящаго при Университетѣ Св. Владиміра. Вып. 2. 1899—1900 г.г. Кіевъ, 1901 г.

**Труды О-ва Русскихъ Врачей въ Москвѣ и протоколы засѣданій за 1901—1902 г.г.

Б. П е р е в о д н ы я.

*Bergmann Bruns и Mikulicz. Практическая хирургія т. 4-ый ч. 2-я.—Хирургія нижнихъ конечностей. М. 1903 г.

*Küstner. Краткій учебникъ гинекологіи. СПб. 1903 г.

*Дежаръ. Хирургическая помощь въ неотложныхъ случаяхъ Т. 2-й М. 1903 г.

*Labludowski Массажъ и гинекологія. СПб. 1903 г.

*Mering. Учебникъ внутреннихъ болѣзней. СПб. 1903 г.

*Neumann. Сифилисъ внутреннихъ органовъ СПб. 1903 г.

*Skutsch. Оперативное акушерство. СПб. 1903 г.

*Sonnenburg. Патологія и терапія перитифлита СПб. 1902 г.

*Senn. Основы хирургической патологіи и терапіи СПб. 1903 г.

*Фоссіусъ. Руководство по офталмологіи. СПб. 1903 г.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1903 г. кн. 1.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1902 г. II. — Трофимовъ В. С. Alopecia areata pigmentosa у собаки.—Линденбергъ. Разрывъ прямой кишки вслѣдствіе неосторожной случки.—Онъ-же. Новообразование на твердой мозговой оболочкѣ.—Lignières и Spitz. Актинобациллезъ.—Долгихъ I. Нѣчто о животныхъ съ подвижными рогами.

Кн. 12.—Нейманъ И. М. Современное состояніе свѣтолѣченія и примѣнимость его въ ветеринарной практикѣ.—Behring. Дженнеризація, какъ средство боръ-

бы съ туберкулезомъ рогатаго скота въ сельско-хозяйственной практикѣ.—Малиновскій К. Д. Къ дифференціальной діагностикѣ симптоматическаго карбункула.—Верцаловъ С. Ichtyosis у теленка.—Усенковъ И. Т. Случай эпизоотическаго лимфангита въ формѣ хроническаго папулозно-язвеннаго конъюнктивита у лошади.—Высотскій И. *Filaria papillosa* на серозномъ покровѣ печени и пигментныя отложенія на серозной оболочкѣ кишки у лошади.—Годзяцкій И. Къ вопросу о леченіи мышечнаго ревматизма у лошадей инъекціями methylsalicylicі.—Степановъ Н. По поводу статьи Дедголина «Опытъ предохранительныхъ сибирязвенныхъ прививокъ».

****Большинная Газета Боткина.** 1902 г. № 50.—Волковъ М. М. Общія начала терапіи.—Розенбергъ Н. К. Къ вопросу о переходѣ агглютининовъ въ трансудаты (Продолженіе).

№ 51.—Заусайловъ М. А. Объ импровизированныхъ аппаратахъ для дезинфекціи формалиномъ.—Розенбергъ Н. К. (Продолженіе).

№ 52.—Морбергъ Л. К. Къ вопросу объ измѣненіи физическихъ свойствъ нѣкоторыхъ шерстяныхъ тканей форменной одежды подъ вліяніемъ паровой дезинфекціи.—Розенбергъ Н. К. (Окончаніе).

1903 г. № 1.—Бѣлоголовый А. А. О наклонности къ іодизму и о іодно-крахмальной реакціи содержимаго желудка при hyperaciditas.—Докучаева Е. Къ вопросу о значеніи неравномернаго пульса въ распознаваніи незакрытія Боталова протока.—Баловъ А. Колодцы. Одинъ изъ вопросовъ общественной гігіены.

№ 2.—Троицкій П. В. Брюшной тифъ съ прободимымъ холериститомъ, симулировавшимъ періодическій гидронефрозъ.—Бѣлоголовый А. А. (Продолженіе).—Ишерскій В. Изъ отчетовъ Вспомогательной Медицинской кассы.

№ 3.—Поповъ Л. В. О временномъ функциональномъ суженіи лѣваго венознаго устья съ недостаточностью митральнаго клапана, при хроническомъ миокардитѣ и угнетенномъ сердцѣ.—Бѣлоголовый А. А. (Окончаніе)

№ 4.—Держговскій С. К. Къ вопросу о наследственности искусственнаго иммунитета противъ дифтеріи.—Мендизовъ И. X. Объ измѣненіяхъ тканей одежды подъ вліяніемъ паровой дезинфекціи.—Поповъ Л. В. (Продолженіе).

№ 5.—Дьяченко Е. Случай флегмоны, вызванной диплококкомъ Talamon—Frankel'я—безъ пораженія легкихъ.—Поповъ Л. В. (Окончаніе).—Держговскій С. К. (Окончаніе).

****Варшавскія Университетскія Извѣстія.** 1902 г.—VII.

****Венерологическій Вѣстникъ** 1902 г. Іюль—Сентябрь—Lidermann. Гоноррея у мужчинъ.

****Военно-Медицинскій Журналъ.** Декабрь. 1902 г.—Равичъ-Щербо А. Казуистическій матеріалъ изъ хирургическаго отдѣленія Ломжинскаго мѣстнаго лазарета (Окончаніе).—Виолинъ Я. А. Къ казуистикѣ острыхъ зобовъ.—Тыжненько А. М. Врожденное расширеніе кровеносныхъ сосудовъ верхней конечности.

сти.—Габбе Г. М. Къ вопросу о пересадкѣ кожи подъ анестезіей хлорэтила.—Аронштамъ С. Л. Инородное тѣло въ мочевомъ пузырьѣ появившееся черезъ раненіе стѣнки vesicae.—Городцевъ П. М. Къ распознаванію и леченію гонорреи и ея осложненій.—Соболевскій А. В. О леченіи сифилиса въ войскахъ.—Кардо-Сысоевъ К. Къ вопросу о леченіи трахомы.—Воячекъ. Акомодация въ органѣ слуха.—Мооръ В. О. Объ истинномъ количествѣ мочевины въ человѣческой мочѣ и о способѣ его опредѣленія.

**Вопросы философіи и психологіи. 1902 Ноябрь—Декабрь.

**Врачебная Газета. 1902 г. № 50.—Воас I. Относительное сужженіе привратника.—Варшавскій Е. С. Случай перемѣщенія внутреннихъ органовъ.—Кацъ Я. И. Адреналинъ при изслѣдованіи и леченіи носа.—Бродскій В. А. Вліяніе одиннадцатичасового рабочаго дня на обмѣнъ веществъ въ организмѣ и на самочувствіе человѣка.

№ 51.—Георгіевскій И. В. О топографіи нервныхъ узловъ предстательнаго сплетенія и ихъ измѣненій при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ организма.—Кереповскій М. И. Phlegmasia alba dolens puerperalis верхнихъ конечностей.—Бродскій В. А. Вліяніе одиннадцатичасового рабочаго дня на обмѣнъ веществъ въ организмѣ и на самочувствіе человѣка (Окончаніе).—Кацъ Я. И. (Окончаніе).

№ 52.—Буракъ П. М. Изслѣдованія надъ дѣйствіемъ эфирнаго масла изъ крестовъ.—Жмайловичъ Ф. О микробныхъ ферментахъ и о дѣйствіи ихъ по сравненію съ ферментами животныхъ.—Дашигъ А. Н. Первичная сентикопіемія, осложненная пристѣночнымъ эмбологеннымъ эндокардитомъ.—Мандельбергъ В. Къ вопросу объ этиологіи hydramnion. Брюшная водянка при беременности, осложнившаяся hydramnion acutus.

1903 г. № 1.—Гундобинъ Н. П. Мертворожденные дѣти.—Савельевъ Н. А. Къ вопросу объ оспѣ и ея леченіи.—Сухановъ С. А. Прогрессивный параличъ и беременность.—Косовскій В. Н. Къ вопросу о теплыхъ жаропонижающихъ ваннахъ при брюшномъ тифѣ.

№ 2.—Савельевъ Н. А. (Окончаніе).—Гундобинъ Н. П. (Продолженіе).—Лавровъ Ѳ. А. Случай отсутствія одной почки у больного гнойнымъ гепатитомъ.—Фармаковскій Н. Я. «Земскій» способъ вправленія ущемленныхъ грыжъ.

№ 3.—Савельевъ Н. А. Спиртовые компрессы.—Гундобинъ Н. П. (Окончаніе).—Львовъ И. М. Объ уходѣ за пупкомъ и пуповиннымъ остаткомъ у новорожденныхъ.—Скульскій М. А. Случай болѣзни Meigera, окончившійся выздоровленіемъ.

№ 4. Львовъ И. М. (Окончаніе).—Савельевъ Н. А. (Продолженіе).—Жуковскій В. П. Смертельный нестратимическій haemothorax у новорожденныхъ.—Заусайловъ М. А. О санитарныхъ поѣздахъ для временной изоляціи подозрительныхъ по чумѣ больныхъ, встрѣчающихся на желѣзныхъ дорогахъ.—Гербсманъ I. И. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ мочевомъ пузырьѣ.

№ 5.—Пильновъ М. С. О микроскопическихъ измѣненіяхъ волчанки при леченіи ея свѣтомъ по способу Finsen'a.—Савельевъ Н. А. (Продолженіе).—Трахтенбергъ А. Г. Объ умственномъ утомленіи учащихся.

****Вѣстникъ Общественной гигиены, судебной и практической медицины.** 1902 г. Декабрь.—Раммуль А. И. Изслѣдованіе 200 учебниковъ. (Окончаніе).—Рабиновичъ Л. Дезинфицирующія окраски стѣнъ.—Лебедевъ Н. Н. Сельско-хозяйственный травматизмъ.—Его-же. Жилыя помѣщенія рабочихъ свеклосахарныхъ заводовъ.—Віолинъ Р. А. О куреніи опиума въ Китаѣ.

1903 г. Январь.—Дукельскій В. Очерки по квартирному вопросу.—Козловскій И. И. Дифтерія въ убѣжищѣ О-ва помеченія о дѣтяхъ.—Уссаковский В. И. Три случая сибирской язвы кишокъ.—Хунладзе Е. С. Забданіе гіеной дѣйствительное и симулированное.

****Вѣстникъ Хирургіи.** 1902 г. № 24.—Оригинальныхъ ст. не содержатъ.

****Дѣтская Медицина.** 1902 г. № 5—6.—Рохлинъ М. К. О несахарномъ мочеизнуреніи у дѣтей.—Ивановъ Е. Э. О болѣзняхъ губъ у дѣтей.—Румянцевъ Ф. Д. Къ вопросу объ искусственномъ вскармливаніи грудныхъ дѣтей.—Лалинъ М. О. О пневмококковыхъ перитонитахъ.—Лалицеръ Н. М. Объ артритизмѣ у дѣтей.—Столкинъ Е. Я. Четыре случая язвенной жабы Vincent'a.—Гишпюсъ А. Э. Молоко, какъ ткань съ биологическими свойствами.

****Дѣятель** 1902 г. № 14. 1903 г. № 1.

****Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней** 1902 г. Ноябрь.—Улсзко-Строганова К. П. О злокачественной міомѣ матки.—Звягинцевъ Н. А. Нѣсколько гинекологическихъ случаевъ.—Никоновъ С. Н. Къ вопросу о способѣ разрыва брюшной стѣнки при гинекологическихъ чревостѣченіяхъ.—Домбровский Р. Г. Эхинококкъ печени, брыжжейки и задняго дугласова пространства.—Пресображенскій В. В. Четвертый международный конгрессъ акушерства и гинекологін въ Римѣ.

****Журналъ Дерматологій и Сифилидологій.** 1902 г. № 10.—Гловаче Е. С. Случай геморрагій и частичнаго некроза gluteus'a послѣ внутримышечной инъекціи сулемы.

№ 11—12.—Heim Paul. Къ вопросу о заразительности erythema nodosum.—Лѣтницъ Л. М. Впечатлѣнія, вынесенныя изъ осмотра нѣкоторыхъ заграничныхъ больницъ.

****Журналъ невропатологій и психіатріи имени С. С. Корсакова** 1902 г. № 6.—Кожевниковъ А. Я. Животные паразиты головного и спинного мозга (Окончаніе).—Корниловъ А. А. О контралатеральномъ рефлексѣ.—Лунцъ М. А. Два случая Meningitis basilaris simplex.—Ганнушкинъ П. Б. и

Сухановъ С. А. Къ ученію о меланхоліи.—Россолимо Г. И. Сочетаніе хроническаго полиміэліта съ сирингоміэмей.—Корсаковъ С. С. Психіатрическія экспертизы.

**Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1902 г. № 6.—Жбанковъ Д. Н. Нѣсколько замѣчаній о предполагаемомъ измѣненіи устава Пироговскаго О-ва.—Куркинъ П. И. Къ вопросу объ officialной отчетности врачей.

**Журналъ Русскаго Физико-Химическаго О-ва. 1902 г. Вып. 9.—1903 г. Вып. 1.

**Журналъ Русскаго О-ва Охраненія Народнаго Здравія № 12. 1902 г.—Александровъ В. А. Къ вопросу о дѣтской смертности въ Медитопольскомъ уѣздѣ.—Левашевъ В. А. Дѣятельность С.-Петербургской городской дезинфекціонной камеры Барачной больницы въ 1901 г.

**Записки Императорскаго Харьковскаго Университета. 1902 г. Кн. 4-я.

**Записки Русскаго Бальнеологическаго О-ва въ Пятигорскѣ. 1923 г. Т. V. № 1. Июнь-Юль.—Эйнгорнъ С. Я. Механотерапія по Цандеру.

№ 2. Августъ-Сентябрь.—Садовень А. Анализъ воды новаго пятигорскаго источника въ Эммануелевскомъ паркѣ.

**Земледѣлецъ. 1902 г. № 11 12.

**Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1902 г. Т. V. №. 4. Држивецкій А. Ф. Объ отношеніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ къ перемѣнному электрическому току.—Лихачевъ А. А. и Авроровъ П. П. Изслѣдованіе газового и тепловаго обмѣна при лихорадкѣ (Окончаніе).—Круглевскій Н. А. Случай двойной верхней полой вены у женщины 65 лѣтъ и объясненія причины аномалій этого рода. (Окончаніе).—Фазицкій А. П. Вегетарианизмъ съ физиологической и терапевтической точекъ зрѣнія.—Гейнацъ В. Н. Обзоръ успѣховъ хирургіи за 1901 г.—Гущъ А. А. Очеркъ изслѣдованіе по вопросу объ иммунизации и серотерапіи при брюшномъ тифѣ.—Курдиновскій Е. М. —Обзоръ важнѣйшихъ работъ по Акушерству за 1900 г.

Т. VI. 1903 г. № 1.—Опшель В. А. Хирургическое леченіе суженій привратника.—Максимовъ А. О воспалительномъ новообразованіи соединительной ткани и судьбѣ лейкоцитовъ при этомъ.

**Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи 1903 г. № 2.

**Медицинская Бесѣда. 1902 г. № 23.—Прайсъ А. Половая жизнь учащихся.

1903 г. № 1.—Ростовцевъ Г. И. Врачебно-санитарное дѣло, какъ факторъ гуманитарный, экономической и культурный.

№ 2.—Вороновъ И. Рождаемость и смертность населенія, какъ мѣрило культурности.

****Медицинскій Журналъ** д-ра Окса. 1902 г. Декабрь.—Пагель Ю. Очеркъ развитія медицины въ XIX столѣтіи.—Булатовъ П. Н. и Фрейбергъ Н. Г. Краткій учебникъ по гігіенѣ (Окончаніе).

1903 г. Январь.—Гейцманъ. Атласъ. Описательная и топографическая анатомія человѣка.—Ліонъ М. Е. Словарь практическихъ медицинскихъ знаній для помощниковъ врачей. (Продолженіе).

****Медицинское Обозрѣніе** 1902 г. №. 23.—Вермель. Къ казуистикѣ желчно-каменной болѣзни.—Львовъ. Къ патологіи широкихъ маточныхъ связокъ.

№ 24.—Муравьевъ. Къ симптоматологіи мозгового сифилиса.—Гороховъ. Семь случаевъ врожденныхъ мозговыхъ грыжъ.—Родкевичъ. Значеніе минеральныхъ водъ при лѣченіи холелитіаза.

1903 г. № 1.—Ганнушкинъ и Сухановъ. О циркулярномъ психозѣ.—Топорковъ. Психозъ послѣ ожога.—Савельевъ. Гепатоптозъ, или смѣшеніе печени.—Мещерскій. Инъекціи каломеля при лѣченіи язвъ голени.

№ 2.—Спижарный. Объ актиномикозѣ легкихъ.—Ивановъ. Объ ангинѣ Vincent'a и ея осложненіяхъ.—Варнекъ Къ казуистикѣ желудочно-кишечной хирургіи.—Далингеръ. Киста поджелудочной железы.—Орловъ. Къ патологической анатоміи лейкоэмического ретинита.

****Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику**, 1902 г. Декабрь.—Загорянской-Кисель В. Берлинскія хирургическія клиники и операционныя.—Магусовскій А. О терапевтическомъ дѣйствіи органическаго соединенія мѣди—Cuprol'a при трахомѣ и катарахъ соединительной оболочки вѣкъ (Окончаніе).

1903 г. № 1. Январь, Загорянской-Кисель И. Парижскія клиники.—Добровольскій Н. Объ измѣненіи артерій у дѣтей по возрастамъ.—Боголюбовъ Н. Ф. Матеріалы по морской гігіенѣ.

****Медицинской Сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго Военнаго Госпиталя**. Годъ XV. Вып. I—III. 1902 г.

****Неврологическій Вѣстникъ**, 1902 г. Т. X. Вып. 4.—Ланинскій М. Къ вопросу о причинахъ моторныхъ расстройствъ при поврежденіи заднихъ корешковъ, а также о распредѣленіи колатеральныхъ вѣтвей этихъ послѣднихъ въ сѣрой массѣ спинного мозга.—Айхенвальдъ Л. Нѣсколько словъ о новомъ сновторномъ «dormito!».—Рудневъ В. П. О быстротѣ простѣйшихъ произвольныхъ движеній.—Логиновъ В. Къ вопросу о вліяніи температуры на латентный періодъ и форму кривой сокращенія поперечно-полосатыхъ мускуловъ.—Чирковский Б. О зрачковой реакціи при перерѣзкѣ зрительнаго нерва внутри черепа.—Янишевскій А. Е. О комиссуральныхъ системахъ мозговой коры.—Осиповъ В. П. Вліяніе церебрина на возбудимость мозговой коры.—Образцовъ В. Н. Къ вопросу о сосудо-

двигательныхъ невровъ конечностей.—Васильевъ К. К. О вліяніи атмосферическихъ перемѣнъ на состояніе животнаго организма и на отравленія нервной системы.

****Практическій Врачъ.** 1902 г. № 49.—Титовъ Н. Д. Этіологія и патогенезъ желче-каменной болѣзни.—Кофманъ С. В. Нѣсколько словъ о современномъ состояніи ортопедіи.—Ивановъ А. О мѣстной анестезіи при паранцентезахъ барабанной перепонки.—Кушниръ Л. А. Къ вопросу о кормленіи больныхъ воспаленіемъ почекъ бѣлымъ и чернымъ мясомъ (Окончаніе).

№ 50.—Савельевъ Н. А. Апендицитъ на почвѣ зараженія глистами.—Титовъ Н. Д. Этіологія и патогенезъ желчно-каменной болѣзни.—Гинзбургъ М. Д. Опасность беременности при порокахъ сердца, туберкулезѣ и т. п. Средства къ предотвращенію беременности у такихъ больныхъ.

№ 51.—Сыснѣй П. Н. Удобная и простая повязка при переломахъ ключицы.—Савельевъ Н. А. (Окончаніе).—Титовъ Н. Д. (Окончаніе).

1903 г. № 1.—Груздевъ В. С. Къ діагностикѣ беременности при гипертрофіи маточной шейки.—Черепнинъ С. Н. Къ вопросу о вливаніяхъ солевыхъ растворовъ въ прямую кишку при брюшномъ тифѣ.—Закъ Г. Г. Къ вопросу о леченіи половыхъ свищей.

№ 2.—Senator Н. О гипертрофіи сердца при болѣзняхъ почекъ.—Лисянскій В. И. Къ вопросу о леченіи непроходимыхъ суженій уретры.—Черепнинъ С. Н. Къ вопросу о вливаніяхъ солевыхъ растворовъ въ прямую кишку при брюшномъ тифѣ (Окончаніе).

№ 3.—Предтеченскій В. Е. Дермоидная киста въ грудной полости.—Демпель М. В. О леченіи туберкулеза гортани феносалиломъ.—Лисянскій В. И. (Окончаніе).

№ 4.—Лянцъ А. И. Леченіе мягкаго шанкра.—Френкель Л. М. По поводу случая острой непроходимости кишекъ, пользованной подкожными впрыскиваніями атропина.—Предтеченскій В. Е. (Окончаніе).

****Практическая Медицина.** 1903 г. № 1.—Fritsch Н. Женскія болѣзни.—Bendix В. Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ.—Broadbent W. Н. и Broadbent I. F. Болѣзни сердца, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на предсказаніе и леченіе.—Kühnemann J. Практическая діагностика внутреннихъ болѣзней съ обращеніемъ особаго вниманія на дифференціальную діагностику.

****Промышленность и Здоровье.** 1902 г. Кн. 1-я и 2-я. Кн. 4-я. Янв. 1903 г.

****Русскій Антропологическій Журналъ.** 1902 г. № 3.

****Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактеріологіи.** 1902 г. Вып. V. Т. XIV.—Сухановъ С. Объ эндоцеллюлярной сѣти Golgi въ нервныхъ элементахъ Гассерова узла.—Кобзаренко С. И. Къ вопросу о свободныхъ шаровидныхъ тромбахъ сердца.—Поляковъ В. Объ одномъ слу-

чаѣ псевдохилезнаго асцита.—Усовъ П. С. Кріоскопія мочи, какъ клиническій методъ изслѣдованія.—Киркоровъ С. К. Къ вопросу объ образованіи геморрагическаго инфаркта въ верхней брыжеечной артеріи.

**Русскій Врачъ. 1902 г. № 50.—Савванитовъ Н. П. Задачи, значеніе и методика изученія сравнительной патологии заразныхъ болѣзней животныхъ.—Бертенсонъ Л. Б. Объ открытомъ на Кавказѣ въ селеніи Канглы источникѣ излѣчивающемъ болотную лихорадку.—Браунштейнъ Е. П. Объ уменьшеніи трудоспособности при поврежденіи глазъ.—Виноградовъ А. И. Къ вопросу о вліяніи искусственныхъ красокъ ароматическаго ряда на пищевареніе.—Курдиновскій Е. М. Къ этиологіи «missed abortion».—Козловскій И. И. Случай оперативнаго лѣченія брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени (Окончаніе).—Рыловъ Н. Н. Измѣненіе температуры тѣла, пульса, кровяного давленія, дыханія, мышечной силы рукъ и вѣса тѣла подъ вліяніемъ солнечно-воздушныхъ ваннъ.

№ 51.—Тржецскій А. А. Общія причины желудочно-кишечныхъ заболѣваній.—Орловъ К. Х. Объ измѣненіяхъ глаза при хроническомъ отравленіи спорыньей и ея препаратами.—Веберъ Ф. К. Влагалищное кесарское сеченіе при рактѣ шейки матки, распознанномъ въ концѣ беременности.—Маргуліесъ М. С. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ мочевомъ пузырьѣ.—Витлинъ С. В. Совмѣстное теченіе остро-лихорадочныхъ сыпей.—Рыловъ Н. Н. (Окончаніе).

№ 52—53.—Авербахъ М. И. Острая глаукома послѣ операций катарактъ.—Витлинъ С. В. (Окончаніе).—Курдиновскій Е. М. Объ изолированіи живой матки.—Первовъ А. Д. Измѣненіе качества воды въ рѣкѣ Волгѣ и въ колодцахъ въ теченіи года.

1903 г. № 1.—Груздевъ В. С. Къ техникѣ брюшныхъ чревосѣченій (парогосоеліотомія).—Кацъ Р. А. О разсадкѣ учашихся по зрѣнію.—Зимницкій С. С. Къ вопросу о желудочномъ пищевареніи при желтухахъ.—Зельдовичъ Я. Б. Лѣченіе рубцовыхъ суженій электролизомъ.—Орловъ А. И. О лѣчебномъ вліяніи бѣлаго электрическаго свѣта при нѣкоторыхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки и придатковъ.—Бушуевъ В. Ѳ. О принудительномъ лѣченіи въ войскахъ.—Финкельштейнъ С. А. Морганцевокислос кали, какъ специфическое противоядіе при острыхъ отравленіяхъ морфіемъ и опіатами.

№ 2.—Кравковъ Н. П. Современныя проблемы фармакологіи и матеріализмъ.—Груздевъ В. С. (Окончаніе).—Зимницкій С. С. (Окончаніе).—Островскій С. Э. Танноформъ при перепрѣлости у маленькихъ дѣтей.—Миклашевскій Б. С. Перевязка общей сонной артеріи по поводу огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти.

№ 3.—Бобровъ А. А. О средствахъ борьбы съ хирургической бугорчаткой.—Зивертъ А. К. Къ вопросу объ опредѣленіи границъ желудка раздуваніемъ.—Завьяловъ В. В. О растворимой равновидности пластеина.—Ковленко М. Ф. Современное состояніе вопроса о примѣненіи пара въ гинекологіи и хирургіи.—Грековъ

И. И. Къ вопросу о лѣченіи каловыхъ свищей. Необычное послѣдствіе полного выключенія кишки.—Домашневъ Н. П. О новомъ портативномъ приборѣ для продолжительнаго дѣйствія постояннымъ электрическимъ токомъ.

№ 4.—Топковъ В. Н. О преподаваніи анатомическихъ наукъ.—Рыбаковъ Ѳ. Е. Психологическія условія развитія гипноза.—Мендельсонъ М. Э. О терматоксін бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.—Дворецкій А. И. Дальнѣйшія наблюденія надъ дѣйствіемъ растворимаго серебра.

*Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней. 1902 г. Декабрь.—Бораць-Вайнцвайгъ С. М. Случай *legra anaesthetica*.—Савинскій З. В. Бактеріологическое изслѣдованіе крови у сифилитиковъ.—Лурье І. Н. Случай папилломы громадной величины и на необычномъ мѣстѣ. (Окончаніе).

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1903 г. № 1.—Васильевъ С. М. Какъ и чѣмъ дѣйствуетъ земляника при подагрическихъ пораженіяхъ сердца почекъ, суставовъ и другихъ органовъ.—Федченко Н. П. Случай тяжелой стриктуры *urethrae* осложненной гумознымъ сифилисомъ *scrophis cavernosis* и карбункуломъ слизистой оболочки.

№ 2.—Лацинскій М. Н. Случай повторной транзиторной галлюцинаторной спутанности при тетани.—Скотовскій П. О. Къ вопросу о единствѣ психическихъ силъ животнаго міра и ихъ прогрессивномъ развитіи.

№ 3.—Бокаріусъ Н. С. Объ открытомъ овальномъ отверстіи въ перегородкѣ между предсердіями у взрослыхъ людей.—Прейсъ Н. П. О значеніи питья естественныхъ пятигорскихъ водъ при леченіи сифилиса.

*Русскій Хирургическій Архивъ. 1902 г. Кн. 6.—Нуссепъ Л. М. Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ головного мозга.—Орловъ В. Н. *Macroscotia partialis* какъ результатъ хроническаго раздраженія *nervi sympathici*.—Боголюбовъ В. Къ вопросу объ операціи анастомоза на сѣменныхъ путяхъ при резекціи придатка.—Кадыянъ А. А. Воздушныя кисты кишечника.—Гейнацъ В. Н. О скополаминовомъ нарковѣ.—Тринклеръ Н. Полное удаленіе сальника при перекручиваніи его.

*Современная Клиника. 1902 г. № 12.—Blumenthal E. Клинико-химическое изслѣдованіе мочи.

**Современная Медицина и Гигіена. 1902 г. № 12.—Брейтманъ М. Я. Новѣйшія лекарственныя средства въ систематическомъ изложеніи за послѣднія 5 лѣтъ (Окончаніе).—Фоссіусъ. Учебникъ глазныхъ болѣзней (Окончаніе).—Сенъ. Основы хирургической патологіи и терапіи (Окончаніе).—Ридеръ и Маркузе. Свѣтолеченіе. (Окончаніе).

*Современная Терапія. 1902 г. № 12.—Никольскій. Къ терапіи нѣкоторыхъ симптомовъ легочной чахотки.

*Терапевтичеській Вѣстникъ. 1902 г. № 24.—Freudenberg A. О леченіи гипертрофіи предстательной железы по гальванокаустическому способу Боттини (Окончаніе).

№ 25—26.—Ліонъ М. Е. Третье сообщеніе о примѣняемомъ мною способѣ леченія падучей.

*Терапевтичеській Вѣстникъ. 1903 г. № 1.—Оригинальныхъ ст. не содержитъ.

**Технологъ. 1902 г. № 8, 9.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1902 г. № 11, 12.

**Ученныя Записки Юрьевскаго Университета. 1902 г. № 6.

**Ученныя Записки Казанскаго Университета. 1902 г. Ноябрь, Декабрь.

*Ученныя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. 1902 г. Т. XIX. Вып. 5—6.

**Фармацевтичеській Вѣстникъ. 1902 г. № 48, 49, 50.

**Хирургія. 1902 г. Декабрь. № 72.—Напалковъ Н. И. Къ техникумъ механической очистки рукъ.—Бауеръ Б. Рѣдкій по локализациі случай сибирской язвы.—Гороховъ Д. Е. Лѣченіе автопластинкой щечнаго сведенія челюстей.—Татариновъ Д. И. Къ казуистикѣ изсѣченія гортани при раковыхъ новообразованияхъ.—Черемухинъ М. С. Объ инородныхъ тѣлахъ въ пищеводе.—Канцель Е. С. Къ оперативному леченію прободного перитонита при брюшномъ тифѣ.—Глассонъ В. Н. Къ казуистикѣ большихъ оваріальныхъ кистомъ.

1903 г. Январь. Т. XIII. № 73.—Лысенковъ Н. К. Задачи преподаванія топографической анатоміи и оперативной хирургіи.—Татариновъ Д. И. О видныхъ цефаломахъ.—Ильинъ П. В. Вморотъ Морганіева желудка.—Кузнецкій Д. Рѣдкій случай колоторѣзанной раны.—Флеровъ Л. Случай заживленія прободенной кишки подъ зажимающими пинцетами Réan'a.—Напалковъ Н. И. Наложеніе кишечнаго пищепріемнаго свища при ракѣ желудка.—Дьяконовъ П. И. Къ ученію о желчнокаменной болѣзни.—Воробьевъ В. А. О симптомахъ холелитіаза при страданіяхъ поджелудочной железы.

**Электричество. 1902 г. № 21, 22, 23, 24.

Н. Осокинъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Милостивый Государь

Ливерій Іосифовичъ.

14 Декабря 1901 года въ Обществѣ врачей при Казанскомъ Университетѣ, врачамъ для командировокъ на Мурманъ А. В. Сивре, былъ сдѣланъ докладъ «Медико-санитарное состояніе Сѣвера Европейской Россіи въ связи съ бытовыми условіями».

Нечего и говорить, что это сообщеніе, какъ видно изъ краткаго отчета о засѣданіи 14 Декабря («Русскій врачъ» 1902 г. № 33 стр. 1194) очень заинтересовало участниковъ засѣданія—заинтересовало такъ, какъ теперь интересуютъ культурное русское Общество все, что касается Сѣвера Россіи.—Я съ докладомъ А. В. Сивре познакомился лишь нынѣ лѣтомъ, получивъ, благодаря любезности автора, отдѣльный оттискъ его статьи.

Состоя на службѣ въ Архангельской губерніи съ 1894 г. и, какъ Врачебный Инспекторъ, будучи знакомъ съ санитарнымъ состояніемъ ея и положеніемъ дѣла врачебной помощи населенію болѣе, чѣмъ кто-либо другой, я со своей стороны считалъ—бы уместнымъ сдѣлать о сообщеніи А. В. нѣсколько замѣчаній, которыя, надѣюсь, въ интересахъ дѣла, Вы не откажете доложить Вашимъ сотрудникамъ въ Обществѣ врачей при Казанскомъ Университетѣ, слышавшимъ докладъ г. Сивре и принимавшимъ участіе въ собесѣдованіи по поводу его.

Начну съ заглавія. По моему оно не соотвѣтствуетъ содержанію доклада. Чтобы описать Медико-санитарное состояніе Сѣвера-Россіи, для этого нужно прежде всего не мало времени. Авторъ такого труда долженъ, если не лично побывать въ разныхъ частяхъ этой обширной части Россіи и на мѣстѣ обстоятельно познакомиться съ особенностями ея, то по крайней мѣрѣ хорошо быть знакомымъ съ литературой края и, наконецъ, имѣть въ своемъ распоряженіи соотвѣтствующій цифровой матеріалъ, безъ котораго различные выводы его должны считаться по меньшей мѣрѣ голословными.

Архангельская губернія и въ цѣломъ, и въ частяхъ можетъ быть предметомъ цѣлаго ряда изслѣдованій въ этомъ направленіи. Каждое изъ нихъ, если

оно явится научнымъ трудомъ, плодомъ добросовѣстнаго изслѣдованія, будетъ всюду и всѣми принято и оцѣнено по достоинству, какъ это напримѣръ было съ трудомъ д-ра Ф. Ульрихъ («Кемскій уѣздъ и рыбные промыслы на Мурманскомъ берегу во врачебномъ и экономическомъ отношеніяхъ» СПб. 1877), премированномъ Императорскимъ русскимъ Географическимъ Обществомъ серебряною медалью.

Эти условія при составленіи А. В. Сивре его доклада не имѣли мѣста.

Получивъ назначеніе сельскимъ врачомъ Печорскаго уѣзда (южной части его), д-ръ Сивре фактически былъ въ предѣлахъ своего участка сравнительно недолго — съ 29 Марта 1899 г. по 31 Августа 1900 г. Вслѣдъ за этимъ онъ былъ перевеленъ уѣзднымъ врачомъ Мезенскаго уѣзда, гдѣ, какъ участковый врачъ сѣверной части его, пробылъ того менѣе (съ 10 Октября 1900 г. по 15 Января 1901 г.) и наконецъ въ началѣ Марта 1901 года отправился во главѣ отряда Краснаго Креста на Мурманъ; здѣсь онъ оставался до конца Августа. Изъ этого видно, что г. Сивре, если и могъ мало-мальски познакомиться съ бытомъ населенія и особенностями его существованія, такъ это въ южной части Печорскаго, сѣверной части Мезенскаго уѣздовъ и на Мурманскомъ побережьи. Южную часть Мезенскаго, части Пинежскаго, Холмогорскаго, Архангельскаго, Онежскаго, Кемскаго и Александровскаго уѣздовъ онъ лишь проѣхалъ на почтовыхъ, не останавливаясь для изслѣдованія быта населенія и Медико-санитарнаго состоянія этихъ уѣздовъ; а въ самомъ населенномъ—Шенкурскомъ не былъ вовсе.

Изъ статьи Г. Сивре не видно, чтобы авторъ ея пользовался литературой края; напротивъ бросается въ глаза, что онъ вовсе не имѣлъ въ своемъ распоряженіи тѣхъ материаловъ, безъ которыхъ нельзя было серьезно взяться за перо при разработкѣ затронутыхъ имъ вопросовъ.

Изъ вышеизложеннаго слѣдуетъ, что А. В. Сивре не имѣлъ права своему сообщенію давать то названіе, которое онъ ему присвоилъ—оно не соответствуетъ дѣйствительности.

Перехожу къ тексту доклада и буду по возможности держаться порядка въ изложеніи его.

«Занесенный судьбою на крайній Сѣверъ... въ своемъ трехлѣтнемъ скитаніи... до границы Норвегіи, по странамъ зырянъ, самоѣдовъ, поморовъ, корель и лопарей *), я старался подмѣтить... бытовые особенности... и изучить... положеніе медицины»—такъ начинается свой докладъ А. В.

Я не отрицаю, что за время службы въ Печорскомъ уѣздѣ Г. Сивре иногда приходилось считаться съ трудностями передвиженія, что, служа тамъ онъ могъ заняться наблюденіями за особенностями быта населяющихъ этотъ край народностей—зырянъ и самоѣдовъ. Но сдѣлать тоже въ отношеніи поморовъ, въ мѣстѣ

*) Курсивъ мой.

ихъ постоянного жительства—въ селахъ на побережьѣ Бѣлаго моря по пути изъ Архангельска къ Кеми,—корель и лопарей, мимо нѣсколькихъ деревень и жилищъ которыхъ онъ проѣхалъ лишь одинъ разъ на почтовыхъ въ отрядѣ Краснаго Креста, не побывавъ вовсе въ глубинѣ корельскаго края и Лапландіи—положительно не могъ.

Отрядъ Краснаго Креста, при его поѣздкѣ на Мурманъ, всегда бываетъ обставленъ хорошо; по распоряженію Губернатора на всѣхъ станціяхъ, по пути его слѣдованія за нѣсколько дней заготавливается потребное число лошадей и повозокъ. Худо бываетъ въ это время чиновникамъ, ѣдущимъ по тому же пути, такъ какъ стѣсненіе въ лошадяхъ бываетъ большое. Но отрядъ Краснаго Креста, съ врачомъ во главѣ, ѣдетъ съ удобствомъ—безъ задержанія, не бываетъ стѣсненъ отрядъ и въ помѣщеніи при остановкахъ. Такъ, напримѣръ, врачъ Сивре, приѣхавъ въ г. Кемь, остановился на «Генеральской» отводной квартирѣ *). Во время дѣятельности Отряда на Мурманѣ, персоналъ, въ томъ числѣ и врачъ, пользуется правомъ бесплатныхъ разѣздовъ на прекрасно обставленныхъ океанскихъ пароходахъ Товарищества Мурманскаго Срочнаго пароходства. Словъ нѣтъ, что выѣзды съ пароходовъ во время бурь, а онѣ на Мурманѣ часты, бываетъ сопряженъ съ трудностями; но тѣмъ не менѣе изъ того, что сказано выше, нельзя не видѣть, что, переѣзды А. В. Сивре изъ Архангельска на Мурманъ и его разѣзды по Мурману во время навигаціи скитаніемъ назвать нельзя.

О больницахъ Приказа Общественнаго Призрѣнія авторъ говоритъ что онѣ *всѣ* **) отличаются грязью.

Относительно недостатковъ Приказа Общественнаго Призрѣнія, какъ учрежденія отжившаго, не можетъ быть рѣчи, объ этомъ я не спорю; но я не могу не вступить за нѣкоторыхъ товарищей, завѣдующихъ больницами, подвѣдомыми Приказу, по поводу приведеннаго выше заявленія Г. Сивре.

Съ недостаткомъ средствъ, отпускаемыхъ на содержаніе больницъ, если ихъ не откуда взять, врачъ, за рѣдкимъ исключеніемъ, подлѣлать конечно ничего не въ состояніи; но держать больницу чисто онъ можетъ—это зависитъ отъ него. Правъ въ своихъ сужденіяхъ А. В., считая грязными больницы въ Архангельскѣ, Устьицкѣ, Мезени; причѣмъ относительно больницы въ Устьицкѣ я долженъ сказать, что зданіе ея отнюдь не могло претендовать на помѣщеніе въ немъ даже примитивнаго лечебнаго учрежденія, почему въ прошломъ году оно и закрыто. Но безусловно не справедливъ онъ по отношенію къ такимъ больницамъ, какъ въ Пинежѣ, Онегѣ, Кеми, Шенкурскѣ (которую онъ, кажется, и не видѣлъ ни

*) Въ уѣздныхъ городахъ Архангельской губ. квартиръ для приѣзжающихъ по дѣламъ службы чиновниковъ дѣлятся на квартиры для штабъ, оберъ офицеровъ и для генераловъ.

**) Курсивъ мой.

разу) и проч. *) Моимъ уважаемымъ сослуживцамъ завѣдующимъ этими больницами, выражаю, по поводу навѣста на нихъ со стороны врача Сивре, мое искреннее сочувствіе.

Характеризуя дѣятельность врачей Архангельской губерніи, авторъ говоритъ о нихъ, что они здѣсь «тупѣютъ и глохнутъ», что практическая дѣятельность ихъ не удовлетворяетъ, такъ какъ подѣ часъ нѣтъ нужныхъ инструментовъ, самыхъ необходимыхъ медикаментовъ, что они ставятъ діагнозы, а лекарства нѣтъ и т. под.

Я не знаю, кого разумѣетъ А. В. подѣ именемъ отупѣвшихъ и загложившихъ врачей? Рекомендація во всякомъ случаѣ плохая и товарищи, такъ заклеянные г. Сивре, конечно признательны ему быть не могутъ. Среди ихъ есть пожилые, но большинство молодые и общей характеристикой ихъ, за небольшимъ исключеніемъ, можетъ служить то, что они, не смотря на тяжелыя условія ихъ дѣятельности, хорошо справляются со своими обязанностями, не потеряли интереса къ дѣлу и стараются идти въ уровень современныхъ требованій, предъявляемыхъ къ врачамъ вообще. Я не говорю уже о томъ, что каждый изъ нихъ по мѣрѣ возможности слѣдитъ за развитіемъ врачебной науки; но нѣкоторые время отъ времени пополняютъ свои знанія на сторонѣ: одинъ, напримѣръ, недавно занимался въ Клиническомъ Институтѣ, другой специализировался въ глазныхъ болѣзняхъ, третій въ 1900 году ѣздилъ за границу; предметникъ врача Сивре и самъ онъ были командированы для изученія бактериологіи и т. под.—Инструментами врачи обставлены удовлетворительно и, если бываетъ въ нихъ недостатокъ, то по винѣ ихъ самихъ—обыкновенно даются тѣ инструменты, кому какіе нужны: одинъ проситъ хирургическіе, другой—глазные, третій—гинекологическіе—отказа не бываетъ—выписываются цѣлые наборы; пріемные покои снабжены операціонными столами, стерилизаторами и проч.—Въ медикаментахъ тоже не можетъ быть недостатка, если врачъ предусмотрителенъ. Кромѣ годичной заготовки, они отпускаются въ теченіе года по мѣрѣ требованій, причемъ излишніе, противъ отпускаемыхъ на медикаменты суммъ, издержки сравнительно охотно оплачиваются крестьянскими обществами.—Врачу въ этомъ дѣлѣ приходится считаться съ мѣстными условіями при выпискѣ медикаментовъ—главнымъ образомъ съ большой тратой времени на перевозку ихъ, особенно во время осенней и весенней распутицъ. Недостаточно предусмотрительный врачъ, врачъ новичекъ, конечно иногда можетъ остаться безъ медикаментовъ.

Меня г. Сивре, говоря о постановкѣ дѣла врачебной помощи сельскому населенію, помянулъ добрымъ словомъ. Но, мнѣ, кажется, одна моя фамилія—

*) Въ Пинежской больницѣ есть даже хорошая операціонная, въ которой со спокойной совѣстью можно дѣлать всевозможныя операціи.

«Д-ръ Орнатскій» — сказала мало собранію, выслушавшему сообщеніе А. В. Слѣдовало мое имя связать съ моимъ служебнымъ положеніемъ и тогда дѣло было-бы яснѣе.

Говоря о фельдшерскихъ пунктахъ, докладчикъ сообщаетъ, что они «устроены чаще *) при какомъ-нибудь волостномъ Правленіи, рѣдко *) имѣютъ удовлетворительный видъ; ихъ обстановка бѣдна, количество инструментовъ крайне ограничено». Въ этихъ словахъ правды почти нѣтъ: 1) фельдшерскихъ пунктовъ при волостныхъ Правленіяхъ, когда г. Сивре служилъ въ Печорскомъ уѣздѣ, было въ губерніи *только два* *) одинъ въ с. Долгой Щели Мезенскаго уѣзда и другой, бывший единственнымъ подѣлнѣемъ врача Сивре, въ Печорскомъ уѣздѣ въ с. Устькожвѣ; но и тотъ уже болѣе года тому назадъ выведенъ въ особое помѣщеніе, — въ церковной домъ. — Обыкновенно фельдшерскіе пункты съ квартирами фельдшеровъ помѣщаются въ обывательскихъ домахъ и состоятъ изъ хорошей комнаты для пункта и квартиры фельдшера въ 1—2 комнаты и кухни. Къ чести крестьянъ Архангельской губерніи надо сказать, что они охотно несутъ расходы по найму этихъ помѣщеній и за рѣдкими исключеніями безпрекословно исполняютъ требованія Врачебнаго Отдѣленія по благоустройству пунктовъ. 2) Обставлены пункты на счеты губернскаго земскаго сбора, частію на счетъ волостей (богатыхъ). Тамъ, гдѣ обстановка приобрѣтена при содѣйствіи Врачебнаго Отдѣленія, она хорошая, заготовленная на мѣстѣ-хуже; но это въ небольшомъ числѣ пунктовъ и мало помалу они почти вездѣ замѣнены обстановкой по образцамъ Врачебнаго Отдѣленія. Обстановку пункта составляютъ: Икона (Спасителя), портретъ Государя Императора, шкафъ для медикаментъ, другой для храненія запасовъ, рабочій столъ, столъ для перевязокъ съ тремя 12 фунтовыми банками съ притертыми пробками для персвязочныхъ матеріаловъ и 2—3 такими-же бутылками для растворовъ и другими принадлежностями для перевязокъ, лампа «ergimus», 4 табурета, желѣзная кровать съ двойнымъ комплектомъ бѣлья (простыни подъ-одѣяльнички, наволочки) и байковымъ одѣяломъ, умывальникъ, 6 полотенецъ, плевальникъ, лампа, подсвѣчникъ, на подносі графинъ и стаканъ для воды, вѣшалка и вѣвѣска. Такъ обставлены съ 1895 года всѣ пункты, а самый захудалый и отдаленный, повидимому единственный хорошо знакомый А. В., Устькожвинскій — лишь года два тому назадъ.

Такую обстановку, болышею частію заготовленную въ Архангельскѣ изъ хорошаго матеріала, бѣдной назвать нельзя.

3) Инструментовъ у фельдшеровъ не мало-имъ, безъ особаго шаблона, дается все, что они могутъ примѣнить на дѣлѣ, начиная съ фельдшерскаго набора съ иглодержателемъ и кончая даже нѣкоторыми ушными инструментами.

Фельдшера уже нѣсколько лѣтъ получаютъ за счетъ особо изысканной мною суммы газету «Фельдшеръ», а нѣкоторыя волости ассигнуютъ даже особая суммы

*) Курсивъ мой.

на выписку для фельдшеровъ медицинскихъ книгъ. Положеніе ихъ и позивальныхъ бабокъ тяжелымъ, какъ то находить г. Сивре, я, за нѣкоторымъ исключеніемъ, не нахожу. Это подтверждается и тѣмъ, что не смотря на обиліе въ газетѣ «Фельдшеръ» соблазнительныхъ вызововъ фельдшеровъ въ другія губерніи, сельскіе фельдшера и бабки, не смотря на сравнительно небольшое жалованье, не оставляютъ мѣстъ и, особенно бабки, держатся ихъ крѣпко.

Объясняется это тѣмъ, что нѣкоторые кромѣ жалованья и готовыхъ квартиръ имѣютъ заработокъ за оспопрививаніе, другіе получаютъ добавочное содержаніе отъ волостей и наконецъ—населеніе Архангельской губерніи во многихъ мѣстахъ богатое и цѣнить медицинскую помощь—имѣютъ платную практику.

Все это говорить за то, что г. Сивре плохо знаетъ Архангельскую губернію *).

Это подтверждается и своеобразнымъ толкованіемъ цифръ заболеваемости, приводимыхъ авторомъ. Сопоставивъ за 1897, 1898 и 1899 годы число заболевшихъ по отношенію къ количеству населенія, А. В. исподовольно увеличеніе % заболевшихъ въ эти годы (15,6, 20,5 и 27,3) ставить въ связь съ развитіемъ эпидемій въ это время. Между тѣмъ это явленіе, помимо вліянія эпидемій, имѣетъ совершенно иное объясненіе: съ 1894—1895 годовъ начата реформа сельской части въ Архангельской губерніи, введена правильная регистрація заболевшихъ, число врачей и фельдшеровъ быстро увеличилось, составъ ихъ исподовольно улучшался, населеніе стало болѣе довѣрчиво относиться къ дѣлу врачебной помощи и вслѣдствіе этого число больныхъ стало быстро возрастать. Это подтверждается соотвѣствующими цифрами и за послѣдующіе годы. Такъ въ 1900 году при населеніи 367,887 человекъ было 128,093 заболеваній т. е. 34,8%, а въ 1901—369,611 жителей дали 137,585 заболевшихъ, или 37,2%. Цифры ревматиковъ, приводимыя Г. Сивре, тоже говорятъ за это объясненіе—въ 1897 г. было 2854 больнымъ ревматизмомъ, въ 1898—3889, 1899—5609, 1900—6928 и 1901—6783. На эти числа эпидеміи ужъ не имѣютъ никакого вліянія.

Упомянувъ о нервныхъ болѣзняхъ, врачъ Сивре говоритъ, что «классификація вѣдомостей, принятыхъ въ Архангельской губерніи, не можетъ дать правильного представленія о томъ, какія формы преобладаютъ». Это выраженіе можетъ быть объяснено только незнакомствомъ автора съ порядкомъ регистраціи больныхъ. Архангельская губернская администрація, какъ и въ другихъ губерніяхъ, обязана руководиться въ своихъ дѣйствіяхъ общими указаціями, въ томъ числѣ и относительно номенклатуры заболеваній. Послѣдняя дана Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ и конечно должна считаться обязательной. Нынѣ она замѣнена новой и также обязательной не для одной Архангельской, а и для всѣхъ другихъ губерній.

О сифилисѣ сказано всего двѣ строчки, что онъ, равно какъ и венерическія болѣзни, развиты слабѣе, чѣмъ въ Средней Россіи и распространены глав-

*) Примѣчаніе см. въ концѣ.

нымъ образомъ среди поморскаго населенія. Насколько это вѣрно, можетъ указать слѣдующій фактъ: года 4—5 тому назадъ населеніе нѣкоторыхъ обществъ Шенкурскаго (въ южной части губ.) уѣзда, удрученное массой больныхъ сифилисомъ въ своей средѣ, составило приговоръ о поголовныхъ осмотрахъ населенія этихъ обществъ. Въ виду этого туда были направлены два участковые врача со сподручнымъ медицинскимъ персоналомъ и въ будущемъ мѣстной администраціи предстоитъ еще считаться съ этимъ несчастьемъ среди жителей самаго многолюднаго и удаленнаго отъ поморья уѣзда губерніи

Разсужденія автора о судебно-медицинской практикѣ рекомендуютъ его очень плохо. Такъ онъ пишетъ, что Врачебное Отдѣленіе *требуетъ* *) отъ врачей копіи съ каждаго судебно-медицинскаго акта, что оно критикуетъ ихъ даже по части орфографіи и каллиграфіи, что вскрытіе *чаще* *) производится черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, что почти каждый случай судебно-медицинскихъ вскрытій полонъ курьезовъ.—Врачебное Отдѣленіе копіи съ актовъ вскрытія не требуетъ; ихъ врачи доставляютъ сами на основаніи закона, котораго Г. Сивре, очевидно, не знаетъ **). За все время службы моей въ Архангельской губерніи, если не ошибаюсь, была потребована копія съ акта лишь въ одномъ случаѣ, касавшемся женщины, умершей въ родахъ, при чемъ обвинялся врачъ. Слухи объ этомъ достигли Врачебнаго Отдѣленія; не получая копіи акта, оно потребовало ее отъ врача, производившаго вскрытіе.

Представляемыя врачами копіи судебно-медицинскихъ актовъ Врачебное Отдѣленіе дѣйствительно разсматриваетъ. Дѣлается это во 1-хъ изъ вниманія къ трудамъ товарищей, представляющихъ копіи, и во 2-хъ съ цѣлю руководства ихъ въ ихъ дѣйствіяхъ, какъ судебныхъ врачей. Промахи, и по части изслѣдованія и по части изложенія и внѣшности актовъ, бывають конечно нерѣдко; о нихъ говорить въ Судѣ. Врачебное Управленіе равнодушно къ этому относиться не можетъ и ставить себя въ обязанность дѣлать все зависящее, чтобъ врачи были на возможной высотѣ и въ случаяхъ судебно-медицинскихъ изслѣдованій. Дѣлая товарищамъ указанія, разъясненія, давая знать, что за каждымъ дѣйствіемъ ихъ существуетъ наблюденіе, Врачебное Управленіе достигло того, что нѣкоторые врачи могутъ быть солидными экспертами даже въ сложныхъ судебно-медицинскихъ вопросахъ. «Врачебное Управленіе, контролируя дѣйствія врачей по судебно-медицинской части, обязано не только исправлять дѣйствія сіи, если они не соотвѣтствуютъ требованіямъ закона и науки, но и руководствовать врачами въ пріобрѣтеніи необходимыхъ по этой части знаній и опытности»,—говоритъ одинъ старый циркуляръ Меди-

*) Курсивъ мой.

**) Ст. 1338 Устава Врачебн. «съ переданнаго врачомъ слѣдователю акта осмотра врачъ обязанъ точную копію представить въ Губернское Врачебное Управленіе».

цинскаго Департамента, *) который не можетъ потерять значенія и въ будущемъ.

Вотъ одинъ изъ свѣжихъ образчиковъ, какъ пишутся судебно-медицинскіе акты. Привожу лишь собственноручно написанное мнѣніе и заключеніе одного эксперта съ сохраненіемъ орфографіи. «Мнѣніе. Во избѣжаніе различнаго рода догадокъ и предположеній въ вопросѣ, отъ чего именно послѣдовала смерть Б., достаточно указать на то обстоятельство, какое имѣетъ значеніе, самый по видимому ничтожный, и хотя бы, какой-бы то ни было ушибъ по головѣ; разъ онъ и тутъ оказался, а потому уже самый вопросъ о причинѣ смерти потерпѣвшаго становится живымъ и основательнымъ. По даннымъ Судебно-медицинскаго вскрытія при наружномъ осмотрѣ трупа, громадное значеніе имѣетъ найденный кровоподтекъ въ области орбиты лѣваго глаза, по величинѣ своей занимающій мѣсто, отъ надбровной кости, вверхъ по направленію костей черепа и спускающійся внизъ по направленію затылочной кости, имѣющій видъ инфильтрированной опухоли чернаго бурого цвѣта, по вскрытіи, которой истекла кровь въ значительномъ количествѣ. Эта опухоль послѣдовала отъ нанесеннаго удара Б. его противникомъ, тяжеловеснымъ орудіемъ—топоромъ, который почти всегда находится у каждаго крестьянина съ нимъ неразлучно, такъ, что довольно нанести нимъ одинъ сильный ударъ, что-бы послѣдовало отъ него смертельное сотрясеніе мозга, а за симъ и моментальная смерть. Что-же касается кровоизліяній въ мозгѣ, то это самое обыкновенное явленіе, встрѣчающееся послѣ нанесенія сильныхъ ударовъ по головѣ, а въ данномъ случаѣ, должно быть принято во вниманіе то обстоятельство, что, какъ на тѣлѣ трупа, кромѣ вышепаванной опухоли, не оказалось ни малѣйшихъ наружныхъ поврежденій и ранъ, путемъ, которыхъ могла-бы истекать кровь наружу, а сосредотачиваясь въ полости черепа и другихъ органахъ тѣла, дополняетъ лишь только картину кровоизліяній и переполненій, найденныхъ при внутреннемъ осмотрѣ трупа. Не подлежитъ сомнѣнію, что смерть потерпѣвшаго была моментальная, послѣдовавшая отъ одного удара нанесеннаго ему, его противникомъ, а потому не какимъ образомъ онъ не могъ прійти въ чувства и сознавать себя, однимъ словомъ довольно было одного сильного удара по головѣ, для того, чтобы послѣдовала мгновенная смерть.

Заключеніе. Суммируя данныя Судебно-Медицинскаго вскрытія, какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи трупа, заключаю, что самую ближайшую причину смерти, А. О. Б. было: Сотрясеніе мозга. (Commotio cerebri) и что онъ тутъ-же въ самомъ непродолжительномъ времени, будучи уже мертвымъ былъ брошенъ въ воду. Что сей Судебно-Медицинскій актъ составленъ мною по самой сущей правдѣ, согласно долгу службы и присяги и по всѣмъ правиламъ Медицины, въ томъ надлежащимъ подписомъ и приложеніемъ казенной печати

*) 19 Апрѣля 17 Ноября 1843 г.

удостоверяю. Дня 6 Сентября 1902 года».—Насколько правъ г. Сивре въ своихъ сужденіяхъ, мнѣ кажется, дѣло говорить за себя. Такіе акты игнорировать нельзя.

Выраженіе автора, что вскрытіе въ Архангельской губерніи *чаще производится черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ смерти* *), далеко отъ истины. Это можно видѣть изъ слѣдующихъ данныхъ, взятыхъ изъ нѣсколькихъ безъ выбора актовъ за недавнее время:

Кто производилъ вскрытіе.	Имя и фамилія умерш.	Время смерти или когда найденъ трупъ.	День изслѣдованія.
Мезенскій уѣзд. врачъ . . .	Екатерина Шувалова.	13 Апрѣля.	16 Апрѣля.
Онежскій уѣзд. врачъ . . .	Михаилъ Малютинъ.	26 Апрѣля.	2 Мая.
Шенкурскій уѣзд. врачъ . .	Неизвѣстный ребенокъ.	26 Мая.	28 Мая.
Шенкурскій сельскій врачъ .	Василій Прялухинъ.	29 Апрѣля.	30 Апрѣля переислѣдованіе 26 Мая.
Онежскій уѣздный врачъ . .	Арсеній Шерстениковъ.	1 Іюня	3 Іюня
Пинежскій уѣздный врачъ . .	Михаилъ Титовъ.	27 Сентября 1901 года.	Декабря 22.

Позднія судебно-медицинскія вскрытія конечно бываютъ, но сравнительно рѣдко.

Праву, что почти каждый случай судебно-медицинскихъ вскрытій «полонъ курьезовъ, перечислить, которыхъ нѣтъ возможности»,—слѣдуетъ считать голословной. Въ какомъ видѣ г. Сивре представляетъ и мѣстныхъ дѣятелей слѣдственной власти и своихъ товарищей, большая часть которыхъ сравнительно недавно еще кончила курсъ Медицинскихъ наукъ и по своему образовательному цензу стоитъ отнюдь не ниже его?! Ужели ужъ они всѣ такъ плохи, странны, оригинальны, что одно изъ главныхъ дѣйствій слѣдственного производства судебно-медицинское изслѣдованіе—въ ихъ рукахъ можетъ быть предметомъ осмѣянія? Обвиненіе крайне тяжелое и оно должно лежать всецѣло на совѣсти автора!—Этимъ я кончаю свои замѣчанія.

Въ заключеніе покорнѣйше прошу Васъ въ возможно скоромъ времени дать мѣсто настоящему разъясненію на страницахъ изданія трудовъ руководимаго Вами Общества и о послѣдующемъ не оставить меня увѣдомленіемъ.

Съ истиннымъ почтеніемъ и преданностію имѣю честь быть готовый къ услугамъ

Д-ръ Орнатскій.

*) Курсивъ мой.

ПРИМѢЧАНІЕ. Прѣхавшій недавно на службу въ Архангельскую губернію въ роли Помощника Врачебнаго Инспектора д-ръ Розановъ, бывшій ранѣе 13 лѣтъ земскимъ врачомъ, познакомившись съ постановкой дѣла врачебной помощи сельскому населенію въ уѣздахъ Архангельскомъ, Онежскомъ, Печенгскомъ и отъ части въ Кемскомъ и Александровскомъ, въ своемъ отчетѣ высказалъ слѣдующее: «мелкіе недостатки и неурядицы, найденныя при обзорѣ фельдшерскихъ пунктовъ, зависѣвшіе отъ мѣстныхъ условій, отъ незнанія или недостаточнаго серьезнаго отношенія къ своимъ обязанностямъ фельдшеровъ, устранялись и исправлялись на мѣстѣ и не заслуживаютъ описанія и перечисленія въ отдѣльности.

Помѣщенія и обстановка врачебныхъ и фельдшерскихъ пунктовъ, за весьма малыми исключеніями, найдены вполне удовлетворяющими своему назначенію и тѣмъ запросамъ, которые предъявляются въ настоящее время населеніемъ къ врачебной помощи. Нельзя не замѣтить, что при устройствѣ новыхъ пунктовъ на снабженіе ихъ всѣмъ необходимымъ обращалось особенное вниманіе и затрачено много времени, труда и средствъ, чтобы обставить фельдшерскіе пункты по возможности лучше. Лицу знакомому съ врачебными учрежденіями только въ земскихъ губерніяхъ внѣшность фельдшерскихъ пунктовъ Архангельской губерніи бросается въ глаза и производитъ пріятное впечатлѣніе. Не было нигдѣ и недостатка въ медикаментахъ и перевязочныхъ матеріалахъ.

Подводя итоги и основываясь на своемъ личномъ опытѣ пріобрѣтенномъ 13 лѣтней земской службой, я прихожу къ заключенію, что дѣло подачи врачебной помощи населенію Архангельской губерніи поставлено совершенно правильно и что земству, если оно введено будетъ въ Архангельской губерніи, не придется начинать все сначала, какъ это было 40 лѣтъ тому назадъ въ другихъ губерніяхъ Россіи, а предстоитъ только взять въ свои руки уже устроенное и заботиться о поддержаніи и расширеніи существующаго.

Если принять во вниманіе, что населеніе Архангельской губерніи въ теченіе длиннаго ряда лѣтъ знало врачей только по городамъ, въ деревняхъ же встрѣчалось съ ними чаще по судебно-медицинскимъ дѣламъ, то успѣхъ сельско-врачебной организаціи является несомнѣннымъ».

Д-ръ Орнатскій.

Отвѣтъ д-ру *Орнатскому* по поводу моей статьи „Медико-санитарное состояніе Сѣвера Европейской Россіи“... *)

«Все обстоитъ благополучно» — вотъ девизъ чиновника всего свѣта и всѣхъ временъ. Къ счастью въ Россіи со временъ великихъ реформъ, со введеніемъ земскихъ учрежденій, этотъ подчасъ смѣшной, подчасъ жестокій принципъ сталъ терять свое прежнее значеніе и типъ гоголевскаго чиновника сталъ постепенно вымирать. Отрадно видѣть, какъ въ тяжелые дни голода и эпидемій земство и администрація быстро откликаются на нужды населенія и дѣлаютъ все, что только могутъ.

Я помню тяжелую годину голода въ центрѣ Россіи, помню, какъ правительство и земство, отнюдь не замалчивая, выясняло нужды населенія и спѣшило подать помощь и помощь дѣйствительно была велика. Цынга, которая постигала въ послѣдніе годы наши среднія губерніи, вызвала такія мѣры, о которыхъ нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ нельзя было и мечтать.

А что нашъ Сѣверъ? Развѣ тамъ не замалчиваютъ, когда бываетъ голодъ? (Прочтите замѣтки въ «Сѣверномъ Краѣ»). А цыготные тамъ развѣ пользуются большимъ вниманіемъ? И, право, если-бы не научно-промысловая экспедиція на Мурманѣ, такъ пожалуй тамъ и вовсе забыли-бы о существованіи цынги. Типъ дореформеннаго чиновника еще такъ сохранился въ Архангельской губерніи, что даже отводныя квартиры уѣздныхъ городовъ тамъ дѣлятся на генеральскія, штабныя и оберъ-офицерскія и такіе люди, какъ д-ръ Орнатскій, считаютъ видимо очень важнымъ отмѣтить, кто, гдѣ останавливается.

Сдѣлавши въ декабрѣ 1901-го года въ нашемъ обществѣ краткое, предварительное сообщеніе о «медико санитарномъ состояніи Сѣверо Европейской Россіи», я успѣшилъ въ маѣ 1902 года роздать отдѣльные оттиски (какъ только получилъ ихъ изъ Казани) нѣкоторымъ врачамъ и администраторамъ Архангельска.

*) Отвѣтъ прочитанъ д-ромъ Сивре въ засѣданіи Общества послѣ чтенія письма д-ра Орнатскаго.

ской губерніи. Демонстрируя снова діапозитивы, я постараюсь въ краткихъ чертахъ напомнить Обществу о содержаніи моей статьи *).

Я долго ждалъ отвѣта и возраженій и наконецъ дождался слабого отклика съ далекаго Сѣвера: «здѣсь все обстоитъ благополучно».

«Состоя на службѣ въ Архангельской губерніи съ 1894 г., пишетъ намъ д-ръ Орнатскій, и, какъ Врачебный Инспекторъ, будучи знакомъ съ санитарнымъ состояніемъ ея и положеніемъ дѣла врачебной помощи населенію болѣе, чѣмъ кто-либо другой, я со своей стороны считалъ-бы умістнымъ сдѣлать о сообщеніи А. В. нѣсколько замѣчаній».

Можно порадоваться за такого образцоваго чиновника, который болѣе, чѣмъ кто-либо другой, знакомъ со своимъ краемъ. Но такъ-ли это г. Орнатскій? Сколько разъ Вы были съ 1894 по 1900 годъ хотя-бы въ пресловутомъ Устькожвинскомъ фельдшерскомъ пунктѣ? Ни одного. Вы посѣтили этотъ пунктъ только въ концѣ 1901 года, въ то время, когда онъ былъ перемѣщенъ въ другой, къ счастью лучший, домъ. Сколько разъ Вы были въ торгово-промышленномъ центрѣ Печорскаго края—въ Ижмѣ—и въ Мохченскомъ пр. покоѣ до половины 1901 года? Ни одного. Сколько разъ Вы были за 8 лѣтній срокъ своей службы на Мурманскомъ берегу и по долго-ли тамъ оставались? Были-ли Вы хоть когда-нибудь въ Вайдо-Губскомъ и Кибергскомъ пр. покояхъ?

Какъ часто Вы посѣщали край можно судить по тому, что въ теченіе моей почти четырехлѣтней службы, я не разу не видалъ Васъ въ своемъ участкѣ. Вы очевидно довольствуетесь литературными данными,—довольствуйтесь, читайте рапорты участковыхъ врачей и фельдшеровъ, но не будьте такъ смѣлы, чтобы называть себя знатокомъ края.

Въ своей статьѣ я описалъ только то, что я видалъ. Я доказалъ это тѣмъ, что демонстрировалъ діапозитивы и фотографіи, снятыя моимъ собственнымъ фотограф. аппаратомъ. Послѣ моей статьи я еще почти годъ провелъ на Сѣверѣ, снова проѣхалъ все Поморье, Корелію и Лапландію, но взглядовъ своихъ не измѣнилъ. Напротивъ я увидалъ ужасную Губернскую Больницу Приказа Общ. Признанія съ дореформеннымъ отдѣленіемъ для душевно-больныхъ. Нѣтъ словъ, чтобы описать тяжелое положеніе несчастныхъ больныхъ (хрониковъ и особенно душевно-больныхъ). Но я не останавливаюсь теперь на этомъ, такъ какъ впоследствии подробно опишу нашу сѣверную медицину.

Д-ръ Орнатскій упрекаетъ меня въ томъ, что я не пользовался литературой края и цифровыми данными, когда писалъ свое сообщеніе. Что касается литературы края, она не велика и, насколько съ ней знакомъ д-ръ Орнатскій, я не знаю; но онъ изъ моей статьи «Цыга на Мурманѣ» могъ видѣть, что даже по такому частному вопросу я привелъ среди другихъ авторовъ Книпповича, Гулевича и Мор-

*) При этомъ были продемонстрированы 63 діапозитива и нѣсколько фотографій съ соответствующимъ объясненіемъ.

котуна, изучавшихъ Сѣверь. Я не ссылаясь на авторовъ въ своей статьѣ, такъ какъ желалъ придать ей характеръ предварительнаго сообщенія. Но о цифровыхъ данныхъ лучше-бы д-ръ Орнатскій и не упоминалъ. Я случайно сохранилъ цифры годовыхъ отчетовъ Архангельскаго Врачебнаго Отдѣленія за слѣдующіе годы:

Число жителей къ 1 января 1898 г. (по отчету 1897 года)—369307. Родилось въ 1898 году 14849, умерло 8234; слѣдов. приростъ населенія равенъ 6595 т. е. къ 1 января 1899 года должно быть населенія 375902, а мы видимъ въ отчетѣ за 1898 годъ, что количество населенія равно 375802 т. е. ошибка на 100 человекъ. Далѣе въ 1899 году родилось 15171, умерло 8640, слѣдс. приростъ населенія равенъ 6531 т. е. къ 1 января 1900 года населенія должно быть 382433, а мы читаемъ въ отчетѣ за 1899 годъ, что число жителей къ 1 января 1900 года равно 358913 т. е. допущена ошибка на 23520 человекъ.

Какъ-же пользоваться цифровыми данными, когда здѣсь допускаютъ такіа грубыя ошибки. Я крайне жалѣю, что не выписалъ еще такихъ цифръ за другіе годы, но полагаю, что и эти достаточно краснорѣчивы, чтобы судить о правильности взглядовъ д-ра Орнатскаго на санитарное состояніе края.

Далѣе, Моркотунъ въ своей статьѣ: «Характеръ заболѣваній въ полярныхъ странахъ Европы»,—пишетъ: «огромная растянутасть врачебныхъ участковъ, почти самостоятельное (въ силу того-же громаднаго разстоянія) веденіе отчетности фельдшерами, завѣдующими большими участками въ уѣздѣ,—все это въ высшей степени подрываетъ точность медицинскихъ записей не только въ количественномъ, но и въ качественномъ отношеніи».

Итакъ руководиться цифровыми данными Врачебнаго отдѣленія нѣтъ никакого научнаго основанія и я снова повторяю свои слова: «къ несчастію статистика, по которой можно придти къ тѣмъ или другимъ выводамъ ведется такъ, что пользоваться ею можно съ крайней осторожностью. Критеріемъ точности цифръ можетъ служить лишь собственный опытъ».

Далѣе д-ръ Орнатскій заявляетъ, что я слишкомъ мало служилъ въ Архангельской губерніи, чтобы «смѣть свое сужденіе имѣть» и вотъ предъ нами чуть-ли не выписки изъ моего формулярнаго списка: съ 29 марта 1899 г. по 31 августа 1900 г. былъ печерскимъ сельскимъ врачомъ, съ 10 октября 1900 г. по 15 января 1901 г. былъ мезенскихъ уѣзднымъ и въ «началѣ» марта 1901 г. отправился во главѣ отряда «Краснаго Креста» на Мурманъ, гдѣ и пробылъ до конца августа того-же года. Отсюда выводъ, что я могъ познакомиться съ южной частью Печерскаго уѣзда, съ сѣверной частью Мезенскаго и Мурманомъ, по остальнымъ я проѣхалъ на почтовыхъ.

Видимо д-ръ Орнатскій забылъ, что надо всю восточную половину Архангельской губерніи проѣхать, чтобы попасть на Печору. Проѣзжая три раза Холмогоры и Пинегу, проѣзжая по южной части Мезенскаго уѣзда я не могъ не познакомиться съ этими мѣстами. Д-ръ Орнатскій говоритъ, что въ Печерскомъ

уѣздъ я знакомъ лишь съ его южной частью; но это, выражаясь деликатно, совершенная неправда: Печерскій уѣздъ я извѣдиль въ 1½ года изъ края въ край: отъ «Саблы» Уральскаго хребта, отъ р. Ухты, отъ с. Колвы (на р. Усѣ) до устья Печеры. Если бы д-ръ Орнатскій потрудился порыться въ бумагахъ, то онъ нашелъ-бы, что 8 или 9 (точно не помню) августа 1900 г. виѣстъ съ мировымъ судьей Катарскимъ и осматривалъ трупъ кр. Кожевиной въ дер. Макаровской Пустоозерской волости; а эта деревня находится въ самой сѣверной части Печорскаго уѣзда. Читая далѣе его выписку становится непонятнымъ, гдѣ я пропадалъ съ 31 августа по 10 ноября, а между тѣмъ 4 или 5 сентября съ тѣмъ-же г. Катарскимъ я снова былъ въ д. Макаровской при допросѣ свидѣтелей по тому-же дѣлу. Послѣ чего я сѣлъ на океанскій пароходъ «Сергій Витте» и отправился въ Архангельскъ, гдѣ и пробылъ съ 12 по 17 сентября; съ этого числа по 2 октября я былъ въ пути до Казани и обратно, а съ 5 по 9 ѣхалъ черезъ Холмогоры, Шинегу въ Мезень. Я не буду перечислять свои маршруты—это заняло-бы слишкомъ много времени, да кромѣ того всякому понятно, что на Печеру, въ Архангельскъ, въ Мезень, на Мурманъ и т. д. я не переносился по воздуху. а ѣздилъ по той самой Архангельской губернии, которую сталъ описывать.

Если говорить, что я мало успѣлъ познакомиться съ краемъ, то какъ-же д-ръ Орнатскій считаетъ себя знатокомъ края, когда онъ при своихъ ревизіяхъ нигдѣ не останавливается дольше одного-двухъ дней.

Александровскій уѣздъ мнѣ хорошо знакомъ: отъ р. Пазы до станов. Восточной Лицы нѣтъ угла, гдѣ я не побывалъ-бы, о чемъ свидѣлствуютъ мои фотографіи. Я дважды временно исп. обяз. Александровскаго уѣзднаго врача и этотъ уѣздъ извѣдиль я на оленяхъ, въ лодкахъ; на различныхъ пароходахъ и много исходилъ пѣшкомъ.

Д-ръ Орнатскій упрекаетъ меня въ незнаніи быта поморовъ, корель и лопарей. Если даже согласиться съ нимъ, что изучать бытъ нельзя, лишь проѣзжая по странѣ, то онъ долженъ знать, что на Мурманѣ ежегодно сѣзжаются до 6 тысячъ поморовъ изъ Кемскаго и Онежскаго уѣздовъ, почти всѣ лопари изъ глубины Лапландіи и много корель; живутъ они вдѣсь съ марта (нѣкоторые съ конца мая) до конца августа—срокъ достаточный, чтобы можно было съ ними познакомиться. Этотъ фактъ видно забылъ д-ръ Орнатскій. Мнѣ незнакомъ лишь Шенкурскій уѣздъ и онъ меня мало интересуетъ, такъ какъ по бытовымъ чертамъ онъ ближе стоитъ къ Олонецкой и Вологодской губ., а меня интересуетъ окраина Сѣвера.

Разбирая далѣе мою статью, д-ръ Орнатскій прицѣпился къ слову «скитаніе»; онъ не можетъ допустить, что-бы врачи въ Архангельской губ. могли скитаться,—нѣтъ «у насъ все обстоитъ благополучно». И вотъ полились странныя фразы. Надо удивляться, какъ д-ръ Орнатскій сдѣлалъ уступку и призналъ существованіе «трудностей передвиженія» въ Печорскомъ краѣ, которыхъ кстати ска-

затѣ онъ, рахѣвая съ лакеемъ, никогда не испытывалъ. На Мурманѣ г-ну Орнатскому пришлось проѣхать одинъ или два раза на «отличномъ океанскомъ пароходѣ» и онъ думаетъ, что всѣ такъ ѣздить; плохо онъ знаетъ Мурманъ. Съ марта мѣсяца намъ приходится въ ледяныя штормы выѣзжать на пароходы, намъ приходится ѣздить по открытому океану въ шнякахъ и елахъ (большія лодки), мы мерзнемъ на открытыхъ берегахъ Ледовитаго океана цѣлыми часами ожидая парохода, и ѣздимъ на оленяхъ черезъ скалы безъ всякихъ дорогъ. Видимо д-ръ Орнатскій не знаетъ, что на Мурманѣ, на Териберскомъ кладбищѣ стоитъ чугунный крестъ надъ могилой фельдшера, утонувшаго «при исполненіи служебныхъ обязанностей». Я не буду перечислять всѣ «трудности» передвиженій, не буду описывать, какъ на Мурманѣ я трижды былъ на волоскѣ отъ смерти, а на р. Ижмѣ дважды былъ подо льдомъ, но упомяну только, что съ 1 сентября 1900 г. по 1 сентября 1901 г. т. е. въ 1 годъ я проѣхалъ по Архангельской губерніи 12 тысячъ верстъ. Развѣ это не скитаніе?

Защищая далѣе принципъ «все обстоитъ благополучно», д-ръ Орнатскій не можетъ однако не сдѣлать уступки и долженъ скрѣпя сердце согласиться, что въ Архангельскѣ, Мезени и Устьцымѣ больницы грязны; но, если поторговаться, такъ онъ уступить и еще: грязна новая больница въ Александровскѣ и, не смотря на мое глубокое уваженіе къ д-ру Багрянскому, воспитаннику Казанскаго Университета, я не могу назвать чистой и Кемскую больницу. Разумѣется я никогда не сталъ-бы обвинять въ этомъ врачей, какъ это дѣлаетъ д-ръ Орнатскій; нѣтъ, виноваты тѣ условія, въ которыя поставлены наши бѣдные товарищи. «Съ недостаткомъ средствъ, пишетъ д-ръ Орнатскій, отпускаемыхъ на содержаніе больницъ, если ихъ не откуда взять, врачъ, за рѣдкимъ исключеніемъ (?) подѣлать конечно ничего не въ состояніи; но держать больницу чисто онъ можетъ—это зависитъ отъ него». Проще говоря, врачъ самъ долженъ полы мыть, бѣлье стирать и проч. или, какъ это случилось въ Мезени, члены совѣта больницы, въ томъ числѣ и я, должны были платить больничной прислугѣ свои деньги.

Особенно взволновало д-ра Орнатскаго мое выраженіе, что врачи въ Архангельской губерніи «тупѣютъ и глохнутъ». «Я не знаю, говоритъ онъ, кого разумѣетъ А. В. подъ именемъ отупѣвшихъ и загложшихъ врачей». Не безпокойтесь д-ръ Орнатскій, не думайте, что я «разумѣю» подъ этимъ именемъ докторовъ, бредящихъ вѣматочной беременностью; нѣтъ, я говорилъ объ общемъ научномъ уровнѣ уважаемыхъ товарищей; съ горькимъ чувствомъ на сердцѣ я отмѣчалъ грустный фактъ и давалъ ему объясненіе. Я винилъ не врачей, а ту среду, тѣ тяжелыя условія, куда попадали они. Я самъ въ то время былъ врачомъ Архангельской губерніи и потому толковать мои слова, какъ «клеимо» или оскорбленіе—странно. Къ великому моему удивленію въ письмѣ д-ра Орнатскаго, полномъ противорѣчій, я нашелъ грустное подтвержденіе моихъ словъ. Я осмѣлюсь повторить мнѣніе врача-эксперта, приведеннаго въ письмѣ д-ра Орнатскаго.

«Мнѣніе. Во избѣжаніе различнаго рода догадокъ и предположеній въ вопросѣ, отъ чего именно послѣдовала смерть Б., достаточно указать на то обстоятельство, какое имѣетъ значеніе, самый по видимому ничтожный, и хотя бы, какой-бы то ни было ушибъ по головѣ; разъ онъ и тутъ оказался, а потому уже самый вопросъ о причинѣ смерти потерпѣвшаго, становится живымъ и основательнымъ. По даннымъ Судебно-медицинскаго вскрытія при наружномъ осмотрѣ трупа, громадное значеніе имѣетъ найденный кровоподтекъ въ области орбиты лѣваго глаза, по величинѣ своей занимающей мѣсто, отъ надбровной кости, вверхъ по направленію костей черепа и спускающійся внизъ по направленію затылочной кости, имѣющей видъ ифилтрированной опухоли чернобураго цвѣта, по вскрытіи, которой истекала кровь въ значительномъ количествѣ. Эта опухоль послѣдовала отъ нанесенна, го удара Б. его противникомъ, тяжеловеснымъ орудіемъ—топоромъ, который почти всегда находится у каждаго крестьянина съ нимъ неразлучно, такъ, что довольно нанести имъ одинъ сильный ударъ, что-бы послѣдовало отъ него смертельное сотрясеніе мозга, а за симъ и моментальная смерть. Что-же касается кровоизліяній въ мозгѣ, то это самое обыкновенное явленіе, встрѣчающееся послѣ нанесенія сильныхъ ударовъ по головѣ, а въ данномъ случаѣ, должно быть принято во вниманіе то обстоятельство, что, какъ на тѣлѣ трупа, кромѣ вышеназванной опухоли, не оказалось ни малѣйшихъ наружныхъ поврежденій и ранъ, путемъ которыхъ могла-бы истекать кровь наружу, а сосредотачиваясь въ полости черепа и другихъ органахъ тѣла, дополняетъ лишь только картину кровоизліяній и кровоперсполненій, найденныхъ при внутреннемъ осмотрѣ трупа. Не поддажись сомненію, что смерть потерпѣвшаго была моментальная, послѣдовавшая отъ одного удара нанесеннаго ему, его противникомъ, а потому не коимъ образомъ онъ не могъ прійти въ чувства и сознавать себя, однимъ словомъ довольно было одного сильного удара по головѣ, для того, чтобы послѣдовала мгновенная смерть.

Заключеніе. Суммируя данныя Судебно-Медицинскаго вскрытія, какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи трупа, заключаю, что самую ближайшую причину смерти, А. Ф. Б. было: Сотрясеніе мозга (*Commotio cerebri*) и что онъ тутъ-же въ самомъ непродолжительномъ времени, будучи уже мертвымъ былъ брошенъ въ воду. Что сей Судебно-Медицинскій актъ составленъ мною по самой сущей правдѣ, согласно долгу службы и присяги и по всѣмъ правиламъ Медицины, въ томъ надлежащимъ подписомъ и приложеніемъ казенной печати удостоверяю. Дня 6 Сентября 1902 года».

Что это?

Развѣ все это не убѣждаетъ въ правотѣ моихъ словъ? Я узнаю чье это произведеніе. Это одинъ старый врачъ одного изъ ближайшихъ къ Архангельску сельскихъ участковъ. Мнѣ еще въ 1900 году пришлось познакомиться съ его подобными протоколами.

Бѣдный товарищъ! Ты много потрудишься на пользу человѣка; ты уйдешь на окраину, чтобы спасти свою семью отъ нужды и горя. Отдѣленный отъ

всего культурнаго міра, состарившись раньше времени, ты заглохъ и забылъ медицину, но ты не забылъ, какъ я знаю, священнаго факультетскаго общанія; а твой старшій братъ не забылъ-ли и его? Онъ не постыдился выставить тебя къ позорному столбу и первый бросилъ въ тебя камнемъ. Я шлю тебѣ, бѣдный товарищъ, мое искреннее сочувствіе.

Далѣе д-ръ Орнатскій пишетъ: «меня г. Сивре, говоря о постановкѣ дѣла врачебной помощи сельскому населенію, помянулъ добрымъ словомъ. Но, мнѣ кажется, одна моя фамилія—д-ръ Орнатскій—сказала мало собранію, выслушавшему сообщеніе А. В. Слѣдовало мнѣ имя связать съ моимъ служебнымъ положеніемъ и тогда дѣло было-бы яснѣе». Какъ понять эту фразу? Если онъ не доволенъ что я не отрекомендовалъ его Обществу, то я спѣшу сообщить, что онъ служитъ въ Архангельскѣ исп. должн. врачебнаго инспектора, но болѣе подробнаго его curriculum vitae я къ несчастію не знаю. Или онъ хочетъ сказать, что помянуть его добрымъ словомъ не за что, такъ какъ онъ дѣлалъ все не по доброй волѣ, а по обязанности? Словомъ для меня является совершенно непонятнымъ почему дѣло стало-бы яснѣе, если-бы я упомянулъ, что онъ Врачебный Инспекторъ.

Читая далѣе мы находимъ, что «все обстоитъ благополучно»: инструментовъ—сколько угодно, медикаментовъ—хоть отсыпай, обстановка богатая и т. п. Въ доказательство приводится списокъ предметовъ фельдшерскаго пункта; но лучше-бы этотъ списокъ не опубликовывать; тогда не такъ была-бы извѣстна бѣдная обстановка фельдшерскихъ пунктовъ въ Архангельской губерніи.

Плохо д-ръ Орнатскій читаетъ книги фельдшерскихъ пунктовъ, гдѣ записываются результаты ревизіи участковаго врача: онъ не сказалъ-бы, что знакомъ мнѣ единственно олимп. Устькожвинскій пунктъ, если-бы просмотрѣлъ книги Дорогорскаго, Долгощельскаго, Кольскаго и др. пунктовъ. Я по недѣлямъ жилъ въ тѣхъ пунктахъ, гдѣ самъ онъ никогда не бывалъ (Кибергъ, Вайдо-Губа). Не откажется-ли послѣ этого д-ръ Орнатскій отъ своихъ словъ?

Чтобы понять, какъ снабжены инструментами фельдшера, достаточно прочитать слѣдующія слова д-ра Орнатскаго: «инструментовъ у фельдшеровъ не мало—имъ, безъ особаго шаблона, дается все, что они могутъ примѣнить на дѣлѣ, начиная съ фельдшерскаго набора съ иглодержателемъ и кончая даже нѣкоторыми ушными инструментами».—Иглодержатель и даже, *horribile dictu*, нѣкоторыя (?) ушные инструменты!

Д-ръ Конаржевскій въ своей замѣткѣ въ Руск. Медицинскомъ Вѣстникѣ (1902 г. Августъ) въ рѣзкихъ краскахъ описываетъ бѣдную, грязную обстановку пр. покоевъ.

«Подобнаго рода, пишетъ онъ, постановку сельской медицины иначе нельзя назвать, какъ злымъ издѣвательствомъ надъ доктринами современной науки и невольной профанациі клиническо-больничной медицины».

Говоря далѣе о положеніи фельдшеровъ и повивальныхъ бабокъ, д-ръ Орнатскій увѣряетъ, что всѣмъ такъ живется хорошо, что они никуда не ѣдутъ изъ Архангельской губ.; видно забылъ онъ, что фельдшера и бабки первые 1½—3 года почти всѣ служатъ по обязанности, а потомъ ужъ трудно оттуда выбраться.

Я удивляюсь тону письма д-ра Орнатскаго, гдѣ онъ упрекаетъ въ незнаніи порядка регистраціи больныхъ меня, приславшаго за свою почти 4-хъ лѣтнюю службу массу различнаго рода вѣдомостей. Знаю я, что номенклатура дана Медицинскимъ Департаментомъ, но я знаю также и то, что по чѣму-то недосмотру врачамъ и фельдшерамъ разсылаются такіе бланки, гдѣ не помѣчены «болѣзни зубовъ», «болѣзни полости рта и зѣва» и проч. Къ счастью я могу представить здѣсь одну изъ такихъ вѣдомостей *). Надѣюсь, что обвинять въ этомъ Медицинскій Департаментъ, положительно нельзя.

Говоря о сифилисѣ въ своей статьѣ, я упомянулъ, что онъ развитъ слабѣе, чѣмъ въ средней Россіи. Д-ръ Орнатскій сообщаетъ, что въ Шенкурскомъ уѣздѣ въ нѣкоторыхъ обществахъ составленъ приговоръ о поголовномъ осмотрѣ, такъ какъ-де тамъ много сифилитиковъ.

Поголовный осмотръ и поголовный сифилисъ—понятія различныя и д-ръ Орнатскій, желая меня опровергнуть, долженъ былъ 1) представить въ доказательство своей правоты результатъ командировки двухъ врачей съ сподручнымъ медич. персоналомъ и 2) вспомнить, что въ Средней Россіи есть волости поголовно зараженныя сифилисомъ, чего нѣтъ нигдѣ въ Архангельской губерніи.

Касаясь судебно-медицинской практики д-ръ Орнатскій увѣряетъ, что Врачебное Отдѣленіе не требуетъ копій съ протоколовъ, а врачи сами присылаютъ ихъ на основаніи существующаго закона и тутъ-же, очевидно ради противорѣчія, представляетъ случай, гдѣ Врачебное Отдѣленіе потребовало такую копію.

Этотъ случай вызываетъ у меня тяжелыя воспоминанія о несчастномъ товарищѣ д-рѣ Д., моемъ предшественникѣ по мѣсту въ Мезени; обвиненный въ неправильной подачѣ акушерской помощи, не имѣя ни откуда поддержки, онъ пережилъ много горя и вышелъ въ отставку. Когда я пріѣхалъ въ Мезень, то оказалось, что изъ акушерскихъ инструментовъ тамъ были одни лишь старые, заржавленные щипцы Naegeli. Спрашивается какъ-же д-ръ Д. долженъ былъ подавать помощь?

Но обратимся снова къ письму д-ра Орнатскаго. Оказывается, что копіи съ протоколовъ рассматриваются «во 1-хъ изъ вниманія къ трудамъ товарищей» (какая любезность!) и «во 2-хъ съ цѣлью руководства ихъ (кого?) въ ихъ (?) дѣйствіяхъ, какъ судебныхъ врачей». При этомъ приведена ссылка на старый циркуляръ Мед. Департамента. Д-ръ Орнатскій упустилъ изъ виду, что старый цир-

*) При этомъ были показаны вѣдомости, гдѣ дѣйствительно эти рубрики отсутствовали.

куляръ» видѣлъ въ врачебныхъ инспекторахъ опытныхъ судебныхъ медиковъ, славшихъ особый экзаменъ или прожившихъ нѣсколько лѣтъ городовымъ или уѣзднымъ врачемъ; но если во врачебные инспектора попадаетъ человекъ, не славшій особаго экзамена и не бывшій никогда ни уѣзднымъ, ни городовымъ врачомъ, то, право, онъ будетъ очень смѣлъ, если станетъ читать врачамъ лекціи по судебной медицинѣ.

Считая мою фразу, что вскрытія въ Архангельской губ. производятся часто черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ смерти, далекой отъ истины, д-ръ Орнатскій приводитъ 6 случаевъ. Насколько я правъ былъ можно судить уже потому, что изъ 6 подобранныхъ д-ромъ Орнатскимъ случаевъ (навѣрное долго выбиралъ), въ одномъ вскрытіе произведено черезъ 3 мѣсяца; да и самъ онъ добавляетъ: «позднія судебно-медицинскія вскрытія конечно бываютъ, но сравнительно рѣдко». Такія противорѣчія крайне удивительны.

«Фразу, говоритъ д-ръ Орнатскій, что почти каждый случай судебно-медицинскихъ вскрытій полонъ курьезовъ.... слѣдуетъ считать голословно». Но я полагаю, что теперь по прочтеніи его письма эта фраза не голословна; онъ достаточно хорошо иллюстрировалъ и даже не забылъ коснуться орфографіи «мнѣнія» старика-врача. То, что я не рѣшался опубликовывать, боясь нарушить врачебную этику, онъ безъ стѣсненія выставилъ на публичное осмѣяніе.

Теперь спросимъ, какая цѣль письма?

Мы видимъ, какого вопроса не касался д-ръ Орнатскій, онъ вездѣ приводилъ рядъ противорѣчивыхъ фразъ и какъ-бы старался косвенно подтвердить правоту своихъ словъ. Онъ думаетъ, что проѣзжая на «почтовыхъ» нельзя узнать край, а себя рѣдко бывающаго въ отдаленныхъ уѣздахъ и то только «на почтовыхъ», онъ считаетъ знатокомъ края. Желая доказать, что все обстоитъ благополучно, онъ говоритъ, что больницы грязны, но не всѣ: 2—3 чисты; инструментовъ вездѣ много, но у кого ихъ нѣтъ сами виноваты (логика!), медикаментовъ масса, а у врачей «недостаточно предусмотрительныхъ ихъ нѣтъ (предусмотрительность, добавлю я, состоитъ въ томъ, что врачъ заводитъ свою неоффиц. аптеку), фельдшерскіе пункты богаты и тутъ-же приводятъ жалкій списокъ обстановки. Далѣе Врачебное отдѣленіе копій протоколовъ не требуетъ, а требуетъ иногда; врачи не гложутъ и въ свое опроверженіе приводятъ тяжелый примѣръ и т. п.

И если цѣль д-ра Орнатскаго подтвердить истину моихъ словъ, то онъ достаточно хорошо ее выполнилъ, хотя правда такими мѣрами, на которыя я никогда не рѣшился-бы.

Можетъ быть, наконецъ, цѣль, та, чтобы Общество врачей при Имп. Казанск. Универс. узнало, что въ Архангельскѣ проживаетъ д-ръ Орнатскій?

Въ заключеніе я желалъ-бы знать, отчего д-ра Конаржевскій, Брейтфусъ, Моркогунъ, я и др., не связанные служебнымъ положеніемъ говорить, что медицинское дѣло въ Архангельской губ. поставлено плохо, а д-ръ Орнатскій и его помощникъ говорить что все обстоитъ благополучно.

А. В. Сивре.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— До свѣдѣнія товарищей, которые пожелали бы принять участіе въ отдѣлѣ гигиены IX съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова въ январѣ 1904 года доводимъ слѣдующее письмо, полученное отъ Организационнаго Комитета на имя редактора:

Многоуважаемый товарищ!

Въ январѣ 1904 года въ С.-Петербургѣ состоится IX-ый Съездъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Позвольте мнѣ, въ качествѣ завѣдующаго отдѣломъ, обратиться къ Вамъ съ покорнѣйшей просьбой принять участіе въ трудахъ отдѣла; было бы крайне желательно, чтобы у Васъ нашлась возможность сдѣлать докладъ какъ по одному изъ намѣченныхъ программныхъ вопросовъ, такъ и на другія темы, которыя Вы найдете болѣе подходящими.

Предполагаемые программные вопросы: 1) очистка питьевыхъ водъ при помощи быстро дѣйствующихъ фильтровъ; 2) очистка питьевой воды при помощи озонирования; 3) биохимическая очистка сточныхъ (городскихъ и фабричныхъ) водъ; 4) условія допустимости спуска сточныхъ жидкостей въ общественные водоемы; 5) минерализація городскихъ отбросовъ и нечистотъ при помощи сжиганія; 6) матеріалы и способы мошенія и очистки улицъ, наиболѣе отвѣчающіе санитарнымъ требованіямъ; 7) основанія, коими слѣдуетъ руководиться при сужденіи о степени сырости или сухости жилого помѣщенія; 8) новѣйшія средства и способы консервирования пищевыхъ средствъ и ихъ санитарная опѣнка; 9) санитарныя мѣропріятія, ограждающія общественное здоровье отъ опасностей, соединенныхъ съ торговлей старымъ платьемъ и тряпьемъ; 10) устройство городскихъ обеззараживающихъ камеръ и условія общественнаго пользованія ими; 11) обеззараживаніе частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій и условія правильной постановки этого дѣла въ городахъ.

Завѣдующій отдѣломъ В. А. Левашевъ.

Секретари: { Н. И. Григорьевъ.
П. А. Пацановскій.

Адресъ Бюро отдѣла: Нижегородская, 33, Гигіеническая лабораторія И. Военно-медицинской Академіи.

— 7-го Марта приватъ-доцентъ по кафедрѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней И. М. Гиммель прочелъ вступительную лекцію въ курсъ патологической анатоміи кожныхъ болѣзней.

— 6 и 13-го Марта состоялось собраніе студенческаго медицинскаго кружка, въ которомъ студенты Шеламовичъ и Хомяковъ сдѣлали доклады—«о проституціи», вызвавшіе очень оживленный обменъ мнѣній. На засѣданіе были приглашены проф. А. Г. Ге и прив.-доц. Елистратовъ.

— Злобою дня въ Казани въ настоящее время служить вопросъ объ оздоровленіи грязной канавы, извѣстной подъ именемъ рѣчки Булака. Канавы эта служить стокомъ банныхъ водъ и водъ отъ завода винной монополіи. Днемъ, а особенно по вечерамъ, вдоль этой канавы поднимается такой зловонный туманъ, что невольно заставляетъ прохожаго ускорять шагъ. Между тѣмъ по набережной этой канавы, не говоря уже о домахъ обывателей, расположены гимназія и реальное училище. Когда же дума положить конецъ этому вопіющему безобразію, продолжающемуся десятки лѣтъ.

— 9 Февраля ординаторъ госпитальной терапевтической Казанской клиники Г. Гусевъ защищалъ диссертацию на степень доктора медицины на тему—«Матеріалы къ вопросу о количественномъ опредѣленіи алксинновъ въ сывороткахъ здоровыхъ и больныхъ людей».

— За послѣднее время въ Казани среди гласныхъ думы начинается также появляться убѣжденіе, что городъ находится въ весьма печальномъ положеніи въ смыслѣ санитаріи. По крайней мѣрѣ на дняхъ городская управа заявила думѣ, что «городъ находится въ болѣе, чѣмъ неудовлетворительномъ санитарномъ состояніи, что необходимо учрежденіе особой должности санитарнаго врача». Трудно, впрочемъ, надѣяться на осуществленіе послѣдняго предложенія, такъ какъ у города нѣтъ лишнихъ денегъ на эту «роскошь».

— 2 Марта въ Казанскомъ университетѣ защищалъ диссертацию на степень доктора медицины земскій врачъ А. И. Ефимовъ на тему—«Сифилисъ въ русской деревнѣ, его характерныя черты и вліянія на санитарное положеніе населенія». Въ своей солидной работѣ докторантъ приходитъ къ очень интереснымъ заключеніямъ, идущимъ въ разрѣзъ съ существующими взглядами на вліяніе сифилиса на народонаселеніе. Между прочимъ онъ говоритъ: «заболѣваемость сифилитическаго населенія, поскольку выразителемъ ея являются наши амбулаторіи, оказалась нисколько неповышенной. При разсмотрѣніи частной заболѣваемости мы точно также не могли убѣдиться въ томъ, чтобы сифилисъ наложилъ на это населеніе какой-либо специфическій отпечатокъ, отличающій его отъ несифилитическаго населенія. Какихъ-либо особыхъ чертъ вырожденія здѣсь не замѣчено»

Затѣмъ: «результаты освидѣтельствующія призываемыхъ къ отбыванію военной повинности (въ изслѣдованныхъ докторантомъ мѣстностяхъ) за длинный рядъ лѣтъ оказались сходными: сифилисъ не оказалъ какого-либо вліянія на тотъ элементъ населенія, который призывается подъ знамена». Далѣе, онъ говоритъ, что сифилисъ не всегда и не при всякихъ условіяхъ губительно отражается на населеніи, что послѣднее при извѣстныхъ условіяхъ можетъ вырабатывать въ себѣ сопротивляемость этому ужасному недугу. Такими условіями, по его мнѣнію, главнымъ образомъ, являются сами коренные устои деревенскаго существованія, начиная съ патріархальнаго строя и кончая близкою къ природѣ жизнью, которые создаютъ для крестьянскаго населенія стойкость, выносливость, сопротивляемость всяческимъ вреднымъ вліяніямъ.

А. Оаворскій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ, основанный въ память В. А. Манассеина,

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

проф. В. В. Подвысоцкаго и д-ра С. В. Владиславеца.

ПРОГРАММА:

- 1) Статьи оригинальныя и переводныя по всѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиѣны, съ рисунками и таблицами.
- 2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.
- 3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по всѣмъ отраслямъ медицины.
- 4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о всѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.
- 5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.
- 6) Рецензіи и библиографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиѣнѣ.
- 7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.
- 8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіеся врачебныхъ вопросовъ.
- 9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лицъ на поприщѣ медицины.
- 10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.
- 11) Служебныя назначенія и перемѣшенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.
- 12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекшіе мѣсяцы.

Срокъ выхода журнала въ свѣтъ еженедѣльный.

Подписная цѣна, съ доставкою и пересылкою, на годъ 9 рублей.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію, а также отдѣльныя оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача», просятъ присылать одному изъ редакторовъ его проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, Университетъ) или д-ру С. В. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Ивановская, № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккеръ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14) а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 г.

НА

ИЗВѢСТІЯ

ИМПЕРАТОРСКОЙ

ВОЕНО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ,

Ж У Р Н А Л Ъ

издаваемый при участіи всѣхъ профессоровъ, приватъ-доцентовъ и вообще всего ученаго персонала Академіи.

Журналъ имѣетъ цѣлю знакомить врачебный міръ съ научною и учебною дѣятельностію Академіи въ связи съ общимъ прогрессомъ медицины.

Соотвѣтственно сказанному, на страницахъ журнала будутъ помѣщаемы:

1. Доклады, сдѣланные въ учебныхъ засѣданіяхъ Академіи, и дебаты по поводу этихъ докладовъ.
2. Ученые труды, по преимуществу произведенные въ академическихъ клиникахъ и лабораторіяхъ, а также и статьи постороннихъ авторовъ.
3. Лекціи профессоровъ и доцентовъ Академіи, въ которыхъ излагаются новыя важныя открытія, высказываются новыя важныя открытія, устанавливаются новыя направленія въ медицинской наукѣ.
4. Отчеты о диссертацияхъ, защищаемыхъ въ Академіи, о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, состоящихъ при Академіи, и научныхъ бесѣдахъ врачей въ различныхъ клиникахъ Академіи.

Такъ какъ дѣятельность Академіи находится въ тѣсной связи съ успѣхами медицины какъ въ Россіи, такъ и заграницей, то въ журналѣ будутъ помѣщаться

также краткіе годовые критическіе обзоры важнѣйшихъ успѣховъ по всѣмъ отраслямъ медицины. Обзоры будутъ составляться специалистами при ближайшемъ участіи представителей соответственныхъ кафедръ и дадутъ возможность читателямъ знакомиться съ достигнутыми въ данной отрасли результатами безъ излишнихъ затратъ труда и времени, необходимыхъ для того, чтобы самимъ разобратся въ обширной медицинской литературѣ.

Отдѣльные рефераты, посвященные открытіямъ, возбуждающимъ особенно живой интересъ и сообщеніе которыхъ поэтому неудобно откладывать до появленія годовыхъ обзоровъ. Рефераты о такихъ открытіяхъ будутъ печататься немедленно по опубликованіи послѣднихъ.

5. Литературныя статьи по вопросамъ, занимающимъ въ данный моментъ какъ врачебную, такъ и не медицинскую публику.

6. Хроника.—Здѣсь найдутъ мѣсто статистическія данныя о движеніи больныхъ въ клиникахъ, городскихъ больницахъ, о заболѣваемости и смертности въ Петербургѣ сравнительно съ другими большими городами; извѣстія объ эпидеміяхъ и т. п.

7. Свѣдѣнія о новыхъ распоряженіяхъ по учебной и хозяйственной части въ Академіи, о вакансіяхъ, новыхъ назначеніяхъ по Академіи и университетамъ.

Редакція будетъ стремиться сообщать читателямъ всѣ важнѣйшія явленія научной и врачебной жизни; постоянно пополнять и расширять тотъ запасъ свѣдѣній, съ которымъ врачи оканчиваютъ курсъ въ Академіи, и такимъ образомъ поддерживать научную связь между alma mater и ея питомцами, а также и со всѣми врачами, интересующимися развитіемъ медицины.

Журналъ будетъ выходить ежемѣсячно въ теченіи учебнаго года (9 №№ въ годъ) книжками отъ 6 до 10 печатныхъ листовъ большаго формата.

По мѣрѣ надобности, статьи будутъ иллюстрированы рисунками, диаграммами и т. п.

Подписная цѣна въ 1903-мъ и будущихъ годахъ съ пересылкою и доставкой 5 рублей.

Цѣна отдѣльнаго № 60 коп.

Съ требованіями просить обращаться по слѣдующему адресу:

Въ редакцію журнала «Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи». С.-Петербургъ, Выборгская стор., Нижегородская ул., д. № 6.

Редакторъ проф. М. В. Яновскій.

Годъ изданія VIII-й.
ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ

Н А

„ВРАЧЕБНО-САНИТАРНЫЙ ЛИСТОКЪ“

Симбирской губерніи.

(Приложеніе къ „Вѣстнику Симбирскаго Губерн. Земства“).

Выходитъ 1—2 раза въ мѣсяцъ, въ размѣрѣ 1—1½ печатныхъ листовъ.

Программа изданія:

- 1) Статьи по описанію уѣздовъ и участковъ Симбирской губерніи въ медико-топографическомъ отношеніи.
- 2) Особенности въ ходѣ развитія мѣстныхъ эпидемій и эпидемическихъ болѣзней и мѣры борьбы съ ними.
- 3) Дѣятельность уѣздныхъ врачебныхъ совѣтовъ.
- 4) Больничная хроника и казуистика.
- 5) Историческій очеркъ больничнаго и медицинскаго дѣла въ уѣздахъ и участкахъ.
- 6) Исторія возникновенія больницъ и ихъ настоящее положеніе.
- 7) Изученіе народной медицины.

Подписка принимается въ Губернской и Уѣздныхъ Земскихъ Управахъ.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой 1 р. 25 к.



Открыта подписка на 1903 годъ
(VII годъ изданія)
НА ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ
ХИРУРГІЯ

Профессора П. И. Дьяконова.

ПРОГРАММА:

1. Самостоятельныя статьи по хирургіи и относящимся къ ней отдѣловъ врачебныхъ знаній.
2. Обзоры текущихъ работъ по хирургіи.

3. Критика вновь выходящихъ хирургическихъ сочиненій.
4. Разныя извѣстія.
5. Объявленія.

Цѣна съ пересылкой и доставкой 8 руб. въ годъ и 4 руб. за полгода.

Подписка принимается въ редакціи (Москва, Штатный пер., 24, квартира профессора П. И. Дьяконова) и въ книжныхъ магазинахъ.

За перемѣну адреса уплачивается 50 к., безъ высылки которыхъ редакція не отвѣчаетъ за недоставленные номера.

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ «ХИРУРГІИ», 10 руб. за цѣлую страницу и 6 руб. за $\frac{1}{2}$ страницы и мѣнѣе. Оставшіеся экземпляры журнала «Хирургія» за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 гг. можно получать въ редакціи. Цѣна 8 рублей за годичный экземпляръ съ пересылкой и доставкой.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 г. ЗЕМЛЕДѢЛЕЦЪ

иллюстрированный журналъ

Сельскаго хозяйства и естествознанія

съ отдѣломъ

ШКОЛЬНОЕ ХОЗЯЙСТВО

Основная задача журнала—распространеніе сельскохозяйственныхъ знаній и разумнаго отношенія къ природѣ въ крестьянской средѣ и мелкомъ хозяйствѣ.

Выходитъ ежемѣсячно книжками въ 3 листа.

При благосклонномъ участіи лучшихъ силъ: Б. А. Андреева, В. А. Анзимилова, А. Воинова, С. В. Бородаевского, С. А. Гатцука, А. В. Герцика, В. І. Гомилевскаго, проф. В. Р. Гурина, М. А. Дарнова, С. П. Дремцова, В. Г. Доппельмайера, В. В. Еропкина, В. Р. Заленскаго, А. А. Зубрилина, І. И. Ивашкевича, Ав. А. Калантара, В. В. Корватовскаго, О. И. Косоротова, проф. Н. М. Кулагина, проф. П. Н. Кулешова, Ю. Р. Ланцкаго, В. Л. Максимова, П. В. Отоцкаго, М. А. Ошанина, Л. А. Піотрашко, проф. Д. Н. Прянишникова, И. И. Пузыревскаго, Н. И. Радошнова, Д. М. Россинскаго, кн. С. П. Урусова, М. Д. Штауде, Л. И. Чайковскаго и другихъ.

Въ теченіе 1903 года «Земледѣлецъ» дастъ: 1) 12 книжекъ журнала, 2) 3 отдѣльныхъ руководства по сельскому хозяйству «Библіотека Земледѣльца». I. Ав. Калантаръ. Молоко и молочные продукты въ маленькомъ хозяйствѣ. II. Н. Н. Радощновъ. Огородъ. Руководство къ правильному его устройству и доходному веденію. III. Сельскохозяйственныя постройки. Рига, овинъ, амбаръ, погребъ и ледникъ, сарай. баня. 3) коллекцію сѣмянъ сельскохозяйственныхъ растений.

Подписная цѣна:

2 руб. за годъ—1 руб. за $\frac{1}{2}$ года. Заграницу 2 руб. 50 коп. съ доставкой и пересылкой.

Разсрочка допускается: 1 руб. при подпискѣ и 1 руб. къ 15 апрѣля.

Подписку адресовать въ контору редакціи: Малая Конюшенная, 10.

Редакторъ-издатель Ав. Калантаръ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ НА ГАЗЕТУ

„ФЕЛЬДШЕРЪ“,
ПОСВЯЩЕННУЮ

МЕДИЦИНѢ, ГИГИЕНѢ И ВОПРОСАМЪ ФЕЛЬДШЕРСКАГО БЫТА.

Тринадцатый годъ изданія.

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

Подписная цѣна за годъ съ пересылкой три рубля, за 4 мѣсяца (Январь—Апрѣль, Май—Августъ, Сентябрь—Декабрь) одинъ рубль. Наложнымъ платежомъ или на другіе сроки подписка не принимается.

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

Редакторъ-издатель: врачъ Б. А. Оксъ.

„Медицинскій Журналъ“

Доктора Окса

ДЛЯ ПОМОЩНИКОВЪ ВРАЧЕЙ.

Шестой годъ изданія.

«Медицинскій Журналъ» выходитъ ежемѣсячно книгами журнальнаго формата, въ пять и болѣе печатныхъ листовъ. Подписка на «Медицинскій Журналъ» принимается только на годъ.

Подписная цѣна за годъ съ пересылкой четыре руб. Для подписчиковъ газеты «Фельдшеръ», при одновременной подпискѣ на газету «Фельдшеръ» и «Медицинскій Журналъ», допускается уступка и разсрочка: при подпискѣ три рубля къ первому апрѣля—1 р. 50 к. и къ первому іюля—1 р. 50 к.

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

Въ 1903 году въ «Медицинскомъ Журналѣ» будутъ напечатаны:

1) Д-ръ Н. И. Тезяковъ, зав. санитарнымъ отд. Ворон. губ. земства. «Основы санитарной статистики». 2) И. И. Кальнинъ, магистръ фармаціи, ассистентъ фармакологическаго института Императорскаго Московскаго университета. «Краткій курсъ фармакогнозіи» съ 30 рис. въ текстѣ. 3) Д-ръ М. Е. Ліонъ. «Словарь практическихъ медицинскихъ знаній». 4) «Атласъ д-ра Гейцмана». Опис. и топогр. анатомія человѣка. Пер. съ послѣдняго (8-го) нѣм. изд. Съ 789 рисунками въ текстѣ (въ томъ числѣ 190 рис. въ краскахъ). Первый томъ (второй и послѣдній будетъ данъ въ 1904 году). 5) «Фельдшерскій Сборникъ» съ 45 портретами сотрудниковъ газеты «Фельдшеръ». Въ «Сборникѣ» войдутъ статьи: д-ра мед. В. Θ. Демича, ф-ра П. А. Калинина, ф-ра Г. А. Коваленко, д-ра Б. А. Окса, ф-ровъ: А. В. Педаненко, В. П. Попова и И. Семенова. 6) Рефераты (отъ 300 до 400 въ годъ), рецензіи новыхъ книгъ, рецептурныя замѣтки и новѣйшія рецептныя формулы.

Редакторъ-Издатель д-ръ Б. А. Оксъ.

Редакторъ д-ръ Л. Я. Якобзонъ.

„Эскулапъ“

МЕДИЦИНСКІЙ КАЛЕНДАРЬ

Доктора Б. А. Окса

на 1903 годъ.

14-й годъ изданія.

Цѣна въ коленкоровомъ переплетѣ съ перес. 1 р. 40 коп.

Слб. Б. Морская, 30.



ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

4 книги въ годъ съ приложеніями.

Подписная цѣна:

для студентовъ Харьковскаго Университета назначается по 2 руб. въ годъ, для
иностранцевъ лицъ: безъпересылки 4 рубля, а съ пересылкою 5 рублей въ годъ.

Адресъ: Редакціи „Записокъ Императорскаго Харь-
ковскаго Университета“ Харьковъ (въ зданіи Университета).

Редакторъ Проф. Д. Овсянко-Куликовскій.



1903 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА годъ XIV.

НА ЖУРНАЛЪ

„ВОПРОСЫ ФИЛОСОФІИ

И

ПСИХОЛОГІИ“

ИЗДАНИЕ МОСКОВСКАГО ПСИХОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА,

при содѣйствіи С.-Петербургскаго Философскаго Общества.

Журналъ издается на прежнихъ основаніяхъ подъ редакціей кн. С. Н. Трубецкаго и Л. М. Лопатина.

Въ „Вопросахъ Философій и Психологій“

принимаютъ участіе слѣдующія лица:

Н. А. Абрикосовъ, Ю. И. Айхенвальдъ, В. Анри, Н. Н. Баженъ. О. Д. Батюшковъ, А. Н. Бекетовъ, А. Н. Бернштейнъ, П. Д. Боборыкинъ, Е. А. Бобровъ, С. Н. Булгаковъ, В. Р. Буцке, А. С. Бѣлкинъ, В. А. Вагнеръ, В. Э. Вальденбергъ, А. В. Васильевъ, А-дръ И. Веденскій, Д. В. Викторъ, Н. Д. Виноградовъ, П. Г. Виноградовъ, В. И. Герье, А. Н. Гиляровъ, В. А. Гольцевъ, Л. О. Даркшевицъ, В. В. Джонстонъ, Н. А. Звѣревъ, О. А. Зеленогорскій, В. Н. Ивановскій, Н. А. Иванцовъ, А. П. Казанскій, М. И. Каринскій, Н. И. Карѣвъ. В. О. Ключевскій, Я. Н. Колубовскій, О. Е. Коршъ, Н. Н. Ланге, П. Ломброзо, Л. М. Лопатинъ, С. М. Лукьяновъ, П. Н. Милуковъ, П. В. Мокіевскій, П. И. Новгородцевъ, Л. Е. Оболенскій, Д. Н. Овсяннико-Куликовскій, И. Ф. Огневъ, Э. Л. Радловъ, В. П. Сербскій, В. С. Серебренниковъ, П. П. Соколовъ, С. А. Соллертинскій, Ф. В. Софроновъ, Г. Е. Струве, П. Б. Струве, С. А. Сухановъ, П. В. Тихомировъ, гр. Л. Н. Толстой, кн. Е. Н. Трубецкой, кн. С. Н. Трубецкой, Н. А. Умовъ, Г. И. Челпановъ, Б. Н. Чичеринъ, Н. О. Шаталовъ, Н. И. Шишкинъ и др.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Самостоятельныя статьи и замѣтки по философій и психологій. Въ понятіе философій и психологій включаются: логика и теорія знанія, этика и философія права, эстетика, исторія философій и метафизика, философія наукъ, опытная и фیزیологическая психологія. 2) Критическія статьи и разборы ученій и сочиненій

западно-европейскихъ и русскихъ философовъ и психологовъ. 3) Общія обзоры литературы поименованныхъ наукъ и отдѣловъ философіи и библіографія. 4) Философская и психологическая критика произведеній искусства и научныхъ сочиненій по различнымъ отдѣламъ знанія. 5) Переводы классическихъ сочиненій по философіи древняго и новаго времени.

Журналъ выходитъ пять разъ въ годъ (приблизительно въ концѣ февраля, апрѣля, іюня, октября и декабря) книгами не менѣе 15 печатныхъ листовъ.

Условія подписки: На годъ (съ 1-го января 1903 г. по 1-е января 1904 г.) безъ доставки—6 р., съ доставкой въ Москвѣ—6 р. 50 к., съ пересылкой въ другіе города—7 р., за границу—8 р.

Учащіеся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, сельскіе учителя и сельскіе священники пользуются скидкой въ 2 р. Подписка на льготныхъ условіяхъ и льготная выписка старыхъ годовъ журнала принимается только въ конторѣ редакціи.

Подписка принимается въ конторѣ журнала: Москва, М. Никитская, Георгіевскій пер., д. Соловьевой, и книжныхъ магазиновъ «Новаго Времени» (С.-Петербургъ, Москва, Одесса и Харьковъ), Карбасникова (С.-Петербургъ, Москва, Варшава), Вольфа (С.-Петербургъ и Москва), Оглоблина (Кіевъ), Башмакова (Казапъ) и другихъ.

Полные годовые экземпляры журнала за третій (№№ 10—14), четвертый (№№ 16—20), пятый (№№ 21—25), шестой (№№ 26—30) годы продаются по 2 р. за каждый годъ, седьмой (31—35), восьмой (№№ 36—40), девятый (№№ 41—45), десятый (№№ 46—50) и одиннадцатый (№№ 51—55) годы по 3 р. за экземпляръ съ пересылкой; экземпляры за 1901 г. продаются за 4 р. съ пер., за 1902 г.—6 р. Подписчики на новый 1903 г. получаютъ журналъ при выпискѣ всѣхъ прежнихъ годовъ изданія сразу по 2 руб. за годъ, до 1901 г. выключительно № 15-й журнала, не входящій ни въ одинъ изъ годовыхъ комплектовъ. весь распроданъ. При выпискѣ всѣхъ означенныхъ книгъ наложеннымъ платежемъ взимается съ каждаго рубля по 2 коп.

Редакторы: Кн. С. Н. Трубецкой.

Л. М. Лопатинъ.

ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“**Семейный гигиенический журналъ**

(7-й годъ изданія)

Въ 1903 году программа журнала остается та же, какъ и въ первые 6 лѣтъ. Статьи по различнымъ вопросамъ сохраненія здоровья и самопомощи и въ болѣзняхъ, популярная медицина, домашняя гигиена, леченіе безъ помощи врача, бесплатные медицинскіе совѣты. При этомъ общедоступное изложеніе, легко исполнимыя наставленіе и рецепты, немедленные отвѣты подписчикамъ на вопросы касательно ихъ здоровья, исключительно практическія свѣдѣнія. Каждый читатель найдетъ много полезнаго для себя въ журналѣ «Будьте здоровы!»

№№ выходятъ два раза въ мѣсяцъ.

Подписная цѣна съ пересылкой: годъ 4 рубля, полгода 2 рубля, $\frac{1}{4}$ года одинъ рубль.

Адресъ: С.-Петербургъ, редація «Будьте здоровы!»

Редакторъ-Издатель д-ръ И. И. Зарубинъ

НАУЧНО-СПЕЦІАЛЬНЫЙ И БЫТОВОЙ ЖУРНАЛЪ**Годъ IV ВѢСТНИКЪ 3 руб.****ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

изд. Одесскаго Ганемановскаго Общества
подъ редакціей
д-ра медиц. И. М. Луценко.

Журналъ имѣетъ задачей разработку вопросовъ, касающихся теоріи и практики гомеопатическаго леченія и общественно-бытовой стороны гомеопатіи въ Россіи и за границей. Журналъ выходитъ ежемѣсячно, книжками отъ 2-хъ до 3-хъ печат. листовъ. Цѣна три р. въ годъ съ перес., на $\frac{1}{2}$ года 1 р. 50 к. Подписка принимается въ редакціи: Одесса, Херсонская, 48.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ „АРХИВЪ ВЕТЕРИНАРНЫХЪ НАУКЪ“

будетъ выходить ежемѣсячно по той же программѣ, какъ и въ предшествующемъ году.

Въ «Архивѣ Ветеринарныхъ Наукъ» помѣщаются правительственныя распоряженія по ветеринарной части всѣхъ вѣдомствъ, оригинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ ветеринарной науки, переводы и рефераты наиболѣе выдающихся работъ изъ научной литературы, какъ по ветеринарии (включая зоотехнію), такъ и по общей медицинѣ, естествознанію и сельскому хозяйству, насколько послѣднія имѣютъ отношенія къ ветеринарии, статьи по вопросамъ ветеринарнаго образованія и ветеринарной дѣятельности, библіографія и хроника.

Въ качествѣ приложенія будетъ дано продолженіе русскаго перевода руководства пр. М. Sussdorff'a «Lehrbuch der vergleichenden Anatomie der Haustiere».

Подписка на 1902 г. продолжается.

Подписная цѣна 5 р. съ пересылкой, за границу 7 р.

Статьи для помѣщенія въ журналѣ, а равно всю корреспонденцію просятъ адресовать: въ С.-Петербургъ, Пряжильный переулочекъ, д. 7, кв. 7. Редакція «Архива Ветеринарныхъ Наукъ»; тамъ же принимается лично подписка на журналъ ежедневно (за исключеніемъ праздниковъ).

Временно исправляющій должность редактора Г. И. Свѣтловъ.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Органъ акушерско гинекологическаго Общества
въ С.-Петербургѣ.

будетъ выходить въ 1903 году въ прежнемъ объемѣ и по прежней программѣ.

Подписная цѣна для городскихъ подписчиковъ—безъ доставки 7 руб., съ доставкой—7 руб. 50 коп., для иногороднихъ съ пересылкой—8 руб. Подписка

принимается только на годъ. Коммисіонная скидка для гг. книгопродавцевъ—20 коп. съ экземпляра. Подписныя деньги и статьи высылаются по слѣдующему адресу: С. Петербургъ, въ редакцію Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней.

Редакторы: Профессоръ Д. Оттъ.

Докт. медиц. Л. Личкусъ.

принимается подписка на ежемѣсячный
журналъ

Промышленность и Здоровье

(ВѢСТНИКЪ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ФАБРИЧНАГО И САНИТАР-
НАГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА).

**Задача журнала—разработка вопросовъ по улучшенію условій
труда въ санитарномъ, экономическомъ и техническомъ отношеніи.**

Въ журналѣ участвуютъ русскіе и заграничныя ученые: академикъ И. И. Янжулъ, проф. А. И. Чупровъ, проф. И. И. Иванюковъ, проф. С. Н. Булгаковъ, проф. В. Э. Денъ, почет. лейбъ-медики Л. Б. Бертенсонъ, д-ръ Д. П. Никольскій, д-ръ Е. М. Дементьевъ, д-ръ Д. И. Менделѣевъ, д-ръ П. В. Цезаревскій, д-ръ Д. И. Успенскій, Г. О. Тиграновъ, инж.-технол. А. А. Прессъ, инж.-техн. Н. А. Шевалевъ, А. В. Погожевъ, санитарные врачи Московскаго земства, проф. Бернского университета Райхесбергъ, профессора промысловой гигиены Высшей Технич. Школы въ Берлинѣ Конр. Гартманъ, Теод. Альбрехтъ, Теод. Зоммерфельдтъ и мног. др. Завѣдываніе главнѣйшими отдѣлами (оздоровленіе труда по различнымъ отраслямъ промышленной дѣятельности, санитарная техника, общественная экономія и др.) распределено по специальностямъ между сотрудниками, подъ общей редакціей А. В. Погожева.

Журналъ будетъ выходить съ 1-го октября 1902 г. книгами отъ 8 печатн. листовъ и болѣе (съ чертежами и рисунками) ежемѣсячно, за исключеніемъ трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ (іюнь, іюль и августъ). Плата съ доставкой и пересылкою 6 руб. въ годъ, 3 руб. 50 коп. за полъ-года и 2 руб. на три мѣсяца.

Подписная цѣна на 15 мѣсяцевъ съ 1-го октября 1902 г. по 1-е Января 1904 г. за 12 книгъ восемь рублей. Приѣмъ подписки и объявленій (за одну страницу 30 руб., полъ-страницы—15 руб.—и т. д. въ томъ же разсчетѣ) производится во всѣхъ книжныхъ магазинахъ и въ главной конторѣ журнала.

Спб., Прачешный пер., д. № 6 Издательское дѣло Брокгаузъ-Ефронъ
Адресъ редакціи: Кузнечный пер. д. 22, кв. 5.

Редакторъ-издатель А. В. Погожевъ.

открыта подписка на 1903 годъ
НА
МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ ВЪ СИБИРИ
„Сибирскія Врачебныя вѣдомости.“

Газета будетъ издаваться въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи и выходить 2 раза въ мѣсяцъ (1 и 15 числа) въ размѣрѣ отъ 1 до 2-хъ печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части вообще и относительно Сибири особенно.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи патологіи и терапіи, хирургіи, акушерству и друг. частямъ врачебной науки.
3. Медицинская статистика.
4. Аптечное дѣло.
5. Статьи по врачебной казуистикѣ.
6. Отчеты больницъ. Сельская медицина.
7. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющимъ близкое отношеніе къ медицинѣ; медико-и этнографическія описанія Сибири.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
9. Народная медицина; врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ.
11. Переводныя статьи и рефераты по медицинѣ изъ повременныхъ и иностранныхъ изданій.
12. Протоколы медицинскихъ больничныхъ совѣщаній.
13. Корреспонденціи; врачебная хроника.
14. Смѣсь; отвѣты редакціи (въ предѣлахъ программы).
15. Объявленія.

срокъ выхода отъ 1-го до 4-хъ разъ въ мѣсяцъ.

Первый № выйдетъ 1-го декабря 1902 года.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 5 рублей.

Подписка принимается въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи.

Адресъ редакціи: г. Красноярскъ, Енисейской губерніи, Гостинская улица, домъ

В. М. Крутовскаго.

Редакторъ-издатель А. Смирновъ.

Открыта подписка НА РУССКІЙ ЖУРНАЛЪ КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

Съ 1901 г. выходитъ ежемѣсячно „Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“, преслѣдующій научно-практическія цѣли.

Программа журнала слѣдующая:

I отдѣлъ. Кожныя болѣзни.

II отдѣлъ. Сифилисъ и мягкій шанкръ.

III отдѣлъ. Перелой и его осложненія.

Въ этихъ отдѣлахъ будутъ помѣщены оригинальныя работы теоретическаго и практическаго характера, рѣдкіе случаи описаніе новыхъ лечебныхъ способовъ и средствъ, рефераты изъ русской и иностранной литературы.

IV отдѣлъ. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣщаться полностью протоколы сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевского сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическія обзоры—будутъ посвящены современному состоянію различныхъ вопросовъ научно-практическаго характера.

VI отдѣлъ. Рецензіи и библіографія.

VII отдѣлъ. Хроника, въ которой будетъ обращено вниманіе на различныя событія дня, имѣющія значеніе въ дѣлѣ развитія и характеристики спеціальности.

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

Цѣна—8 р. за годъ; 4 р.—за полгода. Для гг. студентовъ 5 р. за годъ.

Заграницу—10 р. за годъ.

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

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

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

Коммиссіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленева.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ

Н А

„Казанскій Медицинскій Журналъ“

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. Даркивича.

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 специальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. библіографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойная книжка въ Маѣ и Августѣ).

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

Подписка принимается въ бібліотекѣ Общества (Казань, Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань, Пассажд).

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

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

