

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ III.

МАРТЪ-АПРѢЛЬ.

1903 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1903.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 19 мая, 1903 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Къ статистикѣ испытуемыхъ въ годности къ военной службѣ, въ Казанскомъ военномъ госпиталѣ ¹⁾.

Е. М. Идельсона,

Старшаго врача Ветлужскаго баталіона.

Статистическія данныя обыкновенно имѣютъ извѣстную практическую цѣнность лишь тогда, когда онѣ разрабатываются и обобщаются непосредственно за событіями, по стопамъ, такъ сказать, совершающихся фактовъ. По этому, я глубоко извиняюсь предъ высокопресвѣщеннымъ собраніемъ въ томъ, что я позволю себѣ утруждать его вниманіе нѣсколько запоздалыми, краткими, статистическими замѣтками, по поводу пересмотрѣнныхъ мною 4184 исторій болѣзни, взятыхъ мною ²⁾ изъ архива Казанскаго военного госпиталя, за періодъ времени, съ 1880 года по 1892 годъ. Въ виду того, что исторія болѣзни принадлежитъ къ числу канцелярскихъ документовъ, то я разумѣется долженъ оговорить, что тѣ исторія болѣзни, которыя находились въ моемъ распоряженіи, уже выслужили свой законный срокъ, сдѣлались достояніемъ архива и слѣдовательно никакого соотношенія къ настоящему времени, равно какъ и къ функціонирующему теперь личному составу госпиталя, не имѣютъ. Тѣмъ не менѣе однакожъ, предметъ, о которомъ трактуется въ сказанныхъ исторіяхъ болѣзни, до сихъ поръ не утратилъ еще для насъ своего извѣстнаго интереса; такъ какъ исторіи болѣзни эти велись на испытуемыхъ въ годности къ военной службѣ.—Несмотря на то, что уже больше четверти вѣка прошло съ

¹⁾ Читано въ засѣданіи Казанскаго Военно-Санитарнаго Общества 25 Января 1903 года.

²⁾ Съ разрѣшенія бывшаго Окружнаго военно-медицинскаго Инспектора Тайнаго Совѣтника Лотина.

тѣхъ поръ, какъ у насъ введена общеобязательная, воинская повинность, мы не имѣемъ еще точныхъ, основанныхъ на цифрахъ, понятій о томъ, какъ привилась эта великая реформа къ различнымъ слоямъ и элементамъ населенія. Проявляется ли еще и теперь, среди различныхъ частей населенія, интенсивное уклоненіе отъ воинской повинности, въ формѣ настоячивыхъ, притворныхъ болѣзней и членовредительства, или же оно окончательно отшло въ область предавія, или наконецъ оно видоизмѣнилось и получило другія характерныя особенности, сообразно вылившимся новымъ жизненнымъ формамъ. Все это было бы конечно весьма любопытно знать, въ особенности намъ, военнымъ врачамъ, принимающимъ такое дѣятельное, и въ нравственномъ отношеніи ответственное, участіе въ великомъ актѣ призыва населенія подъ знамена. Въ виду важности этого вопроса, я считаю также не лишнимъ привести здѣсь маленькую историческую справку объ уклоненіи вообще отъ военной службы.

Воинская повинность или повинность крови Blutsteuer, какъ пѣмцы выражаются, бесспорно принадлежитъ къ числу самыхъ тяжелыхъ условій, предъявляемыхъ государствомъ къ отдѣльной личности. Въ исторіи военного сословія встрѣчается правда немало примѣровъ идеальнаго выполненія этой, труднѣйшей изъ всѣхъ повинности, и чувство самоотверженія, которое присуще истинному защитнику родины, недаромъ, споконъ вѣка, человѣчествомъ возведено на степенъ величайшей добродѣтели. Но нельзя однакожь утверждать, что это высокое чувство всегда и вездѣ одинаково процвѣтало. Такова видно человѣческая природа! Непреодолимый страхъ фигурировать въ роли пушечнаго мяса весьма успѣшно соперничаетъ съ любовью къ родинѣ; и мы видимъ, что силою и рядомъ съ чувствомъ самопожертвованія въ пользу родины проявляется также у людей шкурный инстинктъ, въ формѣ уклоненія отъ военной службы. Еще въ законодательствѣ Моисея предусмѣтрѣно столкновеніе интересовъ личности съ интересами государства, въ дѣлѣ отправленія военной повинности. Для предотвращенія умышленнаго уклоненія гражданъ отъ военной службы, во Второзаконіи перечисляются всѣ главнѣйшіе моменты и условія частной жизни, въ силу которыхъ граждане получаютъ льготу и освобождаются отъ несенія тяжестей военной жизни. Предъ сраженіемъ, сказано тамъ, надзиратели должны возвѣщать народу слѣдующее: кто построилъ новый домъ и не возобновилъ его; кто насадилъ виноградникъ и не пользовался имъ; кто обручился съ женою и не взялъ ея, тѣ пусть идутъ и возвратятся домой, дабы не умерли въ сраженіи и другіе не пользовались ими. Помимо указанія на матеріальныя жертвы, сопряженныя съ воинской повинностью, въ этой же книгѣ Вѣтхаго Завѣта обращено вниманіе также на нравственный эле-

ментъ призываемаго бойца, на его душевное настроеніе: кто боязливъ и малодушенъ тотъ пусть идетъ и возвратится въ домъ свой, дабы онъ не сдѣлалъ робкими сердца братьевъ своихъ, какъ его собственное сердце.

У древнихъ грековъ, гдѣ военная служба была также общеобязательна какъ и у евреевъ, притворство и самоизувѣченіе были сильно распространены, суди потому, что для искорененія этого преступленія понадобилось даже установленіе смертной казни. Впослѣдствіи смертная казнь была замѣнена выставленіемъ уклоняющагося отъ военной службы въ теченіи 3-хъ дней на площади, въ женской одеждѣ, для всенароднаго посрамленія. Даже про такихъ героевъ древней эпохи, какъ Ахиллъ и Улиссъ существуетъ сказаніе объ ихъ притворствѣ, предъ выступленіемъ въ походъ противъ Трои. Ахиллъ, по совѣту матери своей, переодевается женщиной, а Улиссъ притворяется сумашедшимъ. Діонисій Галикарпасскій рассказываетъ, что римскіе солдаты, подъ начальствомъ Апія Клавдія (въ 469 г. до Р. Х.) накладывали повязки на свои здоровые члены, притворяясь ранеными. Валерій Максимъ приводитъ случаи отрубленія пальца лѣвой руки для того, чтобы избѣжать военной службы.

Въ сочиненіяхъ знаменитаго Галена имѣется о притворныхъ болѣзняхъ цѣлый научный трактатъ, въ которомъ перечисляются всѣ, практиковавшіяся въ то время, притворства какъ: искусственныя воспаленія и опухоли, преимущественно колѣннаго сустава, производившіяся накладываніемъ корня *thapsia*, вызывающаго красноту кожи. Далѣе указывается на искусственное происхожденіе болѣзней живота, на искусственное кровохарканіе и притворное сумашествіе.

Въ темныя и варварскія эпохи среднихъ вѣковъ, уклоненіе отъ военной службы достигло особеннаго процвѣтанія и развитія. Войска среднихъ вѣковъ представляли собою по выраженію историка Рюстова ¹⁾ „пайки искателей приключеній. Военнымъ наемникамъ этой мрачной эпохи было совершенно чуждо и непонятно чувство долга и они незадавались вопросомъ, за какую націю, за какую страну, за какое дѣло и во имя чего они сражаются“. Не смотря на самыя суровыя, драконовскія законы и примѣненіе самыхъ жестокихъ неслыханныхъ наказаній, войска всегда давали громадное число дезертировъ. Въ эпоху учрежденій постоянныхъ армій, уклоненіе отъ вербовки въ военную службу еще больше увеличилось и сдѣлалось явленіемъ массовымъ, стихійнымъ и вѣскольکو не уступало предъ варварскими и унижительными наказаніями, въ родѣ обрѣзыванія носа и ушей, шипичуриновъ, висѣлицы и т. п.

¹⁾ Рюстовъ. Исторія пѣхоты. Перев. Пузыревскаго.

Въ Россіи уклоняющіеся отъ Государевой службы назывались въ старину „пѣтчиками“ ²⁾. Въ указахъ и грамотахъ „пѣтчиками“ считались всѣ тѣ, которые не явились на службу, а равно какъ и тѣ, которые самовольно отлучались изъ полковъ во время похода. Дворяне и дѣти боярскіе, особенно въ высшемъ разрядѣ служилыхъ Московскаго чина, систематически и упорно уклонялись отъ военной службы во время 30-ти лѣтней войны съ Польшей. Стольники, стряпчіе и дворяне Московскіе утаивали дѣтей, братьевъ и слугъ своихъ отъ записи въ военную службу и въ наказаніе за это переписывали ихъ въ городовые или въ рейтарскую и простую солдатскую службу. Особенно много приходилось бороться съ этимъ зломъ Петру Великому. Многіе изъ дворянъ и дѣтей дворянскихъ не бывали самовольно ни въ Крымскихъ походахъ, ни подъ Азовомъ: иные въ спискахъ разряда были помѣчены въ 2-хъ, 3-хъ, 4-хъ, 5-и и 6-и „пѣтахъ“. Печальнѣе всего на службу по лѣнности, велѣно записывать, однихъ въ рейтарскую службу, другихъ, упорныхъ въ своемъ „огурствѣ“ въ пѣшую солдатскую службу съ отнятіемъ помѣстья и вотчинъ для раздачи челобитчикамъ.

Иванъ Посошковъ, описывая событія конца 17 столѣтія, указываетъ въ своемъ сочиненіи „о ратномъ поведеніи“ на отвращеніе дворянъ и дѣтей дворянскихъ къ военной службѣ характерной фразой: „Дай Богъ великому Государю служить, а сабли-бѣ изъ ноженъ не вынимать. У нихъ влячи худыя, сабли тупыя, сами нужны и безодежны и ружьемъ владѣть никакимъ не умѣли“.

Секретарь Австрійскаго посольства Корбъ въ своемъ дневникѣ замѣчаетъ, что дворяне не считаютъ дѣломъ постыднымъ покупать себѣ перѣдко за большія деньги позволеніе жить праздно за стѣнами своего дома и отдѣлаться отъ военныхъ опасностей. Въ 1695—96—97—98 и 99 годахъ отъ воеводъ изъ провинцій получались въ Москвѣ печальныя допесенія: что „полковые, городовые, всякихъ чиновъ служилые и жилецкіе люди, ихъ дѣти свойственники, крѣпостные люди и крестьяне, нехотя служить государевой службѣ, нехотя быть у строенья морскихъ судовъ у струговаго дѣла, у лѣсной работы въ корыщикахъ, гребцахъ и на плотяхъ бѣгутъ въ донецкіе казачьи городки“.

Въ пѣхотные полки брали даточныхъ крестьянъ или рекрутъ и объ нихъ въ одномъ указѣ Петра говорится, что „со ставціи съ Москвы и съ пути въ арміи бѣжало 20000 человекъ“. Несмотря на то, что пѣхотные и драгунскіе полки комплектовались преимущественно низшимъ сословіемъ крестьянъ, какъ менѣе при-

²⁾ Свѣдѣнія эти заимствованы изъ сочин. генерала Бобровскаго.

хотливыми и болѣе способными переносить тяжести военно-походной жизни, побѣги рекрутъ и солдатъ изъ этихъ полковъ также достигали отъ 1705 до 1708 г.г. громадныхъ размѣровъ. Драгунскіе полки за короткое время, въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ, уменьшились, вслѣдствіе побѣговъ, на двѣ трети или на половину личнаго состава. Изъ 23000 остались на лицо 8000, а изъ 30000—16000. Не только въ прошлыхъ столѣтіяхъ но и еще въ пятидесятыхъ годахъ минувшаго вѣка, рекруты, до сдачи въ рекрутскомъ присутствіи, обыкновенно заковывались въ кандалы для того, чтобы не сбѣжали. Фактъ этотъ вѣроятно еще памятенъ многимъ старожиламъ.

Характеръ уклоненія отъ военной службы весьма рѣзко сталъ измѣняться къ лучшему съ тѣхъ поръ какъ у насъ введены великія реформы Александра II, измѣнившія кореннымъ образомъ въ нашемъ отечествѣ всѣ правовыя и соціальныя отношенія вообще и жизнь солдата въ особенности. Умственный и нравственный подъемъ корпуса офицеровъ, раціональное воспитаніе, замѣнившее прежнюю суровую и мертвую муштровку, гуманная заботливость о благостояніи солдата, санитарно-гигіенический уходъ за нимъ— все это безспорно сдѣлало то, что современная военная служба не только перестала быть пугаломъ для населенія, но наоборотъ пріобрѣтаетъ все большее и большее нравственное обаяніе и, въ настоящее время, пожалуй можетъ быть названа народною школою въ широкомъ смыслѣ этого слова. Но все-таки, вопреки сказанному, было бы весьма ошибочно думать, что уклоненіе отъ воинской повинности окончательно исчезло.

Для того чтобы судить о степени уклоненія тѣхъ или другихъ элементовъ населенія отъ военной службы, мыѣ кажется, что самую лучшую иллюстрацію могли бы намъ служить статистическія свѣдѣнія объ испытуемыхъ молодыхъ людяхъ, отсылаемыхъ изъ присутствій по воинской повинности и изъ различныхъ войсковыхъ частей въ лечебныя заведенія, для опредѣленія ихъ годности къ военной службѣ.

Что число испытуемыхъ молодыхъ людей ежегодно бываетъ у насъ весьма значительное не подлежитъ сомнѣнію. Такъ напримѣръ, уже по отчетамъ о санитарномъ состояніи нашей арміи, за послѣдніе 10 лѣтъ, видно, что, среднимъ числомъ, изъ всей арміи отправляются ежегодно 11 тысячъ человекъ въ лечебныя заведенія на испытаніе, что составляетъ нѣсколько больше одного процента списочнаго состава всей арміи. Число испытуемыхъ за 1900 даже достигло 13796. Сколько же изъ этого громаднаго числа испытуемыхъ признаются годными къ продолженію службы, а равно какъ и по какимъ отдѣльнымъ болѣзнямъ испытываются, въ отчетахъ, къ сожалѣнію, не приводится.

Несравненно болѣе еще континентъ субъектовъ стремится къ освобожденію отъ службы путемъ ложно-объявляемыхъ, или по

крайней мѣрѣ сильно утѣруемыхъ болѣзней, въ присутствіяхъ по воинской повинности, среди новобранцевъ, которые ежегодно посылаются на испытаніе въ различные лечебныя заведенія. Приходится разумѣется сожалѣть о томъ, что матеріалъ, надъ которымъ тратится со стороны врачей масса энергіи и наблюдательности, непродуцибельно остается въ архивахъ, безъ всякой разработки и освѣщенія, по отношенію къ причинамъ и характеру болѣзней, бывшихъ предметомъ испытанія, а также и о томъ, что матеріалъ этотъ не утилизируется для разработки и обогащенія новыми фактами, довольно темной еще области судебной медицины, по распознаванію притворныхъ болѣзней.

Въ числѣ разсмотрѣнныхъ мною исторій болѣзни насчитывалось 1424 случая по испытанію, нашедшихся уже на службѣ солдатъ, присланныхъ изъ войсковыхъ частей Казанскаго гарнизона и 2760 случаевъ по испытанію новобранцевъ, перелавныхъ въ госпиталь разными воинскими присутствіями Казанской губерніи. Такимъ образомъ цифры эти указываютъ на то, что Казанскому госпиталю, въ своей работѣ по испытанію молодыхъ людей въ годности къ военной службѣ, приходилось имѣть въ два раза больше дѣла съ неприятыми еще новобранцами Казанской губерніи, чѣмъ съ вижными чинами, состоящими на службѣ.

По вѣроисповѣданіямъ упомянутое число испытываемыхъ новобранцевъ распадается на 1362 православныхъ и на 1398 магометанъ, слѣдовательно православное и магометанское населеніе давали почти одинаковое число испытываемыхъ. По свѣдѣніямъ же собраннымъ Губернскимъ Статистическимъ Комитетомъ, за періодъ времени отъ 1884 до 1891 года отношеніе магометанъ къ православнымъ выражалась какъ 1 : 2. 3. Число же испытываемыхъ новобранцевъ давалось одинаковое обѣими исповѣданіями.

Контингентъ испытываемыхъ, присланныхъ изъ войсковыхъ частей, распределяется по вѣроисповѣданіямъ слѣдующимъ образомъ: православныхъ 860, магометанъ 564; или испытываемые магометане относятся къ испытываемымъ православнымъ какъ 1 : 1. 52. Отношенія эти указываютъ, что солдаты изъ магометанъ гораздо чаще подвергались испытанію, чѣмъ православные солдаты; такъ какъ по племенному составу войсковыхъ частей Казанскаго гарнизона, магометане составляли въ 80 годахъ, недавно минувшаго столѣтія, по наведеннымъ мною справкамъ въ Окружномъ Штабѣ, отъ 10 до 20% списочнаго состава и относились между собою какъ 1 : 4 или 5.

Общій результатъ испытанія во всѣхъ случаяхъ былъ слѣдующій. Въ 4184 исторіяхъ болѣзни отмѣчены годными къ службѣ 2032, негодными продолжать службу 1551, въ годовой отпускъ 469; или на 1000 человекъ испытываемыхъ 485,8% годными, 379,0%

негодными и 112,0% в годово́й отпускъ. Кроме того 128 человекъ подлежали внезапному освидѣтельствуванію. Такимъ образомъ половина испытуемыхъ оказалась здоровыми respective симулирующими, или среднимъ числомъ среди испытуемыхъ ежегодно насчитывалось 156 притворяющихся больными. Приведенныя цифры, до нельзя, говорятъ намъ о томъ, насколько общеобязательная воинская повинность еще туго призывалась въ здѣшнемъ населеніи въ періодѣ 80-хъ годовъ минувшаго столѣтія.

Еще болѣе поразительное и не желательное явленіе получится, если будемъ сравнивать число притворщиковъ, присланныхъ въ госпиталь изъ войсковыхъ частей Казанскаго гарнизона съ числомъ симулянтовъ, встрѣчавшихся во всей Прусской арміи за 80-ые годы. Изъ всѣхъ частей войска Казанскаго гарнизона, за отчетный періодъ поступило на испытаніе, какъ уже сказано 1424 нижнихъ чина. Изъ нихъ оказались годными къ службѣ 770 человекъ, или казанскій гарнизонъ давалъ ежегодно 59 притворяющихся ¹⁾. Между тѣмъ какъ въ Прусской арміи въ 80-хъ годахъ, среднимъ числомъ ежегодно всего навсего было 20 симулянтовъ, при средней 10 дневной продолжительности пребыванія въ лечебныхъ заведеніяхъ ²⁾; такъ что Казанскій гарнизонъ имѣлъ почти въ 3 раза больше симулянтовъ, чѣмъ вся Прусская армія ³⁾.

Чему приписать это крайне неутѣшительное для насъ явленіе?— Необыкновенному ли развитію чувства долга въ Прусскомъ населеніи, высокой ли культурности его, или особеннымъ условіямъ отбыванія общеобязательной воинской повинности, пустившей глубокіе корни въ населеніе, я здѣсь не берусь объяснить.

По годамъ, число испытуемыхъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

1880	—	248
1881	—	229
1882	—	297
1883	—	178
1884	—	128
1885	—	224
1886	—	346

¹⁾ Приведенная здѣсь средняя ежегодная цифра притворщиковъ въ Казанскомъ гарнизонѣ, безъ сомнѣнія ниже дѣйствительности; такъ какъ многіе изъ симулянтовъ излечиваются отъ своей наклонности къ притворству въ околоткахъ и пріемныхъ покояхъ своихъ частей и поэтому не попадаютъ въ регистрацію. Въ госпиталь-же отправляются обыкновенно болѣе упорные притворщики.

²⁾ Deutsche Militär-ärztliche Zeitschrift. 1892 годъ стр. 25.

³⁾ Во всѣхъ военныхъ госпиталяхъ Австрійской Имперіи, за періодъ 80-хъ годовъ, было ежегодно среднимъ числомъ только 151,7 симулянта.

1887	—	537
1888	—	220
1889	—	422
1890	—	430
1891	—	439
1892	—	486
Итого . . .		4184

Изъ этихъ данныхъ видно, что число испытываемыхъ стало замѣтно увеличиваться съ 1886 года; такъ что цифра испытываемыхъ въ 1892 г. сравнительно съ 80-мъ годомъ удвоилась.

По уѣздамъ, число испытываемыхъ новобранцевъ распредѣляется въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ:

1) Казанскій	539
2) Мамадышскій	492
3) Лаишевскій	390
4) Чистопольскій	330
5) Свияжскій	297
6) Цивильскій	185
7) Спасскій	152
8) Царевококшайскій	157
9) Тетюшскій	106
10) Ядринскій	46
11) Чебоксарскій	43
12) Малмыжскій	20
13) Козмодемьянскій	5
14) Казанскій гарнизонъ	1424

Итого. 4184.

По этимъ цифрамъ выходитъ, что наибольшее число испытываемыхъ новобранцевъ давалъ Казанскій уѣздъ, а наименьшее Козмодемьянскій. Причина этого явленія объясняется вѣроятно степенью отдаленности уѣзда отъ Казани, такъ что большинство новобранцевъ въ отдаленныхъ уѣздахъ вѣроятно испытывались въ своихъ земскихъ больницахъ.

Общій результатъ испытанія нѣсколько измѣнится, если распредѣлить испытываемыхъ новобранцевъ по вѣроисповѣданіямъ.

	Общее число испытываемыхъ.	Годными.	Негодными.	На 1000 ч. испыт. годныхъ.	На 1000 чел. испыт. негодныхъ.
Православныхъ.	1362	564	798	414,0	585,1
Магометанъ. .	1398	757	641	541,4	458,5

Отсюда видно, что среди испытываемыхъ новобранцевъ магометанъ оказалось больше годныхъ чѣмъ среди православныхъ на 193 человека или promille 127,4.

Несравненно любопытнѣе было бы въ судебно-медицинскомъ отношеніи прослѣдить отдѣльныя формы болѣзни, бывшія предметомъ испытанія, а также всѣ способы и методы изслѣдованія, применявшіеся для распознаванія притворства, во время пребыванія испытываемыхъ въ госпиталѣ. Къ сожалѣнію, находившіяся у меня исторіи болѣзни, какъ по внутреннему содержанію, такъ и по внѣшней формѣ, дали за небольшимъ исключеніемъ весьма скудный матеріалъ, годный для статистической разработки. Въ представляемой здѣсь таблицѣ испытанія по группамъ болѣзней отмѣчены только общія цифры о промилльномъ отношеніи каждой группы болѣзней къ общему числу испытываемыхъ а также процентное отношеніе результатовъ испытанія къ числу испытываемыхъ по каждой группѣ болѣзней.

Группы болѣзней, по которымъ производилось испытаніе.

Глазныя болѣзни	
Ушныя болѣзни	
Разнообразныя внутреннія болѣзни съ неопредѣленными субъективными жалобами	
Разнообразныя болѣзни органовъ движенія	
Искусственное истощеніе тѣла	
Падучая болѣзнь	
Грыжи	
Разстройство умственныхъ способностей	
Болѣзни сердца	
Искусственныя азвы	
Болѣзни яичка	
Разстройство мочеиспусканія	
Разширеніе венъ	
Опухоли	
Выпаденіе прямой кишки	
Заиканіе	
Неправильное тѣлосложеніе	
Искривленіе шеи и позвоночника	
Трясеніе тѣла, Витова пляска, полупараличи	
Болѣзни зубовъ	
Слюнной свищъ	
Переломъ и искривленіи ключицы	
Болѣзни носа	
Болтуны и шарпы	
Зобъ	
Лишніе пальцы	

Какъ выдающійся фактъ изъ приведенной общей таблицы можно отмѣтить, что нямъ (288 на 1000 испытанныхъ). Изъ нихъ 48% годныхъ, 45,0% негодныхъ и наго населенія много субъектовъ, страдающихъ заболѣваніемъ органа зрѣнія, ображающаго, что болѣзни глазъ не могутъ быть точно распознаны, и могъ выяснитъ и вопросъ этотъ заслуживаетъ дальнѣйшаго наблюденія. листовъ относительно испытываемыхъ по ушнымъ болѣзнямъ, грыжамъ, искус

Общее число испытанныхъ	На 1000 чел. испытанныхъ	Годами.	въ %	Негодными.	въ %	Число головъ отсрочка.	въ %	Подлежитъ введенію освидѣтельс.	въ %
1207	288,4	584	48,3	547	45,3	76	6,2	—	—
791	189,4	234	29,0	447	56,5	70	8,8	40	5,0
450	107,4	337	74,8	12	2,6	101	22,4	—	—
412	98,4	295	71,6	33	8,0	84	20,3	—	—
250	59,4	48	19,2	23	9,2	91	36,4	88	35,2
188	44,9	135	71,8	53	28,2	—	—	—	—
123	29,3	27	21,1	96	78,0	—	—	—	—
115	27,4	27	23,4	88	76,5	—	—	—	—
95	22,7	49	51,5	37	38,9	9	9,4	—	—
86	20,5	70	81,3	11	12,7	5	5,8	—	—
84	20,0	24	29,6	51	62,9	6	7,4	—	—
71	16,9	47	66,1	19	26,7	5	7,1	—	—
48	11,4	39	81,2	7	14,5	2	4,1	—	—
39	9,3	10	25,6	27	69,2	2	5,1	—	—
38	9,0	24	63,1	14	36,8	—	—	—	—
32	7,6	18	56,2	14	43,7	—	—	—	—
32	7,6	21	65,6	7	21,8	4	12,5	—	—
26	6,2	8	30,7	16	61,5	2	7,6	—	—
18	4,3	6	33,3	12	66,6	—	—	—	—
25	5,9	8	32,0	12	48,0	5	20,0	—	—
13	3,0	—	—	8	61,5	5	38,4	—	—
12	2,8	12	10,0	—	—	—	—	—	—
12	2,8	10	83,3	2	16,6	—	—	—	—
10	2,3	—	—	8	80,0	2	20,0	—	—
4	0,9	—	—	4	100,0	—	—	—	—
3	0,7	—	—	3	100,0	—	—	—	—
4184		2033		1551		469		128	

четвертую часть всѣхъ испытанныхъ давали испытуемые по глазнымъ болѣз-
6.2 въ годовой отпускъ. Вопросъ о томъ, дѣйствительно ли имѣется среди мѣст-
или явленіе это находится въ зависимости отъ неразвитости населенія, во-
потому чаще симулируются, я, изъ имѣвшагося у меня матеріала, не

Болѣе подробныя данныя мнѣ удалось извлечь только изъ 1352 свѣдѣній
ственному истощенію тѣла и эпилепсін, и къ изложенію которыхъ я и перехожу.

Испытуемые по ушнымъ болѣзнямъ.

Довольно значительный контингентъ испытуемыхъ, за изслѣдуемый періодъ времени, дали ушныя болѣзни. Число ихъ было 791 или на 1000 исторій болѣзней встрѣчалось 186, по болѣзнямъ слухового аппарата. Какъ одну изъ причинъ этого явленія слѣдуетъ, конечно главнымъ образомъ, признать то обстоятельство, что ушныя болѣзни вообще представляютъ собою страданіе крайне распространенное въ населеніи. Извѣстный отіатръ Трельчь увѣряетъ, что изъ 3-хъ человекъ всегда можно найти одного, у котораго существуютъ какія нибудь уклоненія отъ нормы въ слуховомъ органѣ. И весьма понятно. Достаточно вспомнить, что масса инфекціонныхъ заболѣваній, какъ: тифъ, скорлатина, корь, оспа, коклюшъ, инфлюэнца, насморкъ, а также золотуха, цынга, сифилисъ и туберкулезъ весьма часто осложняются болѣзнями слухового аппарата. Неговоря уже о тѣхъ первичныхъ, самостоятельныхъ заболѣваніяхъ ушей, которыя перѣдко происходятъ подъ вліяніемъ вредныхъ, климатическихъ, атмосферическихъ и профессиональныхъ условій. Извѣстно также, что въ простонародномъ быту гноетеченіе или такъ называемый недугъ изъ ушей считается самымъ обыденнымъ явленіемъ, по поводу котораго весьма рѣдко обращаются за врачебной помощію. Съ другой стороны, служа причиной, препятствующей приему въ военную службу, страданія органа слуха въ самой легкой и простѣйшей формѣ, уже становятся предметомъ притворства, или по крайней мѣрѣ значительнаго преувеличенія; такъ какъ точное распознаваніе ихъ обусловливается извѣстной спеціальною сноровкой и требуетъ госпитальнаго наблюденія. Кромѣ того уклоняющимся отъ военной службы безъ сомнѣнія также извѣстенъ тотъ фактъ, что наука вообще допускаетъ возможность существованія полной глухоты, даже при совершенно здоровомъ состояніи акустическаго аппарата.

Средняя продолжительность пребыванія испытуемыхъ по ушнымъ болѣзнямъ въ госпиталѣ была 21, 6 дня. Наименьшее пребываніе продолжалось 2 дня, а наибольшее пребываніе одного молодого солдата (членовредителя). Эстляндскаго полка, продолжалось 425 дней. На 791 испытуемаго по ушнымъ болѣзнямъ было 171 молодой солдатъ и 620 неприятныхъ новобранцевъ, или на 1000 человекъ испытывавшихся молодыхъ солдатъ было 113, 7 ушныхъ, на 1000 же новобранцевъ 210, 2 ушныхъ. Слѣдовательно испытаніе по ушнымъ болѣзнямъ почти въ 2 раза чаще понадобилось у новобранцевъ чѣмъ у молодыхъ солдатъ. По національностямъ, испытуемые по ушнымъ болѣзнямъ, распредѣляются слѣдующимъ образомъ: Среди молодыхъ солдатъ было 92 русскихъ, 39 татаръ, 27 поляковъ и 15 евреевъ. Въ процентахъ на 100 испытуемыхъ молодыхъ сол-

дать 53,8% русскихъ, 22,8% татаръ, 15,7% поляко въ и 7,5% евреевъ. Среди новобранцевъ было 339 русскихъ и 281 татаръ, въ процентахъ на 100 испытываемыхъ новобранцевъ 54,7 русскихъ и 45,2 татаръ.

Что касается результатовъ испытанія, то какъ видно изъ скорбныхъ листовъ, госпиталь въ своихъ наблюденіяхъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 194 субъекта, поступившіе въ госпиталь съ преувеличенными жалобами на глухоту и значительную тупость слуха, существовавшія у нихъ якобы съ дѣтства, признаны здоровыми и годными къ службѣ; ибо глухота и тупость слуха зависѣли у нихъ отъ различныхъ вѣдшихъ раздраженій органа слуха, подозрительнаго характера. Кромѣ этихъ мнимыхъ глухихъ было еще 40 испытываемыхъ, у которыхъ обыкновенныя измѣненія въ звукопроводящемъ аппаратѣ были на столько незначительны, что объяснять ими упорно обнаруживаемую новобранцами глухоту или тупость слуха не представлялось возможнымъ и госпиталь поэтому вынужденъ былъ ограничиться указаніемъ на 37 ст. Лит. А, по которой свѣдѣнія объ испытываемыхъ должны быть собраны на роденѣ у односельчанъ. При этомъ также не лишне будетъ замѣтить, что подобная мѣра не всегда ведетъ къ желаемой цѣли и не всегда надежна для раскрытія притворства. Между испытываемыми попадались такіе случаи глухоты, которыя подтверждались приговоромъ со значительнымъ числомъ подписей односельчанъ; между тѣмъ какъ въ госпиталѣ эти же самые новобранцы были увлечены въ томъ, что они слышать не только разговорную рѣчь но и шопотъ. Примѣнялись ли къ этимъ испытываемымъ различные способы изслѣдованія глухоты, рекомендованные многими спеціалистами отіатрами (Zeuber, Leopold, Müller, Burchardt, Preusse и. м. д.) въ скорбныхъ листахъ не отмѣчено. Остальные испытываемые, въ числѣ 557 субъектовъ, одержимыхъ различными патологическими явленіями слухового органа, были присланы въ госпиталь для выясненія причины происхожденія ушныхъ болѣзней, а также для опредѣленія степени развитія послѣднихъ, по отношенію годности или негодности испытываемыхъ къ приему въ военную службу. Среди этихъ большихъ насчитывается: съ острыми воспалительными явленіями наружнаго слухового прохода подозрительнаго происхожденія 26 человекъ, съ простымъ катарромъ средняго уха 47 человекъ; съ явленіями острого гнойнаго воспаленія средняго уха подозрительнаго происхожденія 37 чел. и съ хроническимъ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха, сопровождавшимся органическими измѣненіями частей органа слуха, какъ разрушеніемъ барабанной перепонки, такъ и полипозными разращеніями, 447 человекъ.

Констатируя степень развитія того или другого болѣзненнаго процесса въ слуховомъ аппаратѣ испытываемаго, госпиталь, какъ

видно изъ исторій болѣзни, лишень былъ возможности высказать что либо опредѣленное, категорическое о причинахъ сказанныхъ заболѣваній въ судебномъ отіатрическомъ смыслѣ; ибо извѣстно, что рѣшеніе вопроса объ умысленномъ происхожденіи каждаго даннаго ушнаго страданія въ высшей степени затруднительно и возможно только въ свѣжихъ случаяхъ, въ первыхъ стадіяхъ заболѣванія, или при наличности какого нибудь *corporis delicti*. Изъ всего числа наблюдавшихся ушныхъ больныхъ, госпиталь только относительно трехъ субъектовъ высказывается съ большей вѣроятностью объ искусственномъ происхожденіи у нихъ ушной болѣзни. Членовредители эти—два Эстляндскаго и одинъ Ревельскаго полка: два въ 1882 и одинъ въ 1884 году поступили въ госпиталь въ первые дни заболѣванія съ омертвленіями клѣтчаты, въ области ушной раковины и наружнаго слухового прохода, съ послѣдовательнымъ омертвленіемъ костей. выдѣленіемъ секвестровъ и параллельно вѣтвей лицеваго нерва, на соответствующей сторонѣ. Что касается годности испытуемыхъ больныхъ, въ зависимости отъ степени развитія у нихъ болѣзненного процесса, то въ скорбныхъ листахъ мною найдено слѣдующее: испытуемые, имѣвшіе острое воспаленіе наружнаго слухового прохода и среднего уха признаны годными въ виду того, что болѣзненный процессъ во время пребыванія въ госпиталѣ у нихъ закончился и они выздоровѣли. Такихъ испытуемыхъ было 35. Дана отсрочка на годъ 70 испытуемымъ, имѣвшимъ простой катарръ среднего уха, при сохраненіи слуха для разговорной рѣчи. Признано негодными 447 испытуемыхъ, одержимыхъ хроническимъ воспаленіемъ среднего уха, сопровождавшимся разрушеніемъ барабанной перепонки и полипозными разраженіями въ барабанной полости. 3 молодыхъ солдата заподозрѣны въ членовредительствѣ и два новобранца признаны подлежащими отправленію на испытаніе въ лечебницу для душевнобольныхъ. Такимъ образомъ, изъ приведенныхъ данныхъ усматривается; что 1) изъ числа испытуемыхъ по ушнымъ болѣзнямъ 56,5% оказались больными хроническими органическими измѣненіями въ слуховомъ аппаратѣ и подверглись дѣйствию 35 и 36 ст. Лйт. А наставленія. Было ли между причинами ушныхъ болѣзней также и членовредительство трудно рѣшить и госпиталь, за неимѣніемъ объективныхъ, строго научныхъ данныхъ, не бралъ на себя нравственной отвѣтственности высказать что либо опредѣленное по этому поводу. 2) 25,6% всѣхъ испытуемыхъ притворялись глухими и во всякомъ случаѣ переувеличивали свои жалобы на глухоту и тупость слуха, съ цѣлью уклоняться отъ военной службы. 3) 8,8% испытуемыхъ получили отсрочку вслѣдствіе того, что въ госпиталѣ не было выяснено на сколько страданіе ушей мѣшало имъ для службы 4) 5,2% испытуемыхъ подлежали вопросу

односельчанъ 5) 3,4%₀ испытуемыхъ были одержимы острыми заболѣваніями, подозрительнаго происхожденія, наружнаго слухового прохода и выздоровѣли во время пребыванія въ госпиталѣ 6) 0,3%₀ признаны членовредителями и наконецъ 7) 0,2%₀ испытуемыхъ отправлены на испытаніе въ психіатрическую лечебницу. Если сравнить цифры испытуемыхъ по ушнымъ болѣзнямъ въ Казанскомъ военномъ госпиталѣ съ болышимъ статистическимъ матеріаломъ, собраннымъ ушнымъ врачомъ Гейманомъ въ Варшавскомъ Уздовскомъ госпиталѣ за 7 лѣтъ (3335 случая испытанія), то представляются слѣдующія особенности, зависяція по всей вѣроятности отъ мѣстныхъ условій: 1) процентъ испытуемыхъ признанныхъ годными меньше въ Казанскомъ госпиталѣ, чѣмъ въ Уздовскомъ госпиталѣ; 29,0%₀ въ Казанскомъ и 32,8%₀ въ Уздовскомъ госпиталѣ. 2) число уволенныхъ вовсе отъ службы въ Казанскомъ госпиталѣ гораздо больше, чѣмъ въ Уздовскомъ; 35,4%₀ въ Уздовскомъ и 56,6%₀ въ Казанскомъ госпиталѣ. 3) уволенныхъ на годъ несравненно меньше въ Казанскомъ госпиталѣ противъ Уздовскаго—въ Казанскомъ 8,8%₀; а въ Уздовскомъ 31,94%₀.

Здѣсь умѣстно будетъ также указать на разумную мѣру, существующую въ Австрійской арміи¹⁾ изслѣдовать у новобранцевъ, при поступленіи ихъ въ войсковую часть, остроту слуха. Благодаря такому обычаю, войсковые врачи могутъ скорѣе и легче ориентироваться при возникновеніи вопроса о происхожденіи каждаго даннаго ушнаго страданія.

Искусственное истощеніе.

Со время знаменитаго Шосса (Chossat) накопилось въ литературѣ немало фактовъ относительно явленій, происходящихъ въ обмѣнѣ веществъ животнаго организма, подъ вліяніемъ голоданія. Многими фізіологами производились дальнѣйшія наблюденія надъ животными, въ самомъ разнообразномъ направленіи. У человѣка же въ фізіологическомъ смыслѣ, истощеніе тѣла, вслѣдствіе полнаго воздержанія отъ пищи, приходится наблюдать весьма рѣдко; какъ наприимѣръ, послѣ перенесеннаго кораблекрушенія, при осадѣ въ крѣпостяхъ, во время неурожая и наконецъ при голодающемъ спортѣ, въ родѣ знаменитыхъ Таннера и Cetti. Къ сожалѣнію однакожь, собранные наукой факты даютъ намъ весьма мало точечъ опоры, при распознаваніи искусственнаго истощенія, встрѣчаемаго

¹⁾ Militärarzt 1899 г. № 23.

среди призываемых къ отбыванію воинской повинности новобранцевъ. Подобнаго рода притворство, или лучше сказать, членовредительство встрѣчалось уже давно, даже въ древніе эпохи. Императоръ Траянъ, какъ рассказываютъ, осудилъ на изгнаніе одного отца за то, что онъ искусственными мѣрами истощилъ своего сына, чтобы освободить его отъ военной службы. Продолжительное голоданіе предъ призывомъ встрѣчается теперь не особенно часто, но въ извѣстныхъ мѣстностяхъ, оно иногда принимаетъ даже эпидемическій характеръ. Такъ, среди испытываемыхъ Казанскаго веннаго госпиталя, за отчетный періодъ, мною насчитано 250 субъектовъ, присланныхъ по подозрѣнію въ искусственномъ истощеніи. Такимъ образомъ на 1000 всѣхъ испытываемыхъ приходится 59,4% съ искусственнымъ истощеніемъ. При этомъ необходимо отмѣтить, что на 100 новобранцевъ, подозрѣваемыхъ въ искусственномъ истощеніи тѣла, было христіанъ 13,2%, магометанъ 85,2% и евреевъ 1,6%. Неменѣе рѣзкія цифры даетъ намъ распредѣленіе испытываемыхъ въ истощеніи, по мѣсту жительства. Почти половину всѣхъ испытываемыхъ въ искусственномъ истощеніи далъ намъ Мамадышскій уѣздъ 115 ч., Спасскій 22 чел., Цивильскій 21 чел., Казанскій 19 чел. Свияжскій 15 чел., Чистопольскій 15, Царевококшайскій 14, Лайшевскій 11, Тетюшскій 3 чел. и 14 чел. прислано изъ разныхъ войсковыхъ частей.

Изъ рассмотрѣнныхъ мною скорбныхъ листовъ видно, что дѣятельность госпиталя, по испытанію въ искусственномъ истощеніи, состояла: во 1-хъ въ подробнѣйшемъ изслѣдованіи всѣхъ органовъ, съ цѣлью найти какое вибудь указаніе на причину непонятной худобы, и во 2-хъ, въ судебно-медицинскомъ надзорѣ за правильнымъ, со стороны испытываемыхъ, пріемомъ пищи и за состояніемъ пищеварительнаго канала. Кромѣ того, врачи слѣдили за вѣсомъ тѣла, думая найти въ колебаніи вѣса ключъ къ разъясненію видимаго истощенія, при отсутствіи другихъ аномальныхъ патологическихъ измѣненій во всѣхъ органахъ испытываемаго. По обыкновенное періодическое взвѣшиваніе, какъ оказалось, непривело къ желаемымъ результатамъ; такъ какъ у испытываемыхъ новобранцевъ, за все время пребыванія въ госпиталѣ, вѣсъ остался безъ перемѣны, или, въ большинствѣ случаевъ, давалъ весьма незначительныя, въ ту или другую сторону, колебанія которыя могли зависѣть отъ условій дефекаціи и опорожненія мочевого пузыря. Подробное лабораторное изслѣдованіе азотистаго обмѣна у испытываемыхъ также не могло быть выполнено при обстановкѣ госпитальной службы и при той массѣ испытываемыхъ, которая бываетъ въ госпиталѣ, вскорѣ послѣ призыва. Да и, собственно говоря, тѣ данныя, которыя получаютъ при изслѣдованіи азотистаго обмѣна, какъ напримѣръ: рѣзкое паденіе количества мочевины,

отсутствіе хлоридовъ, уменьшенное количество мочи и кала и многія другія явленія могутъ быть характерны при абсолютномъ голодавіи (*Inanitio completa*). Новобранцы же притворщики подвергаютъ себя неполному количественному или качественному голодавію. Такимъ образомъ, по неизбѣннѣ научныхъ основаній для объективнаго разрѣшенія вопроса: имѣемъ ли мы предъ собою въ каждомъ данномъ случаѣ искусственное, или зависящее отъ какихъ либо другихъ, неизвѣстныхъ намъ, причинъ, истощенія, врачамъ госпиталя приходилось только ограничиваться указаніемъ на извѣстный административный пріемъ, состоящій во внезапномъ изслѣдованіи новобранцевъ.

Изъ 250 испытуемыхъ въ искусственномъ истощеніи признано госпиталелемъ годными къ службѣ 48 или 19,2%, подлежащими внезапному освидѣтельствуванію 88 чел. или 35,2%, дана годовая отсрочка 91-му или 36,4% и уволены вовсе отъ службъ 23 или 9,2%. Средняя продолжительность пребыванія въ госпиталѣ испытуемыхъ, въ искусственномъ истощеніи, было 35,4 дня. Наименьшее пребываніе было 10 дней и наибольшее 110 дней.

Вопросъ обиспытаніи новобранцевъ въ искусственномъ истощеніи былъ также предметомъ обсужденія, еще въ 1889 году, въ одномъ изъ засѣданій нашего общества, въ которомъ пришли къ заключенію, что въ виду отсутствія научныхъ основъ для рѣшенія въ каждомъ данномъ случаѣ истощенія, искусственнаго ли оно, или неискусственнаго происхожденія, практичнѣе предоставить рѣшеніе этого вопроса компетенціи присутствій по воинской повинности, вмѣсто безплоднаго испытанія такихъ новобранцевъ въ госпиталѣ.

Съ своей стороны, считаю не лишнимъ, также указать на то, что отрицна обязательнаго грудноизмѣренія при пріемѣ новобранцевъ послужить хорошей административной мѣрой къ значительному сокращенію числа испытуемыхъ въ искусственномъ истощеніи, если не къ окончательному исчезновенію его изъ судебно-медицинской практики военныхъ госпиталей. Изъ практики и научныхъ наблюденій уже давно извѣстно, что въ экономическомъ равновѣсіи организма при голоданіи является прежде всего дефицитъ въ количествѣ жира и въ системѣ произвольныхъ мышцъ. Исчезаніе жира и атрофія мускуловъ въ свою очередь безспорно вліяютъ на размѣры грудной кѣтки, въ уменьшенію которыхъ главнымъ образомъ и стремятся членовредители, чтобы имѣть такъ сказать законное основаніе быть уволенными отъ службы. Въ антропометрическихъ изслѣдованіяхъ¹⁾, которыя я имѣлъ честь докла-

¹⁾ Военно-санитарное дѣло за 1886 г.

дывать въ нашемъ обществѣ, мною приведены данныя, указывающія, что размѣры взятые на окружности груди сплошь и рядомъ не могутъ служить критеріемъ внутренней крѣпости грудныхъ органовъ и что эти размѣры очень часто не совпадаютъ съ емкостью и эластичностью дыхательнаго аппарата.

Падучая болѣзнь (Epilepsia).

Падучая болѣзнь, какъ извѣстно, принадлежитъ къ числу излюбленныхъ формъ страданій, выбираемыхъ молодыми людьми для своего притворства, при уклоненіи отъ военной службы. Причина этого явленія отчасти кроется въ томъ, что падучая болѣзнь, по характеру своего теченія, не требуетъ со стороны притворщиковъ постоянного упорнаго напряженія для приведенія въ исполненіе своей, заранѣе заученной роли.

Падучая болѣзнь (Epilepsia) выражается большею частію тѣмъ, что въ неопредѣленные промежутки является у одержимаго ею больного, на короткое время, полная потеря сознанія, сопровождающаяся сначала тошечными, а потомъ клоническими судорогами. Въ остальное время, внѣ этихъ припадковъ, больной совершенно свободенъ отъ всякихъ страданій и функціональных разстройствъ и поведимому, по крайней мѣрѣ въ глазахъ не специалистовъ, ни чѣмъ не отличается отъ здороваго человѣка. Такимъ образомъ притворяющемуся эпилептику достаточно только разъ или два разыграть предъ наблюдающимъ его врачомъ эпилептический припадокъ и задуманная имъ цѣль избавиться отъ военной службы достигнута. Что поддѣлка эпилептическихъ припадковъ можетъ быть выполнена съ нѣкоторымъ успѣхомъ многократно приводится въ судебной медицинскій литературѣ. Вестфаль¹⁾ описываетъ случай эпилептического припадка, который былъ настолько художественно продланъ, что, наблюдавшій его извѣстный неврологъ Ромбергъ, назвалъ его „классическимъ“ и когда обманъ этотъ обнаружился, притворщикъ-эпилептикъ былъ приглашенъ въ аудиторію для демонстраціи его предъ слушателями. Немало также способствуетъ увеличенію въ госпиталяхъ числа испытуемыхъ въ падучей болѣзни существующее законоположеніе, по которому новобранцы, заявившіе о страданіи падучею болѣзнию, отсылаются на испытаніе, если представляютъ удостовѣреніе какихъ либо учрежденій, или просто 3-хъ свидѣтелей въ томъ, что они страдаютъ эпилепсіей. Кому неизвѣстно, что подобнаго рода

¹⁾ Berliner Klinische Wochenschrift 1873 № 40 стр. 482.

удостоверенія выдаются обыкновенно широкой рукой и, будучи санкціонированы закономъ, служатъ только лишнимъ искушеніемъ для многихъ наивныхъ притворщиковъ, воображающихъ, что врачей можно также легко, какъ своихъ односельчанъ, провести поддѣльными припадками падающей болѣзни. Съ другой стороны нельзя не замѣтить, что число эпилептиковъ (хотя статистически этотъ вопросъ у насъ еще не разработанъ) по всей вѣроятности перѣдкое въ населеніи. По даннымъ, имѣющимся относительно нѣкоторыхъ мѣстностей Европейскихъ государствъ, эпилепсія довольно распространена. Такъ въ нѣкоторыхъ, департаментахъ Франціи насчитываютъ до 6 эпилептиковъ на 1000 жителей ¹⁾. По изслѣдованіямъ Марселли, въ Италіи найдется отъ 28 до 30 тысячъ эпилептиковъ, и на 10000 призывныхъ было уволено вслѣдствіе эпилепсіи 11,53. Въ Мекленбургѣ на 530,000 жителей найдено 639 эпилептиковъ, такъ что на 10000 жителей выходитъ 12,0. По таблицамъ лечебныхъ заведеній Зольмана, наибольшее число эпилептиковъ выпадаетъ на періодъ до и послѣ наступленія половой зрѣлости, стало быть близко къ призывному возрасту. Если еще добавить, что наследственность играетъ первостепенную роль въ распространеніи эпилепсіи и что алкоголизмъ, сифилисъ и цѣлая серія дѣтскихъ болѣзней занимаютъ видное мѣсто въ ряду причинъ, порождающихъ эпилепсію, то неудивительно, что приходится встрѣчать много эпилептиковъ среди каждаго даннаго населенія.

За изслѣдуемый нами періодъ времени, общее число испытывавшихся въ Казанскомъ военномъ госпиталѣ, вслѣдствіе падающей болѣзни, было 188, изъ нихъ непринятыхъ новобранцевъ 95, присланныхъ изъ войсковыхъ частей 93. На 1000 испытываемыхъ вообще было 44,9 эпилептиковъ, или на каждые 22 испытываемыхъ приходилось испытывать одного въ падающей болѣзни. Изъ 188 испытываемыхъ признано дѣйствительно страдающими эпилепсіей только 53 человѣка или 28,2%, остальные 135 или 71,5% признаны здоровыми и годными къ продолженію службы. На 135 человѣкъ признанныхъ здоровыми только 39 человѣкъ испытываемыхъ оказались настоящими симулянтами т. е. продѣлывали притворные припадки, остальные 96 пролежали въ Госпиталѣ по 3 мѣсяца и за все время пребыванія ихъ, какъ гласитъ въ скорбныхъ листахъ, за ними никакихъ припадковъ падающей болѣзни не наблюдалось. Средняя продолжительность пребыванія въ госпиталѣ признанныхъ эпилептиковъ было 55 дней, наименьшее пребываніе дѣйствительныхъ эпилептиковъ продолжалось 7 дней и наибольшее 138 дней.

¹⁾ Real-encyclopedie der gesamten Heilkunde. Eulenburg изд. 2-е томъ 17 стр. 407.

Средняя продолжительность пребывания непризнанных эпилептиковъ 70,6 дней. Наибольшее пребываніе 142 дни, а наименьшее 8 дней. Болѣе наглядно представляется время пребыванія непризнанныхъ эпилептиковъ въ слѣдующей таблицѣ:

Число испытуемыхъ	Число дней
7	отъ 8 до 20
14	— 20 — 30
9	— 30 — 40
9	— 40 — 50
9	— 50 — 60
11	— 60 — 70
6	— 70 — 80
20	— 80 — 90
36	— 90 — 100
8	— 100 — 110
5	— 110 — 120
1	— 142 —

Изъ этого видно, что наибольшее число испытуемыхъ бывало отъ 80 до 100 дней.

По вѣроисповѣданіямъ число испытуемыхъ въ падучей болѣзни распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

Христіанъ	126
Магометанъ	55
Евреевъ	7

На 100 человѣкъ испытуемыхъ эпилептиковъ было христіанъ 67,0 магометанъ 29,2 и евреевъ 3,7.

Признано дѣйствительными эпилептиками:

Христіанъ 38 въ отношеніи къ числу испытуемыхъ	30,0%
Магометанъ 14	25,4%
Евреевъ . . 1	14,2%

или отношеніе между дѣйствительными эпилептиками и испытуемыми было у христіанъ какъ 1.3.3 у магометанъ какъ 1.3.9 и евреевъ какъ 1.7.0.

Что же касается самаго текста скорбныхъ листовъ, гдѣ описываются наблюдавшіеся случаи эпилепсiи, то, хотя это и не входитъ въ рамки моего краткаго очерка, позволю себѣ кое что отмѣтить въ интересахъ правильной постановки важнаго для насъ вопроса объ испытаніи неспособныхъ. При этомъ я опять повторяю, что пересмотрѣнные мною скорбные листы не имѣютъ уже въ настоящее время никакого соотношенія къ дѣйствительности и, какъ достояніе госпитальнаго архива, заключаютъ въ себѣ только историческій интересъ. Такъ какъ въ 14 ст. Лит. А наставленія говорится о падучей болѣзни вообще, безъ всякаго разграниченія и указанія на различныя клиническія формы и степени развитія этой болѣзни, то обыкновенно весь вопросъ госпитальнаго испытанія сводится къ тому, чтобы поймать и констатировать эпилептический припадокъ. Но это вовсе не такъ легко. Для появленія эпилептическихъ припадковъ нѣтъ поры и они могутъ встрѣчаться въ различное время дня и ночи. По этому, процедура ловли припадковъ чаще всего выпадала на долю дежурныхъ ординаторовъ, которымъ, какъ бы скоро они не являлись къ испытуемому, весьма рѣдко удавалось наблюдать полный припадокъ, въ наиболѣе типическомъ его фазисѣ. Чаще всего, какъ, видно изъ скорбныхъ листовъ, дежурные ординаторы заставляли только остатки клоническихъ судорогъ или начало періода сопорознаго состоянія. Относительно же 2-го фазиса припадка, дающаго намъ, для болѣе точнаго распознаванія эпилепсiи, цѣлую группу характерныхъ, трудно симулируемыхъ явленій, приходилось болѣею частью ограничиваться распросами у дежурнаго фельдшера или другихъ окружающихъ. Понятно, что при такой случайности и отрывочности наблюденія, весьма трудно ориентироваться и быть всегда увѣреннымъ въ прочности устанавливаемаго того или другаго діагноза. Такъ, въ отмѣткахъ на скорбныхъ листахъ признанныхъ эпилептиковъ, объ одномъ и томъ же испытуемомъ, нерѣдко высказываются наблюдателями противоположныя мнѣнія. Въ одномъ случаѣ записано, что припадокъ производитъ впечатлѣніе притворства, а въ другомъ этотъ самый испытуемый отмѣченъ какъ несомнѣнный эпилептикъ. Нѣкоторая субъективность, зависящая отъ той или другой научной подготовки и опытности наблюдавшаго, отражается также на выборѣ объективныхъ признаковъ, заслуживающихъ быть отмѣченными. Такъ въ одномъ случаѣ встрѣчаются данныя по изслѣдованію мочи на бѣлокъ, въ другомъ по взвѣшиванію тѣла, въ 3-мъ по изслѣдованію температуры тѣла, въ 4-мъ по изслѣдованію рефлексовъ и т. п. Всѣ эти признаки несомнѣнно имѣютъ за собою научное обоснованіе, но только при условіи, если бы они отмѣчались всѣми наблюдателями съ извѣстнымъ постоянствомъ и съ одинаковой періодичностью. Что

касается состоянія зрачка у признанныхъ эпилептиковъ, то объ этомъ упоминается безусловно въ каждомъ описаніи припадка. Но имѣется ли за традиціоннымъ зрачкомъ дѣйствительно какое либо характеризующее значеніе для констатированія настоящей эпилепсіи, трудно судить по этому матеріалу; такъ какъ состояніе зрачка было разнообразное; въ одномъ случаѣ признанной эпилепсіи зрачекъ расширенъ, а въ другомъ суженъ. Въ однихъ случаяхъ реагируетъ на свѣтъ, а въ другихъ не реагируетъ. Повидимому состояніе зрачка, во время эпилептическихъ припадковъ, можетъ имѣть условное значеніе въ зависимости отъ того, въ какомъ фазисѣ припадка зрачекъ наблюдался. Ученіе¹⁾, специально занимавшіеся реакціей зрачка во время эпилептическихъ припадковъ, утверждаютъ, что въ моментъ крика эпилептика зрачекъ суживается ad maximum; въ періодѣ же тетаніи получается наибольшее расширение зрачка, а во время клоническихъ судорогъ замѣчаются клоническія сокращенія зрачка. Кромѣ того при изслѣдованіи испытуемыхъ, приходится также имѣть въ виду дѣйствіе атропина и кокаина на органъ зрѣнія. Приводится же въ литературѣ случай находженія у симулянтовъ подъ ногтемъ пальца ноги кусковъ вытяжки соевой одури²⁾.

Само собою разумѣется, что анамнезъ, при изслѣдованіи испытуемыхъ, не можетъ имѣть того важнаго значенія, которое придается ему клиницистами. Имѣя дѣло въ большинствѣ случаевъ съ уклоняющимися отъ военной службы и неразвитыми простолудинами, а также нерѣдко съ инородцами, плохо знающими по русски, едва ли можно получать отъ нихъ какія либо, цѣнныя для распознаванія, факты изъ разспросовъ, и въ нашихъ скорбныхъ листахъ всѣ анамнестическія данныя всегда однообразны и мало характеристичны для выясненія дѣла. Еще меньше можно встрѣтить въ скорбныхъ листахъ точную, со стороны испытуемыхъ, передачу тѣхъ ощущеній, которыя бываютъ въ предромальномъ періодѣ эпилептического припадка, такъ называемой аура epileptica, которая такъ прекрасно описывается въ руководствахъ, особенно старыми врачами.

Для болѣе успѣшнаго распознаванія эпилепсіи, а равно какъ и для сокращенія числа испытуемыхъ по падучей болѣзни, пребывающихъ по долгу въ госпиталяхъ, было бы весьма желательно слѣдующее: 1) имѣть для руководства научно-обоснованную инструкцію, обнимающую собою всѣ методы всесторонняго изслѣдованія эпилепсіи, не только во время припадковъ по и въ меж-

¹⁾ Real-encyclopedie, Euleuburg т. VI. стр. 424 изд. 2.

²⁾ Орловъ. Основы діагностики стр. 74.

припадочномъ состояніи. Печатная инструкція эта можетъ быть, для облегченія наблюдателей, приложена къ скорбному листу въ сжатой формѣ вопросныхъ пунктовъ. Нѣкоторые пункты этой инструкціи, касающіеся собственно эпилептического припадка должны быть преподаваемы низшему медицинскому персоналу, для толковаго наблюденія испытуемыхъ, до прибытія врача. 2) Законоположеніе, по которому новобранцы посылаются на испытаніе въ госпиталь на основаніи удостовѣренія полиціи, волостного правленія и приговора сельскаго общества, желательно было бы отмѣнить и въ 3) желательно бы болѣе точное регламентированіе 14 ст. Лит. А наставленія съ обозначеніемъ, что собственно подъ падучей болѣзью слѣдуетъ понимать, большую ли эпилепсію (*epilepsia gravior*) съ классическими припадками, или малую эпилепсію такъ называемую *petit. mal*. Что же касается другихъ легкихъ формъ проявленія эпилепсіи, то объ нихъ можетъ быть оговорено въ Лит. Б. какъ объ одной изъ болѣзней, не препятствующихъ приему на нестроевую службу, если разумѣется новобранецъ во всемъ остальномъ здоровъ. Опасаться мнѣ кажется здѣсь за то, что болѣзнь скорѣе ухудшится на службѣ, чѣмъ дома, нечего. Если правда, что Цезарь, Магометъ и Наполеонъ страдали эпилепсіей, то право не страшно сомнительнаго эпилептика прямо зачислить на нестроевую службу и не держать его 3—4 мѣсяца въ госпиталѣ, въ ожиданіи появленія припадка.

Грыжи.

Среди испытывшихся въ Казанскомъ военномъ госпиталѣ, за упомянутый періодъ времени, насчитывается также 123 субъекта съ грыжами. Число это, по отношенію ко всей суммѣ испытывавшихся, составляетъ всего только 29,3%. Казалось бы, съ перваго взгляда, что по смыслу 56 ст. наставленія, которая гласитъ, что грыжа, во всѣхъ періодахъ развитія, препятствуетъ приему на службу, субъекты одержимые ею, собственно говоря, не должны были быть предметомъ госпитальнаго испытанія; такъ какъ распознаваніе грыжи, какъ извѣстно, основано исключительно на такихъ видимыхъ объективныхъ признакахъ, которые доступны изслѣдованію и въ присутствіи по военной повинности. Но поступленіе грыжъ въ госпиталь на испытаніе, повидимому, можно отчасти объяснить тѣмъ, что въ служебной практикѣ военныхъ врачей, съ конца 80-хъ годовъ, появилось, чуть ли не эпидемически, много случаевъ грыжи, подозрительнаго характера. Родина этого явленія западный Привисляпскій край, гдѣ уклоненіе отъ военной повинности существуетъ въ весьма широкихъ размѣрахъ. До второй по-

ловны 80-х годовъ, на сколько извѣстно изъ врачебной литературы, никто не предполагалъ, что въ числѣ этиологическихъ моментовъ грыжи можетъ быть принято также и искусственное происхожденіе. Фактъ искусственнаго происхожденія грыжи былъ въ первыхъ порахъ на столько оригиналенъ, что когда профессоръ Борнгаушъ сдѣлалъ на конгрессѣ хирурговъ докладъ объ искусственныхъ грыжахъ, то вопросъ этотъ, какъ совершенно новый въ литературѣ, прошелъ безъ всякихъ замѣчаній и дополненій со стороны присутствовавшихъ хирурговъ всѣхъ странъ. Въ руководствахъ и монографіяхъ иностранныхъ авторовъ о притворныхъ болѣзняхъ (Derblich, Heller, Zuber) также ничего не упоминается объ искусственно-произведенныхъ грыжахъ. Въ учебникахъ по хирургіи также нигдѣ не указано, что грыжа можетъ быть вызвана искусственно. О членовредительствѣ подобнаго рола заговорили впервые наши военные врачи, имѣвшіе случаи сталкиваться съ нимъ въ присутствіяхъ по военной повинности и наблюдать въ Варшавскомъ Уздовскомъ военномъ госпиталѣ. Всѣ наблюдатели приблизительно обращаютъ вниманіе на слѣдующія отличительныя особенности грыжъ искусственнаго происхожденія: большое несоотвѣтственно-наружное отверстие, при отсутствіи наклонности грыжи опускаться въ мошонку, верѣдно утолщенные зазубренные края, неправильное отношеніе къ сѣмевному канатику. Несмотря однакожь на то, что хирургами и военными врачами Уздовскаго военного госпиталя установлены кое какіе признаки, характеризующіе искусственно-произведенныя грыжи, все-таки, вопросъ о возможности или невозможности этого явленія остается, пока открытымъ, въ виду нѣкоторыхъ разногласій, высказанныхъ наблюдателями искусственныхъ грыжъ. Такъ напримѣръ, военный врачъ Орловъ, въ своихъ основахъ діагностики притворныхъ болѣзней у новобранцевъ, высказываетъ, что искусственная грыжа, по его наблюденіямъ, фигурируетъ преимущественно въ лѣвой паховой области и это, по его мнѣнію, должно считаться однимъ изъ признаковъ грыжи искусственнаго происхожденія. Появленіе искусственной грыжи въ лѣвомъ паху объясняетъ онъ тѣмъ, что будто бы грыжа производится давленіемъ снутри квадрата тупымъ орудіемъ, чрезъ прямую кишку, чрезъ которую имѣетъ ближайшій доступъ въ лѣвую паховую область.

Военный врачъ К. Шульцъ¹⁾, имѣвшій случай наблюдать 133 грыжи подозрительнаго происхожденія, напротивъ утверждаетъ, что громадное большинство искусственныхъ грыжъ встрѣчается въ правой паховой области и что, по его предположенію, грыжа производится тупыми щипцами, на подобіе расширителей перчатокъ,

¹⁾ Врачъ. 1893 г. Ст. 1376.

черезъ мошонку и наружное отверстіе пахового канала. Прозекторъ Ишинскій довольно обстоятельно изслѣдовалъ на 90 трупахъ вопросъ объ условіяхъ и возможности производства искусственныхъ грыжъ и въ напечатанной имъ, хирургическомъ архивѣ за 1895 годъ, работѣ приходитъ къ отрицательному заключенію, что грыжъ искусственнаго происхожденія не бываетъ.

Вопросъ объ этиологіи грыжъ имѣетъ живой интересъ для насъ военныхъ врачей еще и потому, что грыжа служитъ одной изъ главныхъ причинъ, по которой убываютъ нижніе чины изъ нашей арміи. По санитарнымъ отчетамъ русской арміи, за послѣдніе 6 лѣтъ, видно, что число уволенныхъ въ отставку вслѣдствіе грыжи составляетъ среднимъ числомъ около 15% всей убыли, и въ большинствѣ военныхъ округовъ, грыжа, какъ причина увольнения въ 3-ю статью неспособныхъ, стоитъ вторымъ номеромъ послѣ органическихъ страданій грудныхъ органовъ. Составляетъ ли грыжа профессиональный продуктъ военно-строевыхъ занятій или въ число новобранцевъ попадаетъ значительный контингентъ молодыхъ людей съ извѣстнымъ предрасположеніемъ къ развитію грыжъ трудно судить, по неимѣнію на то статистическихъ данныхъ. Въ сочиненіяхъ о такъ называемыхъ войсковыхъ болѣзняхъ Лаверана, Фрелиха, Марво, о грыжахъ, какъ болѣзни развивающейся подъ вліяніемъ военной службы, вовсе не трактуется. Поэтому было бы весьма любопытно собрать, по заранѣе составленной программѣ, матеріалъ объ этиологіи грыжи вообще.

При прочтеніи скорбныхъ листовъ нашихъ Казанскихъ грыжеобладателей найдено на 100 грыжъ 55 паховыхъ правостороннихъ, 27 паховыхъ лѣвостороннихъ, 4 двухстороннихъ, 13 пупочныхъ и 1 первая, бедренная. Изъ 123 грыжъ 74 было у молодыхъ солдатъ и 49 у новобранцевъ. Число грыжъ присланныхъ на испытаніе стало замѣтно увеличиваться начиная съ 1888 года. Такъ до 1888 года ежегодно встрѣчалось 2—3 случая испытанія грыжи, въ 88 же году 8, въ 89-мъ 9, въ 90-мъ 14, въ 91-мъ 20, въ 92-мъ 21 случай. Изъ присланныхъ на испытаніе съ грыжей только 21%, признаны способными продолжать службу. Мотивомъ побудившимъ совѣщаніе врачей признать ихъ годными главнымъ образомъ послужило то обстоятельство, что при расширенномъ паховомъ каналѣ не наблюдалось выпячиваніе внутренностей, согласно примѣчанія къ 56 ст. Лит. А.

Я считалъ бы не лишнимъ также привести здѣсь подробное описаніе 2-хъ случаевъ, ярко иллюстрирующихъ затрудненія, какія возникаютъ при рѣшеніи вопроса объ искусственныхъ грыжахъ. Но такъ какъ описаніе это не имѣетъ specialнаго интереса для всѣхъ присутствующихъ, поэтому я его только прикладываю въ моему сообщенію. Упомяну только, что въ секціи воен-

ной медицины Пироговскаго съѣзда врачей въ Киевѣ, вопросъ объ искусственныхъ грыжахъ былъ снова поднять, но изъ преній, возникшихъ по этому предмету, видно, что рѣшеніе его, какъ установка точныхъ признаковъ и указаній экспертовъ, есть дѣло будущаго. Предсѣдатель этой секціи докторъ Односумовъ высказалъ, что за свою 40 лѣтнюю военно-медицинскую службу онъ ни разу не видалъ искусственной грыжи и не знаетъ случая, чтобы по этому вопросу возникало судебное дѣло.

14 Февраля 1892 года молодой солдатъ Снасскаго резервнаго баталіона А. Р. Подольской губерніи, національность въ скорбномъ листѣ не указана, поступилъ въ Казанскій военный госпиталь на испытаніе въ годности къ военной службѣ, влѣдствіе имѣвшейся у него лѣвой, паховой грыжи. По словамъ испытываемаго во время слѣдованія на службу, товарищъ бросилъ его черезъ барьеръ, послѣ чего онъ почувствовалъ боль въ лѣвомъ паху. На другой день боль прошла и онъ ничего незамѣчалъ. Во время призыва никакой опухоли въ паху не было. Послѣ полученнаго удара лежалъ 2 часа въ обморокѣ. Послѣ того онъ былъ отправленъ дальше въ походъ, по Курской желѣзной дорогѣ.

Status praesens.

Средняго роста и умѣреннаго тѣлосложенія. При осмотрѣ паховой области замѣчается съ лѣвой стороны выпячиваніе овальной формы, величиною въ куриное яйцо. При ощупываніи опухоли ощущаются петли внутренностей. Паховый каналъ незначительно расширенъ. Послѣ вправленія грыжи, что удается весьма легко, палецъ проникаетъ въ брюшную полость черезъ брюшинный покровъ (апо-невроза косой мышцы, какъ бы въ дыру, прямо спереди назадъ. Представленъ въ Медицинское Совѣщаніе, которое рѣшило показать этотъ случай Профессору Левчину въ виду подозрѣнія на искусственное происхожденіе этой грыжи. Профессоръ Левшинъ высказалъ по поводу испытываемаго Р. слѣдующее: Въ стоячемъ положеніи, въ лѣвой паховой области, находится опухоль, трехъугольной формы, занимающая почти всю внутреннюю половину этой области и расположенная своимъ большимъ разиѣромъ почти въ горизонтальномъ направленіи; основаніе этой трехъугольной опухоли лежитъ также почти горизонтально и имѣетъ разиѣръ въ 8 сантиметровъ, внутренняя сторона его 3 сантиметра а наружная 9 сантиметровъ. Опухоль равномерно и постепенно поднимается съ краевъ и образуетъ наиболѣе выпуклую точку, приблизительно противъ наружнаго кольца паховаго канала. Когда испытываемый надувается или кашляетъ, опухоль немного увеличивается равномерно во всѣ стороны, а когда онъ ложится на горизонтальную поверхность, опухоль сама собою исчезаетъ и грыжа входитъ въ брюшную полость. При внимательномъ разсматриваніи съ боковъ, по касательной къ животу, удается подмѣтить самую незначительную выпуклость на мѣстѣ опухоли, выпуклость

видимо обусловленную утолщеніемъ покрововъ, констатируемыхъ прощупываніемъ указательнымъ пальцемъ, введеннымъ чрезъ вывороченную кожу мошонки; при этомъ получается впечатлѣніе, что наружное кольцо сверху расширено, имѣетъ трехъугольную форму, при чемъ внутренняя ножка представляется очень длинной, натянутой въ видѣ валика, слѣдуя по которому налецъ соскальзываетъ въ брюшную полость, черезъ отверстіе въ апоневрозѣ; такъ что внутреннее отверстіе этой грыжи лежитъ повыше паховатаго канала. Свѣжій канатикъ прощупывается у наружнаго края сзади этого отверстія. При повторномъ ощупываніи получается впечатлѣніе какъ будтобы часть передней стѣнки паховатаго канала отсутствуетъ, другая часть канала остается, но въ просвѣтѣ нельзя пройти даже мизинцемъ. На основаніи всего изложеннаго, грыжу, вышедшую у испытуемаго подъ покровами можно причислить къ внутреннимъ паховымъ. Подобныя свойства грыжи и черезъ чуръ быстрое и непонятное для меня прохожденіе ея вынуждаютъ меня принять эту грыжу за грыжу искусственнаго происхожденія. Предположеніе профессора Левшина побудило медицинское Совѣщаніе снова подробнѣе опросить испытуемаго Р. который заявилъ слѣдующее:

Принять на службу 15-го Декабря 1892 года Брацлавскимъ присутствіемъ по воинской повинности. Пріемъ производился днемъ, я самъ во время призыва былъ совершенно здоровъ, раньше по временамъ чувствовалъ небольшую боль въ паху. На пути слѣдованія въ Курскѣ познакомился съ какимъ то человѣкомъ, одѣтымъ въ гражданскомъ платьѣ, въ трактирѣ во время чаепитія. Изъ трактира отправились въ казарму вмѣстѣ съ этимъ человѣкомъ. Когда вся партія вышла изъ казармы, для слѣдованія на желѣзную дорогу, Р. остался сидѣть на барьерѣ во 2-мъ этажѣ казармы. Когда Р. сидѣлъ избоченившись и задумчиво на барьерѣ къ нему подошелъ вышеозначенный человѣкъ съ вопросомъ «почему ты А. Р. остался въ казармѣ, или всѣ уже ушли» и въ это время толкнулъ его въ лѣвую руку, вслѣдствіе чего Р. употребилъ усиліе, чтобы удержаться на барьерѣ, но всетакъ не могъ и упалъ навзничъ на полъ съ высоты около сажени, ударившись преимущественно животомъ, пролежалъ послѣ паденія около получаса, безъ памяти, онъ отправился на станцію желѣзной дороги, сѣлъ въ вагонъ и никому не заявлялъ о своемъ паденіи. Боль въ паху чувствовалъ около сутокъ. Опухоль небольшую замѣтилъ въ паху послѣ паденія. При слѣдованіи отъ Свѣжска до Казани пѣшимъ порядкомъ, опухоль въ паху стала увеличиваться, боли не ощущаетъ. Въ Казани, при осмотрѣ въ части врачомъ, опухоль уже дошла до вышеописанныхъ размѣровъ.

Медицинское Совѣщаніе рѣшило, для точнаго выясненія даннаго случая пригласить Профессора анатоміи Фортунатова.

Профессоръ Фортуновъ демонстрировалъ въ госпиталѣ анатомическій препаратъ, на которомъ видно расхождение волоконъ косой брюшной мышцы дающее весьма легкую возможность образование грыжи

Принимая во вниманіе анатомическую и клиническую картину грыжи испытуемаго А. Р. а также и демонстрированный Профессоромъ Фортуновымъ препаратъ апоневроза наружной косой брюшной мышцы и его мнѣніе о возможности по анатомическимъ условіямъ происхожденія паховой грыжи чрезъ щель въ апоневрозъ, а также имѣя въ виду близко подходящую къ данному случаю грыжу у бывшаго въ прошломъ году на испытаніи молодого солдата (М. В) медицинское совѣщаніе постановило: 1) Грыжу, имѣющуюся у молодого солдата А. Р. должно признать за паховую, проложившую себѣ путь не чрезъ наружное отверстіе паховаго канала а чрезъ апоневрозъ лѣвой косой брюшной мышцы. 2) Грыжа эта по всей вѣроятности травматическаго происхожденія, но за полнымъ отсутствіемъ данныхъ не можетъ быть признана за произведенную искусственно, съ цѣлью уклоненія отъ военной повинности. 3) Молодой солдатъ А. Р., на основаніи 56 ст. Лит. подлежитъ увольненію отъ службы.

Аналогично этому случаю можно привести другой: молодой солдатъ Сурскаго резервнаго баталіона, присланъ изъ Симбирска для опредѣленія годности его къ службѣ, но имѣющейся у него паховой грыжѣ. Анамнезъ слѣдующій: 4 года какъ у М. Г. существуетъ грыжа, причинъ не знаетъ, занимался на мельницѣ, гдѣ иногда приходилось поднимать тяжести. Послѣ пріема былъ прямо отправленъ на мѣсто службы въ Симбирскъ. При пріемѣ грыжи не было и онъ объ ней не заявилъ только на мѣстѣ, гдѣ теперь имѣется грыжа, онъ чувствуетъ валь внутреннюю боль. М. Г. не знаетъ пачала происхожденія грыжи. Въ Симбирскѣ показалаея грыжа до Пасхи, ходилъ въ околотокъ баталіона около 3-хъ недѣль и наконецъ былъ отправленъ въ Казань.

Status praesens. Средняго роста и умѣреннаго тѣлосложенія. При осмотрѣ паховой области найдено: въ лѣвой паховой области, надъ паховой складкой, опухоль величинаю въ куриное яйцо, опухоль неправильной овальной формы.

При изслѣдованіи, палецъ сразу попадаетъ прямо въ брюшную полость какъ бы въ дыру, которая повидимому образовалась расщепленіемъ пучковъ сухожилія косой брюшной мышцы; при кашлѣ выпячиваются внутренности. Наружное паховое отверстіе расширено, во внутреннее отверстіе едва проходятъ верхушка пальца, такъ что выходженіе внутренностей совершается по видимому чрезъ вышеописанную дыру а не чрезъ внутреннее паховое отверстіе. Опухоль при ощупываніи эластична з при надавливаніи не болѣзненна. Въ лежачемъ положеніи, опухоль почти совсѣмъ исчезаетъ. При изслѣдованіи пальцемъ, чрезъ вывороченную кожу мошонки, удается сразу проникнуть въ брюшную полость, при чемъ ясно ощущаются пальцемъ волокна расщепленнаго сухожилія, которое сна-

ружьи представляется нѣсколько утолщеннымъ. Происхожденіе грыжи совершенно неясное и что вмѣстѣ съ фактомъ отсутствія грыжи во время пріема возбуждаетъ подозрѣніе на искусственное ея происхожденіе и медицинское Совѣщаніе при участіи Профессора Левшина рѣшило уволить М. Г. по 56 ст. Инт. А. по неимѣнію доказательствъ въ искусственномъ происхожденіи грыжи.

Въ связи съ вышеприведенными данными, нельзя также не указать здѣсь на психофизическое состояніе молодыхъ солдатъ, какъ на одинъ изъ этиологическихъ моментовъ, способствующихъ появленію въ нашей арміи разнообразныхъ притворныхъ и легко смѣшиваемыхъ съ притворствомъ, болѣзней. Опытными наблюдателями военнаго быта уже давно подмѣченъ тотъ фактъ, что настрояніе каждаго молодого солдата, подъ вліяніемъ чуждой для него казарменной обстановки, бываетъ, въ первое время поступленія его на службу, весьма угнетенное и подавленное. Не говоря уже о молодыхъ солдатахъ изъ крестьянъ, хлѣбопашцевъ, которые, дальше своей деревни и своего домашнего очага, ничего не видали, даже интеллигенты и городскіе обыватели, вихавшіе какъ говорится, виды, также не свободны отъ того депримирующаго вліянія, которое казарменная атмосфера производитъ на новичковъ. Къ парализирующему душевному настроенію присоединяется обыкновенно еще какой то ложный и безотчетный страхъ предъ суровостью военныхъ законовъ и традиціонно-наслышанными ужасами о военной дисциплинѣ. У новобранца является какая то смутная неосмысленная робость предъ каждымъ начальствомъ. Въ ненормально-настроенномъ воображеніи новобранца, власть начальства рисуется крайне произвольной и неограниченной. Молодые солдаты обыкновенно ходятъ, или правильнѣе сказать, бродятъ по казармѣ отуманенными, точно въ какомъ то чаду. Движенія, пріемы, поступки отличаются у нихъ какой то автоматичностью. Всякая ошибка, всякій неправильно сдѣланный шагъ въ ненормальномъ воображеніи вырастаетъ и превращается въ большое преступленіе. Нерѣдко также шутки, издѣвательства и застраиваніе старослужащихъ принимаются новобранцами за чистую монету и сугубо вліяютъ на ихъ настроеніе. Подъ вліяніемъ такой, болѣе или менѣе продолжительной, депрессіи развивается то болѣзненное ощущеніе, которое съ давнихъ временъ извѣстно подъ названіемъ *ностальги*, тоски по родинѣ, проявляющейся въ особенно интенсивной формѣ у инородцевъ, имѣющихъ другой языкъ, другіе нравы и религіозныя вѣрованія, другія унаслѣдованныя національныя и расовыя привычки къ своему прежнему, дослужебному образу жизни, къ своей прежней одеждѣ и способу питанія. Къ подавленной психикѣ нерѣдко также примѣшивается еще вліяніе

грубаго, неумѣлаго обращенія низшаго обучающаго персонала, въ родѣ художественно нарисованнаго Бутовскимъ типическаго дядьки Терентьева, да плюсъ еще вліяніе форсированной, непривычной въ началѣ, физической тренировки, при одиночномъ обученіи.

Все это безъ сомнѣнія можетъ служить благопріятной почвой для появленія среди молодыхъ солдатъ дѣйствительныхъ и мнимыхъ притворщиковъ.

Въ медицинской литературѣ за послѣдніе 15 лѣтъ накопились довольно обильный казуистическій матеріалъ, указывающій на распространеніе въ войскахъ истеріи, этой великой, по выраженію Шарко, притворщицы. Случаи подробно описанные Борисовымъ ¹⁾, Озерецковскимъ ²⁾, Блюменау ³⁾, Трапезниковымъ ⁴⁾, Грейденбергомъ ⁵⁾ Юцевичемъ ⁶⁾, Маштаковымъ ⁷⁾ Пospѣловымъ ⁸⁾ Воскресенскимъ ⁹⁾ Долматовымъ ¹⁰⁾, и многими другими наблюдателями весьма убѣдительно доказали въ какомъ неистощимомъ разнообразіи болѣзненныхъ формъ проявляется истерія у солдатъ. Чего, чего невстрѣтите среди опубликованныхъ, упомянутыми врачами, случаевъ истеріи. Всевозможныя контрактуры, искривленія, разнообразныя временныя параличи, конвульсивныя припадки, глухота, слѣпота (такъ наз. мутизмъ), безгласіе (Aphonia spastica), расстройство мочеиспусканія, кишечная истерія, истерическіе отеки, амбулаторный автоматизмъ, легко смѣшивающійся съ самовольной отлучкой и наконецъ временное помѣшательство. Только благодаря прочно установленному врачами диагнозу, всѣ описанные истеричныя больные спаслись отъ тѣхъ тяжелыхъ невзгодъ и мытарствъ, которыя предстояли имъ, вслѣдствіе подозрѣваемаго у нихъ притворства. Почти всѣ авторы, описавшіе случаи многообразнаго проявленія истеріи, придаютъ состоянію моральнаго угнетенія повобранцевъ, а также физической травмѣ большое значеніе и видную роль въ происхожденіи этой болѣзни. Авторы эти также настоячиво рекомендуютъ военнымъ врачамъ подробно изучать и познакомится съ припадками истеріи, чтобы не заслужить упрека

¹⁾ Протоколы засѣданій В. С. Общества 1888—1889 г. В. Санит. дѣло за 1890 г.

²⁾ Объ Исторіи въ войскахъ Дессертація. Москва 1891 г.

³⁾ Врачъ 1894 № 20 и 22.

⁴⁾ В. М. Ж. 1896 г.

⁵⁾ Врачъ 1894 № 26 стр. 736.

⁶⁾ В. М. Ж. 1893 № 1).

⁷⁾ В. Медич. журналъ 1897 внутр. болѣз. стр. 498.

⁸⁾ В. М. Жур. 97 — — — 891.

⁹⁾ В. М. Ж. Іюль 2186.

¹⁰⁾ В. М. Ж. 1898. Август, стр. 1137.

Шарко, высказавшаго по поводу одного случая мутизма, что мысль о притворствѣ очень часто основывается на незнаніи врачей.

Въ исторіяхъ болѣзни, находившихся въ моемъ распоряженіи, несмотря на почтенное число ихъ, случаевъ истеріи къ удивленію не описано. Но я глубоко убѣжденъ, что между испытываемыми было не мало истеричныхъ, фигурировавшихъ въ рубрикахъ другихъ болѣзненныхъ формъ, какъ напримѣръ въ группѣ болѣзней органовъ движенія, мочепусканія и внутреннихъ органовъ. Лучшимъ доказательствомъ служить также и то, что среди испытываемыхъ попадалось напримѣръ довольно солидное число съ разстройствомъ умственныхъ способностей (115 чел.) требовавшее уже спеціальнаго наблюденія въ центральной лечебницѣ, гдѣ значительное число 76%, этихъ психическихъ больныхъ признано пригодными къ службѣ. Причина отсутствія описанія случаевъ истеріи въ исторіяхъ болѣзни, за отчетный періодъ времени, можно вполне объяснить тѣмъ, что въ старое росписаніе болѣзней, дѣйствовавшее до 1898 года, истерія, какъ предметъ испытанія, не была включена.

Съ своей стороны, на основаніи долготѣнаго опыта, я рѣшаюсь высказать, что на притворство вообще въ громадномъ числѣ случаевъ слѣдуетъ смотрѣть какъ на явленіе само по себѣ патологическое, развивающееся на почвѣ ложныхъ представлений психо-астеническаго свойства. Притворство, требующее перѣдко со стороны симулянта громадныхъ, подчасъ не человѣческихъ усилій, достойныхъ самаго отъявленнаго аскетическаго стоицизма, не всегда является результатомъ злой воли, а очень часто и продуктомъ внутреннихъ религіозныхъ, семейныхъ и другихъ, не всегда доступныхъ объективному наблюденію, нравственныхъ побужденій, а въ особенности, если симулянты принадлежатъ къ числу инородцевъ.

По этому рационально-выработанныя, гуманныя отношенія ко вновь поступающимъ на службу новобранцамъ, правильная постановка педагогическихъ пріемовъ первоначальнаго обученія, при помощи тщательно выбранныхъ и хорошо подготовленныхъ учителей, должны считаться весьма полезными профилактическими мѣрами для уменьшенія случаевъ мнимого и дѣйствительнаго притворства въ арміи.

На основаніи всего вышеизложеннаго, я позволю себѣ высказать слѣдующія положенія, въ формѣ благочестивыхъ желаній:

1) Тщательная статистическая разработка свѣдѣній объ испытываемыхъ имѣетъ огромное значеніе для выясненія весьма многихъ вопросовъ, касающихся различныхъ условій призыва, а также и дѣятельности врачей въ дѣлѣ испытанія.

2) Существующая форма исторіи болѣзни, какъ устарѣлая и несоотвѣтствующая современному состоянію клиники, нуждается въ значительномъ измѣненіи и пополненіи.

3) Въ цѣляхъ полученія болѣе точныхъ результатовъ при испытаніи, было бы желательно имѣть, въ формѣ печатныхъ приложений къ исторіи болѣзни, выработанныя заранее и научно-обоснованныя инструкціи, съ перечисленіемъ всѣхъ новѣйшихъ методовъ изслѣдованія, по различнымъ группамъ болѣзней, служащихъ предметомъ испытанія.

Lymphangioma cavernosum cutis femoris dextri.

М. Чалусова и Л. М. Фофанова.

Среди новообразований типа выстихъ тканей лимфангиомы считаются рѣдко встрѣчающимися; въ учебнѣ о нихъ многія стороны возбуждаютъ разногласія изслѣдователей, поэтому описаніе каждаго встрѣчающагося случая имѣетъ несомнѣнный интересъ, хотя бы въ смыслѣ накопленія матеріала для обобщающей мысли будущаго.

Имѣя ввиду главнымъ образомъ описаніе отдѣльнаго случая, мы позволимъ себѣ только весьма кратко коснуться сущности современныхъ воззрѣній на лимфангиомы.

Послѣдняя работа по вопросу о лимфангиомахъ принадлежитъ В. А. Оппелю, вышедшая въ 1899 г. Изученіе литературы интересующаго вопроса, клиническое и патолого-гистологическое изслѣдованіе нѣсколькихъ собственныхъ случаевъ привели названнаго автора къ опредѣленнымъ выводамъ, которые, по нашему мнѣнію, группируютъ въ опредѣленной системѣ мысли и взгляды какъ его предшественниковъ (Nervet, Wegner'a, Lannelongue, Покровскаго и многихъ другихъ), такъ отличаютъ и его независимыя отъ нихъ положенія. Авторъ думаетъ, что 1) теоріи самопроизвольныхъ лимфангиэктазій не могутъ объяснить происхожденія лимфангиомъ, 2) лимфангиомы суть истинныя новообразованія, 3) лимфангиомы принадлежатъ къ классу новообразованій ростающаго организма, 4) главное основаніе классификацій лимфангиомъ лежитъ въ ихъ анатомическомъ строеніи, 5) по анатомическому строенію различаются а) *lymph. capillare varicosum*, б) *lymph. cavernosum*, в) *lymph. cysticum*, 6) среди лимфангиомъ различаются лимфангиомы лимфатическихъ капилляровъ и лимфангиомы лимфатическихъ сосудовъ средняго калибра, 7) развитіе лимфангиомъ состоитъ въ новообразованіи соединительной ткани съ эластичес-

кими волокнами, въ новообразованіи кровеносныхъ сосудовъ, иногда въ новообразованіи гладкихъ мышечныхъ волоконъ, всегда выстилающихъ эндотелиемъ и выполненныхъ лимфой, 8) новообразование лимфатическихъ полостей идетъ путемъ раздвиганія и вымыванія лимфой кучъ круглыхъ клѣтокъ, путемъ помутнѣнія, распада и послѣдующаго вымыванія жировыхъ клѣтокъ, 9) кучи клѣтокъ, образующія собой въ послѣдствіи лимфатическія полости, отлагаются вокругъ кровеносныхъ капилляровъ и происходятъ изъ перителія, 10) въ процессъ роста всякой лимфангіомы принимаетъ участіе эктазія новообразующихся лимфатическихъ пространствъ, 11) періодическія воспаленія какъ поверхностныхъ, такъ и глубокихъ лимфангіомъ несомнѣнно инфекціоннаго характера, 12) какъ врожденные такъ и приобретенныя лимфангіомы не должны быть различаемы съ точки зрѣнія этиологической такъ и съ точки зрѣнія анатомической, 13) развиваясь постепенно, лимфангіомы часто съ извѣстнаго неопредѣленнаго момента вдругъ безъ видимой причины начинаютъ быстро расти, 14) съ мѣста первоначальнаго развитія лимфангіомы могутъ распространяться на соедѣнія части, 15) положеніе лимфангіомъ въ живыхъ частяхъ тѣла часто сказывается обильными лимфоррагіями, 16) клинически лимфангіомы принадлежатъ къ доброкачественнымъ новообразованиямъ, 17) лимфангіомы послѣ неполнаго удаленія могутъ рецидивировать, 18) идеаль современнаго леченія есть полное излѣченіе лимфангіомъ, 19) въ нѣкоторыхъ случаяхъ полное излѣченіе невозможно, и тогда лучшимъ методомъ является послѣдовательная тампонада, 20) предсказаніе при лимфангіомахъ главнымъ образомъ зависитъ отъ обширности распространенія новообразования.

О нѣкоторыхъ сторонахъ вопроса, какъ указанныхъ выше, такъ и не затронутыхъ въ этихъ положеніяхъ, необходимо сказать нѣсколько словъ

Прежде всего приходится отвѣтить на вопросъ о локализациіи этого рода новообразованій. Такъ какъ лимфатическія сосуды, дающіе начало лимфангіомамъ, встрѣчаются почти всюду, то и новообразования можно указать почти во всѣхъ органахъ; въ литературѣ имѣются указанія на локализацию интересующихъ насъ опухолей въ печени, почкахъ черпаловидныхъ хрящахъ, легкихъ, слѣзкахъ, позвоночѣ и т. д. Однако, просматривая случаи, собранные по литературнымъ источникамъ Покровскимъ, нѣсколько случаевъ, изученныхъ имъ самихъ, случаи, указанные Lannelongue'омъ, В. А. Опцелемъ, мы убѣдились, что нѣкоторыя мѣста организма пользуются предпочтеніемъ: на 300 случаевъ приходится:

лимфангіома шеи 70 разъ, т. е. 23,3%.

„ языка 34 „ „ 11,3%.

лимфангіома губъ	16	разъ, т. е.	5,3 ⁰ / ₀ .
„ щекъ	16	„ „	5,3 ⁰ / ₀ .
„ бедеръ	16	„ „	5,3 ⁰ / ₀ .
подмышечной впадины	15	„ „	5 ⁰ / ₀ .
„ груди	14	„ „	4,6 ⁰ / ₀ .
области глаза	12	„ „	4 ⁰ / ₀ .

и т. д. все уменьшаясь. Необходимо отмѣтить, какъ показываютъ эти цифры, тенденцію новообразованія скорѣе располагаться въ тѣхъ областяхъ организма, гдѣ имѣются по близости болѣе тонкіе вѣжные, легче и чаще ранимые покровы.

Вышеуказаннымъ 12 положеніемъ В. А. Оппель не различаетъ врожденныхъ и приобрѣтенныхъ лимфангіомъ какъ съ этиологической, такъ и съ анатомической точекъ зрѣнія, между тѣмъ Покровскій проводитъ довольно рѣзкую этиологическую разницу между тѣми и другими: причиной врожденныхъ лимфангіомъ онъ считаетъ пороки развитія, а приобрѣтенныхъ—измѣненія ткани. Микроскопическая же и анатомическая картина какъ тѣхъ, такъ и другихъ одна и таже или не представляетъ существенной разницы; ходъ развитія какъ приобрѣтенныхъ лимфангіомъ, такъ и врожденныхъ съ момента рожденія обладателя по существу одинаковъ: новообразованные лимфатическіе сосуды, кисты и кавернозные пространства одинаково въ всемъ процессѣ относятся къ межтучной сосѣдней ткани. Обращаясь къ цифрамъ, мы убѣждаемся, что врожденные лимфангіомы рѣшительно преобладаютъ. На 300 случаевъ лимфангіомъ имѣется точное указаніе времени появленія ихъ 257 разъ, изъ нихъ врожденныхъ 175, т. е. 68,1⁰/₀ и только 82 приобрѣтенныхъ, т. е. 32,9⁰/₀, изъ этихъ 82 на кожу приходится 30, т. е. 11,6⁰/₀ и стало быть только 20,3⁰/₀ на всѣ остальные органы. Не мѣшаетъ указать и на то обстоятельство, что мужской полъ повидимому чаще заболѣваетъ, чѣмъ женскій: 166 больныхъ мужского и 91 женскаго, въ остальныхъ до 300 пола не указано. Благодаря какимъ особенностямъ утробная жизнь и мужской организмъ являются болѣе благоприятной почвой для подобнаго рода заболѣваній, остается не выясненнымъ, хотя не было недостатка въ предположеніяхъ. Покровскій предполагаетъ, что появленіе врожденныхъ лимфангіомъ находится въ связи съ положеніемъ плода въ маткѣ головнымъ концомъ внизъ.

Однако точныя причины появленія лимфангіомъ какъ тѣхъ, такъ и другихъ не установлены: указываемыя прежними авторами причины,—закупорка лимфатическихъ протоковъ, венозный застой и т. п. не могутъ быть приняты всюду, да и въ отдѣльныхъ случаяхъ ихъ роль сомнительна.

Величина лимфангіомъ, какъ врожденныхъ, такъ и приобретенныхъ весьма различна: отъ величины просяного зерна и болѣе головы взрослого человѣка.

Въ теченіи лимфангіомъ замѣчается три направленія: 1) самопроизвольное уничтоженіе въ силу неподмѣченныхъ до сихъ поръ обстоятельствъ, 2) ростъ вмѣстѣ съ организмомъ, такъ сказать пропорціальное увеличеніе объема и 3) быстро увеличеніе размеровъ и нерѣдко скачками: за быстрымъ внезапнымъ увеличеніемъ объема слѣдуетъ остановка роста, за которой слѣдуетъ снова быстрый ростъ. Весьма нерѣдко эта послѣдняя форма теченія обуславливается или травмой опухоли или воспаленіемъ ея, часто же какія либо точныя положительныя указанія отсутствуютъ. Врожденные лимфангіомы часто, по далеко не всегда, растутъ пропорціально росту организма. Нерѣдко при значительномъ увеличеніи объема опухоли покровы ея истончаются, разрыхляются; опухоль теряетъ свое содержимое—лимфу; тоже можетъ произойти и отъ травмы. Конечно, подобныя потери подчасъ тяжело отражаются на состояніи здоровья обладателя. Еще болѣе положеніе осложняется въ томъ случаѣ, когда травма или самопроизвольное вскрытіе опухоли даютъ свободный доступъ къ богатому питательному матеріалу стрептококкамъ и стафилококкамъ: послѣдніе вызываютъ воспаленія, протекающія иной разъ весьма тяжело (случай В. А. Оппелд). Впрочемъ въ другихъ случаяхъ воспалительный процессъ, не вызывая тяжелыхъ осложнений, завершается замѣщающимъ развитіемъ соединительной ткани и тѣмъ ограничиваетъ или совсѣмъ уничтожаетъ опухоль. Лимфангіомы въ своемъ теченіи иногда сочетаются съ другими новообразованіями какъ доброкачественными, такъ и злокачественными.

Значеніе ихъ для организма обуславливается тремя моментами: 1) локализацией, 2) обширностью распространенія и 3) степенью чистоты ихъ природы. По своей анатомической природѣ лимфангіомы считаются доброкачественными новообразованіями, т. е. онѣ не даютъ метастазовъ во внутренніе важные для жизни органы и не вызываютъ своимъ присутствіемъ специфической кахексїи. Однако эта добрая репутація нисколько не гарантируетъ ихъ хозяина отъ важныхъ вредныхъ послѣдствій. Въ самомъ дѣлѣ, помѣщаясь въ различныхъ отдѣлахъ полости рта,—на языкѣ, голосовыхъ связкахъ, въ Морганьевой пазухѣ, онѣ не только нарушаютъ отправленія заинтересованныхъ органовъ, но, разрастаясь, угрожаютъ жизни вслѣдствіе задушенія. Вслѣдствіе своей обширности и множественности, онѣ не угрожая непосредственно жизни, и часто помѣщаясь на видныхъ мѣстахъ, обезображиваютъ организмъ, служатъ причиной механическихъ затрудненій и подвергаютъ организмъ разнымъ случайностямъ, о которыхъ мы сказали выше. Сочетаясь съ ангио-

мами и подвергаясь случайнымъ раневіямъ или даже неосторожному хирургическому вѣшательству, гематолимфангіомы могутъ вести или къ значительнымъ истощающимъ потерямъ крови или даже къ смертельнымъ кровотечениямъ, воспалениямъ, ведущимъ къ пнѣ-ми и т. п. Самопроизвольное или вызванное травмой истечение лимфы ведетъ къ истощенію организма; извѣстны случаи смерти отъ истощенія на этой почвѣ. Считаеьмъ лишнимъ упоминать о вредѣ для организма сочетанія лимфангіомъ съ злокачественными новообразованиями.

Только что указанные три момента, опредѣляющіе значеніе лимфангіомъ для организма, могутъ служить основой для установ-ки прогноза; къ нимъ надо прибавить еще одно ухудшающее прогнозъ условіе—это широко разлитая тенденція рецидивировать.

Разумѣется 2—3 лимфангіомы съ горошину гдѣ нибудь на поверхности тѣла не имѣютъ значенія для хорошаго прогноза, прогнозъ, будетъ серьезнѣе, когда ихъ тысяча; еще серьезнѣе пред-сказаніе въ томъ случаѣ, когда въ процессъ вовлечены или об-ширныя области или важные органы.

Леченіе лимфангіомъ не представляетъ ничего типическаго. Наблюдались случаи самопроизвольнаго исчезновенія этихъ ново-образованій; при этомъ иногда замѣчалось предварительное про-извольное истечение лимфы вслѣдствіе истонченія покрововъ, за-пимъ слѣдовало слипчивое воспаление стѣнокъ лимфатическихъ по-лостей, приводившее къ запустѣнію ихъ; въ другихъ случаяхъ происходило постепенное всасываніе лимфы и разроженіе замѣ-щающей соединительной ткани. Но изучить условія этого само-произвольнаго излеченія, что-бы активно подражать имъ, до сихъ поръ не удалось. Поэтому идеаломъ современнаго леченія лимфан-гіомъ всѣхъ видовъ всѣми авторами согласно признается полное удаленіе опухоли ножомъ. Впрочемъ практика указываетъ, что въ кистовидныхъ лимфангіомахъ, состоящихъ изъ одной, двухъ кистъ и выгодно расположенныхъ получился прекрасный результатъ отъ инъекцій *t-rae jodi*, *Zinci chlorati* 3% и т. п. Въ случаяхъ же лимфангіомъ каверпозныхъ, сосудистыхъ или капиллярныхъ и много-камерныхъ кистовидныхъ этотъ методъ не только мало примѣнимъ, но часто даже опасенъ: въ самомъ дѣлѣ безконтрольная инъекція можетъ вести къ травмѣ крупнаго кровеноснаго сосуда, произвести кровотеченіе, обусловить тромбъ со всѣми послѣдствіями, внести инфекцію въ закрытое отъ непосредственнаго наблюденія прост-ранство и т. п. Поэтому всѣ способы вѣшательства, гдѣ прихо-дится работать въ темную, безконтрольно, оставлены. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полное удаленіе опухоли невозможно, рекомендуютъ способъ рубцоваго сморщиванія ея; самымъ надежнымъ и безопас-нымъ методомъ при этомъ можно считать частичное изсѣченіе

опухоли съ послѣдующей тампонадой; при строгомъ соблюденіи правилъ антисептики и асептики онъ даетъ несомнѣнно хорошіе результаты, хотя и требуетъ много времени и порядочной госпитальной обстановки. Не слишкомъ обширныя лимфангіомы кожи, намъ кажется, могутъ быть удаляемы вполне съ послѣдующимъ закрытіемъ дефектовъ пересадкой здоровой кожи.

О результатахъ оперативнаго леченія судить по голымъ цифрамъ, конечно, трудно: на исходъ операціи вліяютъ многочисленные факторы: локализациа опухоли, обширность ея, возрастъ и индивидуальность больного, опытность хирурга и множество другихъ. Имѣя въ виду эту оговорку, мы высчитали, что на 300 извѣстныхъ намъ въ литературѣ случаевъ, оперированныхъ различными способами въ различное время, приходится 45 смертей, т. е. 15%; строго говоря, изъ 300 лимфангіомъ оперировано 245, ст. б. смертность будетъ 18,7%. При этомъ любопытно распредѣленіе по десятилѣтіямъ:

годы	число оперированныхъ	умерло изъ нихъ	% смертности.
30-ые	13	5	38,4.
50-ые	26	8	30,7.
60-ые	11	6	54,5%.
70-ые	41	11	26,8.
80-ые	68	9	13,2.
90-ые	86	6	6,9.

Эти цифры убѣждаютъ насъ, что успѣхъ въ леченіи лимфангіомъ въ періодъ до-антисептической и антисептической весьма различенъ. При этомъ надо замѣтить, что чаще всего операціи производились въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и по поводу врожденныхъ лимфангіомъ. Въ остальныхъ 200 случаяхъ помѣчепъ благоприятный исходъ (152), т. е. или полное излеченіе, хотя бы послѣ нѣсколькихъ рецидивовъ, или значительное улучшеніе (48); въ 45 случаяхъ нѣтъ точнаго указанія на леченіе.

Діагностика лимфангіомъ не во всѣхъ случаяхъ легка по той причинѣ, что обычнымъ способомъ изслѣдуемыя свойства опухоли измѣняются весьма рѣзко не только отъ природы опухоли—сосудистой, кавернозной или вистовидной, но и отъ тѣхъ тканей, среди которыхъ опухоли находятся и отъ отношенія къ сосѣднимъ частямъ. Вообще для діагностики можно выставить 4 главнѣйшихъ требованія: 1) время появленія, 2) локализацию, 3) извлеченіе содержимаго и 4) пробное изслѣдованіе ткани опухоли подъ микроскопомъ. Въ самомъ дѣлѣ, мы выше указывали, что на 257 слу-

чаевъ съ точнымъ указаніемъ времени появленія лимфангіомъ приходится 175 врожденныхъ и только 82 приобретенныхъ, изъ которыхъ 30 кожныхъ; эти послѣднія діагностируются, повидно, легко. Далѣе изъ 175 случаевъ врожденныхъ лимфангіомъ на область шеи приходится 58, т. е. 33,1%, на языкъ 31, т. е. 18,2%, на губы 13, или 7,4%, щеки и грудь по 10 или 5,7% и т. далѣе, все уменьшаясь. Итакъ знаніе этихъ излюбленныхъ локализаций и времени появленія опухолей еще въ утробномъ періодѣ можетъ оказать услугу при діагносцированіи встѣченной опухоли.

Содержимымъ нетипичныхъ лимфангіомъ всегда служитъ лимфа съ небольшимъ количествомъ форменныхъ элементовъ, — бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ кружечковъ и клѣтокъ эндотелія лимфатическихъ стѣнокъ опухоли, но добыть содержимое въ чистомъ видѣ не всегда легко: не разъ наблюдались случаи, когда шприцъ ничего не извлекалъ или наполнялся кровью; въ первомъ случаѣ игла шприца попала въ стѣнку полости, во второмъ въ кровеносный сосудъ ¹⁾. Консистенція лимфангіомъ весьма различна: то она пастозна, мягка, то упруга и плотна, содержимое ихъ то легко вытѣняется пальпирующей рукой, но тотчасъ же занимаетъ свое мѣсто, то вытѣснить его нельзя или очень трудно. Форма опухолей какъ врожденныхъ, такъ и приобретенныхъ весьма различна: то онѣ шаровидны, то неправильны въ очертавіяхъ особенно, когда онѣ диффузно распространены по данной области. Рѣшающимъ моментомъ является изслѣдованіе подъ микроскопомъ части опухоли.

Предпославъ эти общія свѣдѣнія о лимфангіомахъ, перейдемъ теперь къ описанію нашего случая — типической кожной лимфангіомы.

Крестьянинъ Самарской губ. П. К. 18 лѣтъ, средняго роста и довольно плохого питанія, явился въ декабрѣ 1901 г. въ Александровскую больницу г. Казани съ опухолью. Послѣдняя занимала верхнюю переднебугренную поверхность праваго бедра (рис. I-й) въ верхней части она рѣзко выдавалась по направленію къ средней линіи тѣла, внизъ и въ стороны она постепенно переходила въ нормальную кожу, т. е. ясно носила диффузный характеръ, Покрывающая ея кожа весьма характерна и недурно передана фотографіей: она не ровна, на ней легко замѣтить какъ бородавчатые возвышенія различной величины такъ глубокія складки. Далѣе надъ правой Пупартовой связкой ближе къ лобковому сочлененію замѣчалась припухлость, но въ этой области измѣненія кожи не видно. Объемъ больной конечности, казалось, вдвое болѣе объема здоровой.

¹⁾ Примѣч.: лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ замѣчалось хилезное содержимое.

При пальпаціи опухоль пастообразной консистенціи; содержимое ее легко исчезало подъ рукой, но тотчасъ же занимало свое мѣсто, когда удалялась рука. Положеніе опухоли надъ симфизомъ было глубже.

Во время продолжительнаго лежанія больного, особенно при бинтованіи больной конечности, содержимое опухоли постепенно всасывалось, кожа на мѣстѣ опухоли образовала легко толстыя складки, но стоило больному встать, какъ содержимое начинало снова скопляться, опухоль достигала значительной величины и мѣшала больному свободно двигаться.

Несмотря на значительную величину, опухоль острыхъ субъективныхъ ощущеній у больного не вызывала; ему лишь казалось, что правая нога какъ бы становилась тяжелѣе.

Отецъ и мать больного здоровы и подобныхъ заболѣваній не имѣли.

Отецъ о появленіи опухоли рассказываетъ, что еще у 3 лѣтняго ребенка замѣчалось что то на правомъ бедрѣ. Будучи лѣтъ 10, его сынъ во время игры наткнулся на уголь скамьи правымъ пахомъ. Послѣ этого ушиба появилась краснота, лихорадка; больной пролежалъ въ постели нѣсколько дней. По выздоровленіи на мѣстѣ ушиба появилась небольшая опухоль, которая первое время увеличивалась очень медленно, но послѣдніе три года, — безъ видимыхъ причинъ и не вызывая какихъ либо субъективныхъ неприятныхъ явленій, опухоль сильно прогрессировала въ своемъ ростѣ, мѣшая больному работать.

На основаніи этого рассказа отца и самого больного нельзя категорически высказаться, что опухоль эта приобрѣтенна. Кажется болѣе вѣроятнымъ, что врожденная опухоль до достиженія замѣтныхъ размѣровъ не обращала на себя ни съ чьей стороны вниманія.

Наблюдая уменьшеніе опухоли во время сна и значительное увеличеніе во время движенія, больной пришелъ къ выводу, что въ опухоли жидкость, сдѣлавъ проколъ большой иглой; изъ мѣста укола вытекла прозрачная желтоватая жидкость.

Въ виду обширности опухоли, что видно даже на рисункѣ (рис. 1-й), полное удаленіе ее заразъ являлось дѣломъ невозможнымъ. На основаніи же тѣхъ имѣющихся въ литературѣ случаевъ полнаго исчезновенія опухоли даже тогда, когда появлялась рубцовая соединительная ткань, хотя бы и не по всей опухоли, позволяли надѣяться на излеченіе при частичномъ изсѣченіи опухоли и въ нашемъ случаѣ. Какъ производство самой операціи, такъ и послѣ операціонное леченіе было проведено нами подъ руководствомъ уважаемого проф. Н. А. Геркена. Былъ употребленъ хлороформный наркозъ, операція продолжалась 1¼ часа. Операція была выполнена 9 Января 1902 г. Двумя полукружными разрѣзами прибли-

зительно по направленію v. Saphenae magnaе длиною между конечными точками сантиметровъ въ 25 и шириною сантиметровъ въ 15 былъ вырѣзанъ кусокъ кожи во всю толщю до подлежащаго апоневроза; на дѣ полученной раны можно было разсмотрѣть указанную вену; было наложено 22 шва; края раны сошлись безъ напряженія. Во время операціи вытекло около 2 литровъ лимфы смѣшанной съ кровью. Кровотеченіе было незначительное. Какъ вырѣзанный кусокъ кожи, такъ и оставшейся части опухоли представляли изъ себя кавернозную ткань во всю толщю. Исслѣдуя пальцемъ, мы находили соединенныя между собой кавернозные полости различной величины: въ нѣкоторыя изъ нихъ входилъ большой палецъ; ткань быстро спадалась; кое-гдѣ стѣнки полостей представляли бѣловатые тяжи. Вся опухоль лежала надъ апоневрозомъ: при пальпаціи какъ два операціонной раны, такъ и въ стороны отъ разрѣзовъ, распространенія опухоли въ глубь констатировать было нельзя.

Послѣопераціонное теченіе заживленія протекло не совсѣмъ гладко; на 3 день послѣ операціи t° были $38,6^{\circ}$, слѣдующіе три дня держалась нормально $37,5^{\circ}$, но на 8-ой день вдругъ поднялась до $39,1^{\circ}$ и на слѣдующій $39,5^{\circ}$. Была сдѣлана перевязка; при осмотрѣ раны оказалось нагноеніе въ 2-хъ нижнихъ швахъ съ небольшими затеками гноя по сторонамъ разрѣза; гной бѣловатого цвѣта безъ запаха. Эти нагноившіеся два шва сняты, вставленъ дренажъ, изъ послѣдняго вмѣстѣ съ гноемъ вытекала и лимфа. Остальные швы удалены, въ нихъ оказалось заживленіе первымъ натяженіемъ. Послѣдующіе дни t° упала; 21 января вторая перевязка, такъ какъ первая промокла. 26 Января t° съ $36,8^{\circ}$ вдругъ поднялась до $40,3^{\circ}$, осмотръ обнаружилъ задержку гноя; дренажъ былъ переобвѣненъ; доступныя черезъ дренажъ пространства были промыты сулемой 1:1000; наложена повязка. Слѣдующіе дни t° держались $36,7^{\circ}$, 30-го Января снова поднялась до $38,2^{\circ}$, сдѣлана перевязка; выдѣленіе гноя продолжалась безпрепятственно. 2-го Февраля t° поднялась $39,6^{\circ}$ выдѣленіе гноя еще продолжалось, но количество его уже значительно было менѣе. 4 Февраля t° снова поднялась до $40,3^{\circ}$ осмотръ открылъ небольшое количество гноя такого же качества, оставался неглубокій свищекъ, едва вмѣщавшій въ себя маленький дренажикъ; черезъ дренажъ промыто сулемой 1:1000, наложена повязка. Во всемъ послѣдующемъ теченіи установилась нормальная t° , не превышающая $37,7^{\circ}$, повязки мѣнялись черезъ 6—7 дней. Въ Мартѣ мѣсяцъ больному позволено вставать и ходить.

Послѣ операціи опухоль значительно уменьшилась, что видно на рис. 2-мъ, однако боковыя и нижнія части ея какъ будто уже

снова начали напрягаться особенно при продолжительномъ движеніи больного.

Въ виду наступавшей весны, больной какъ единственный помощникъ отца, 7-го апрѣля выписался. Ему рекомендованъ для постоянного пошенія чулочный бинтъ и осенью послѣ страды показаться опять. Но больвой не явился, а на посланное письмо отвѣта не послѣдовало.

Вырѣзанная часть опухоли подвергнута микроскопическому изслѣдованію, произведенному моимъ товарищемъ Л. Л. Фофановымъ.

Удаленная часть опухоли представляла изъ себя кожнѣй лоскутъ длиной сантим. 12 и шириной сантим. 6. Внутренняя или вѣрнѣе нижняя его поверхность представлялась въ видѣ ткани губчатого строенія, при чемъ попадались полости, пропускавшія даже палецъ. Главная же масса состояла изъ тонкихъ перекладинъ, перепутанныхъ въ различныхъ направленіяхъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія кусочки опухоли были фиксированы въ жидкостяхъ Мюллера, Флеминга и алкоголя. заливались кусочки въ парафинъ и целлоидинъ. Для окрашиванія употреблялись гематоксилинъ, гематоксилинъ съ эозиномъ, методы van Gieson'a, доктора Тимофѣева, сафранинъ съ пикриновой кислотой и гематоксимиинъ съ пикроиндигокарминомъ.

Микроскопическія картины, полученные нами, представляются глубоко интересными и оригинальными. Въ общихъ чертахъ картины, полученные на различныхъ срѣзахъ, носятъ одинъ и тотъ же характеръ на всемъ вырѣзанномъ участкѣ опухоли.

Если будемъ разсматривать препаратъ, начиная съ поверхностнаго слоя съ эпидермиса, то мы должны будемъ обратить вниманіе на то, что слой его крайне утолщенъ и лежитъ въ видѣ сплошнаго рогового пласта или въ видѣ нѣсколькихъ слоевъ. По большей части приходится видѣть мѣста, гдѣ эпидермисъ оторвался, отслоился въ время обработки препаратовъ.

Далѣе мы должны обратить вниманіе на то, что эпителиальный слой тоже крайне утолщенъ, увеличенъ какъ въ глубину, такъ и въ ширину. Въ другихъ же мѣстахъ наоборотъ—слой эпителия крайне истонченъ, до 3—4 слоевъ клѣтокъ, причемъ жизнѣдѣтельность послѣднихъ повидимому, нарушена, такъ какъ ядра красятся плохо. На иныхъ препаратахъ это утолщеніе мильпигіева слоя доходитъ до того, что сосочки кожи совершенно сглажены, отсутствуютъ и вмѣсто ихъ мы видимъ одинъ разросшійся слой плоскаго мозовиднаго многослойнаго эпителия. Эпителий здѣсь вполне характеренъ, на срѣзахъ болѣе тонкихъ отчетливо видны контуры отдѣльныхъ клѣтокъ. Окраски сафраниномъ и пикриновой кислотой послѣ флемингскаго фиксажа указываетъ на то, что въ Мальпигіевомъ

слой идетъ оживленный процессъ размноженія клѣтокъ, по крайней мѣрѣ во всѣхъ ядрахъ можно разглядѣть фигуры дѣленія. На нѣкоторыхъ препаратахъ обращаетъ на себя вниманіе то, что эпителий отшнуровывается и проникаетъ глубоко внутрь кожи, оставаясь однако соединеннымъ довольно толстыми шнурками съ поверхностнымъ слоемъ.

Устья выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ и волосъ довольно рѣдки. Что касается кожныхъ сосочковъ, то какъ сказано, во многихъ мѣстахъ они доведены разросшимся эпителиальнымъ пластомъ до полнаго уничтоженія, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они еще сохранились, они представляются въ видѣ узкихъ образований, вдающихся въ эпителиальный слой, въ нихъ иной разъ видны тоненькіе сосудики, но чаще они представляются въ видѣ сплошныхъ соединительно-тканыхъ образований, въ центрѣ которыхъ лежитъ довольно значительное количество своеобразныхъ круглыхъ клѣтокъ. Сосуды, идущіе къ сосочкамъ, тоже окружены слоемъ такихъ же круглыхъ клѣтокъ. Въ скелетѣ кожѣ—corium мы имѣемъ тоже очень явственныя измѣненія. Мы видимъ, что пучки соединительной ткани сильно раздвинуты и всѣ сплошь выстланы эндотелиемъ, тамъ встрѣчается довольно значительное количество сосудовъ артеріальныхъ и венозныхъ, встрѣчаемъ скопленія круглыхъ клѣтокъ, пучки гладкомышечной мускулатуры, волосы, потовыя железы и лимфатическія щели. Все это хотя и сохраняетъ отношенія, свойственныя нормальной кожи, но отъ нея будетъ отличаться своей локализацией, величиной и отношеніемъ къ окружающимъ частямъ. Чѣмъ болѣе углубляемся мы отъ эпителиальнаго покрова въглубь кожи, тѣмъ измѣненія видимыя нами становятся все болѣе и болѣе замѣтны и характерны: такъ мы встрѣчаемъ уже не просто раздвинутые пучки corii, выстланные эндотелиальными клѣточками, а типическія лимфатическія полости. Полости эти состоятъ изъ балокъ соединительно-тканыхъ, онѣ обложены эндотелиемъ и анастомозируютъ между собой, въ стѣнкахъ ихъ проходятъ артеріальные и венозные сосуды. Тутъ мы уже начинаемъ встрѣчаться съ подкожной жировой клѣтчаткой. Жировая клѣтчатка имѣетъ характерный вполне видъ и форму; что довольно странно, такъ это обильное развитіе ея. Обыкновенно думаютъ, что лимфангіомы развиваются именно насчетъ уничтожающейся жировой клѣтки. При фиксажѣ по Флемингу мы можемъ видѣть, что въ ячейкахъ ея различаютъ большія капли жира, окрашиваемыя осміемъ въ интенсивный черный цвѣтъ. На этихъ же препаратахъ мы видимъ каріокINETическія явленія въ ядрахъ эндотелія, выстилающаго всѣ лимфатическія щели и полости. Что жировыя клѣтки и здѣсь участвуютъ въ лимфатическихъ пространствахъ, это видно изъ того отношенія, которое существуетъ между жировой клѣтчаткой и лимфатическими полостями: именно

главную массу полостей мы встрѣчаемъ тамъ, гдѣ видимъ клѣтчатку. Здѣсь же можно видѣть, какъ толстые цуги соединительной ткани вростають въ клѣтчатку и охватываютъ жировыя ячейки, рядомъ видимъ уже готовую полость, гдѣ жировой клѣтчатки уже нѣтъ а вмѣсто нея трабекулы соединительной ткани, высланныя эндотелиемъ, т. е. имѣемъ развитіе лимфатическихъ полостей на счетъ клѣтчатки. Удаляясь еще болѣе въ глубь, мы видимъ уже очень большія лимфатическія полости; здѣсь въ образованіи ихъ начинаетъ принимать участіе гладкая мускулатура, такъ какъ всѣ стѣнки этихъ полостей образованы изъ гладкихъ мышцъ. Но по-видимому гладкая мускулатура здѣсь только втянута въ процессъ, а сама не играетъ активной роли. Это можно заключить на томъ основаніи, что среди пучковъ ея вдругъ начинаютъ попадаться все въ большемъ и большемъ количествѣ клѣтки соединительно-тканнаго типа съ продолговатыми и звѣздчатыми ядрами. Гладкая мускулатура уступаетъ такому сильному вторженію соединительной ткани и постепенно погибаетъ, что мы видимъ на одномъ изъ препаратовъ, гдѣ гладко мышечный пучекъ, сначала казавшійся нормальнымъ, въ концѣ концовъ представляется въ видѣ пучка безъ ядеръ, безъ клѣтокъ, въ который вростаетъ соединительная ткань. Такимъ образомъ изъ всего, что мы видѣли на нашихъ препаратахъ, мы имѣемъ право заключить, что имѣемъ дѣло съ кавернозной лимфангиомой, продолжающей энергично развиваться, по крайней мѣрѣ за это говорятъ каждый участокъ микроскопическаго препарата. Развивается она какъ на счетъ жировой клѣтчатки, вросая въ нее, уничтожая ее, такъ и на счетъ соединительно-тканныхъ пучковъ кожи, раздвигая ее чисто механически.

Разбирая строеніе нашей опухоли диффузно разлитой въ кожу, мы имѣли случай говорить почти о всѣхъ ея элементахъ. Остается еще сказать объ измѣненіи одного изъ видныхъ элементовъ кожи, эластической ткани. Для окраски эластической ткани мы пользовались способомъ д-ра Тимофѣева, который даетъ крайне изящные препараты и въ тоже время крайне простъ. [Онъ состоитъ въ томъ, что сръзъ красится около $\frac{1}{2}$ или часа въ гематоксилинъ, затѣмъ сутки въ орцеинъ, потомъ обезцвѣчиваются подкисленнымъ алкоголемъ и дополнительно окрашиваются пикроиндигокарминомъ Сауага.]

На препаратахъ, окрашенныхъ по способу д-ра Тимофѣева, мы могли констатировать присутствіе большого количества эластической ткани, которая окрашивается орцеиномъ въ интенсивно краснокоричневый цвѣтъ. Эластическую ткань мы видимъ въ видѣ толстыхъ извилистыхъ цуговъ, она распространяется по всему скелету кожи, разбивается на мелкіе пучки и тонкія волокна, словомъ она оплетаетъ свою стѣю весь скелетъ кожи. Самыя тоненькія ея

волоконца заходят въ сосочки кожи и достигаютъ до самаго слоя эпителия. Толстыя волокна ея грубы.

Въ стѣнкахъ лимфатическихъ полостей волоконъ эластической ткани тоже очень много. Вообще надо сказать, что количество эластической ткани здѣсь болѣе, чѣмъ это бываетъ въ нормальной кожѣ.

Вотъ все, что мы можемъ сказать послѣ изслѣдованія имѣющейся у насъ лимфангіомы кожи. Къ крайнему нашему сожалѣнію мы не могли получить хорошихъ препаратовъ эндотелиальныхъ клѣтокъ съ помощью азотнокислаго серебра.

Въ заключеніе считаемъ долгомъ выразить нашу благодарность нашимъ уважаемымъ учителямъ Н. А. Геркену за доставленный случай и Н. М. Любимову за любезный просмотръ препаратовъ.

Объясненія рисунковъ:

Рис. № 1-й Видъ больной конечности до операціи.

Рис. № 2-й Видъ больной конечности послѣ операціи.

Рис № 3-й Характеръ измѣненій съ поверхности въ глубь: а) лимфатическія полости, б) группы круглыхъ клѣтокъ, в) потовыя железы, д) пластъ гладко-мышечной мускулатуры, е) кровеносный сосудъ, ф) лимфатическія щели.

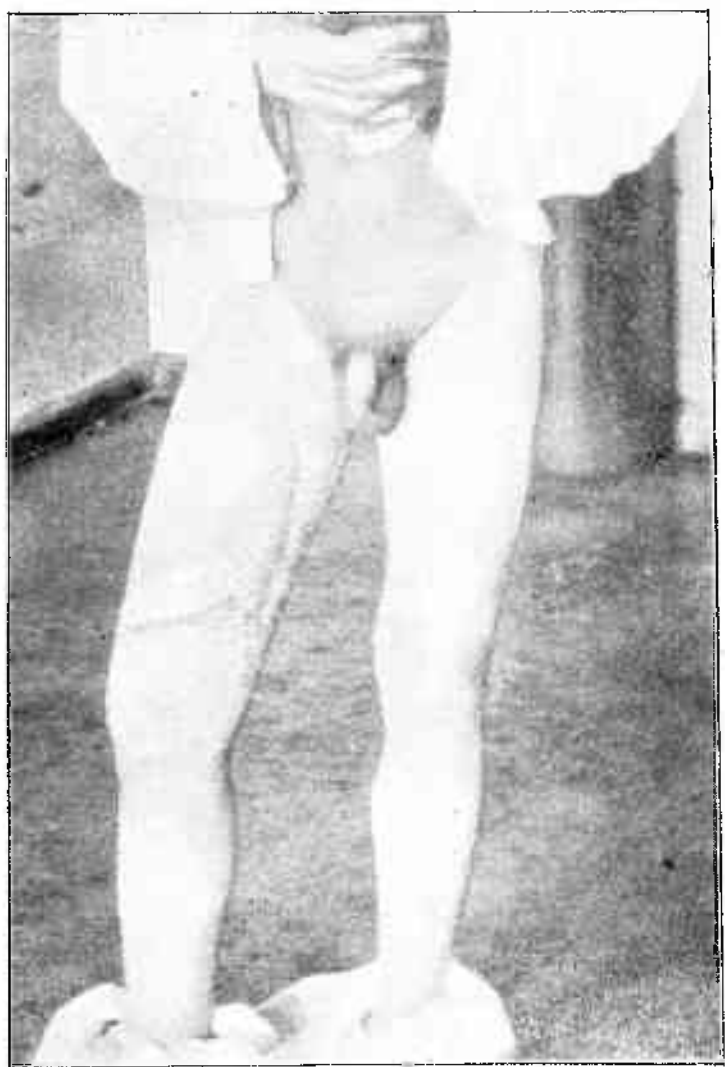
Рис. № 4-й Продолженіе предыдущаго; лимфатическія полости заложены въ жировой клѣтчаткѣ, сильно измѣненной: а) остатки жировыхъ ячеекъ, б) слои гладкой мускулатуры, в) остатки жировой клѣтчатки съ достаточно развитыми пучками соединительной ткани, д) группы круглыхъ клѣтокъ, е) лимфатическія полости.

Рис. № 5 Характеръ щелей, образовавшихся на мѣстѣ жировой клѣтчатки: а) ядра клѣтокъ эпителия, б) волокна гладкой мышечной мускулатуры въ стѣнкахъ, отдѣляющихъ полости, в) группы клѣтокъ, д) лимфатическія полости.

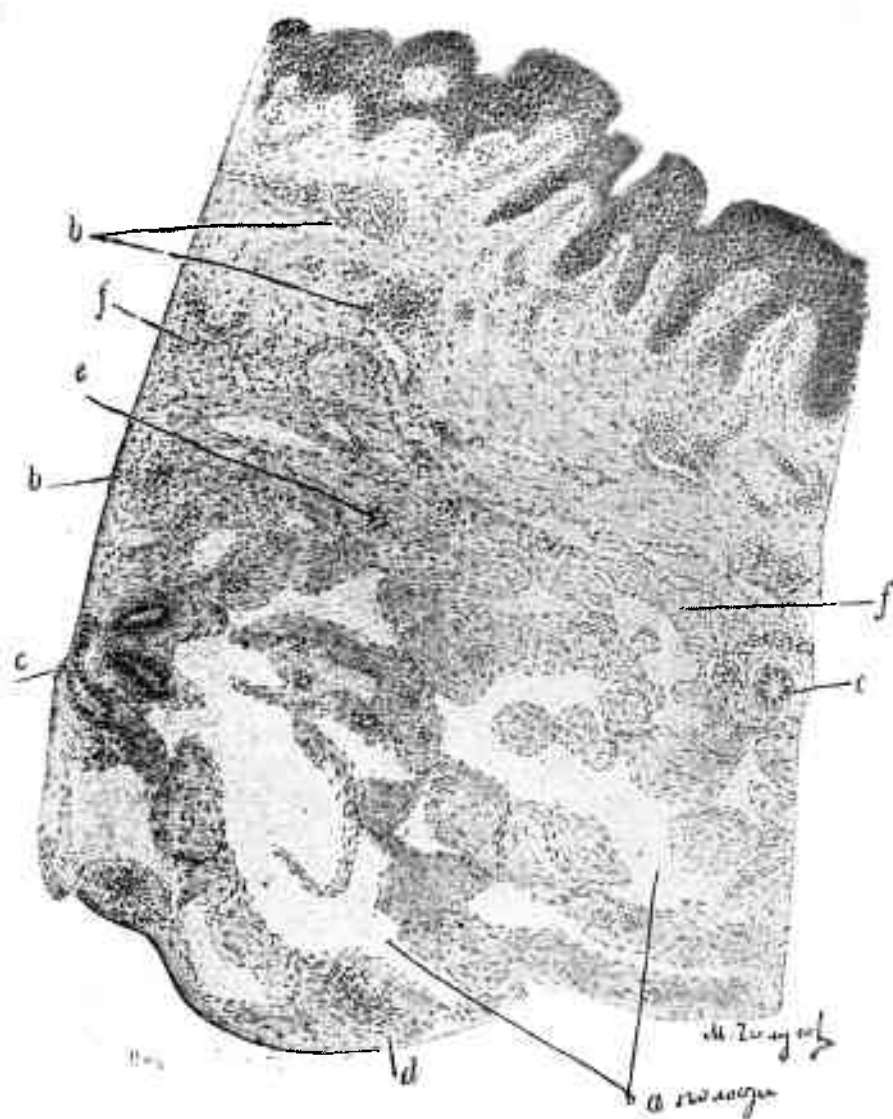
Л И Т Е Р А Т У Р А:

- М. Покровскій. О лимфангиомахъ Хирургія, т. 4. 1898 г.
Lannelongue et Ménard. Affections, congenitals t. 1.
1891 г.
В. А. Оппель Лимфангиомы 1899 г.
Любимовъ. Лекціи патологической анатоміи. Казань 1897 г.
Общераспространеннымъ руководства по общей и частной хирургіи. (Ландереръ, Кенигъ, Тильмансъ и др.).
-

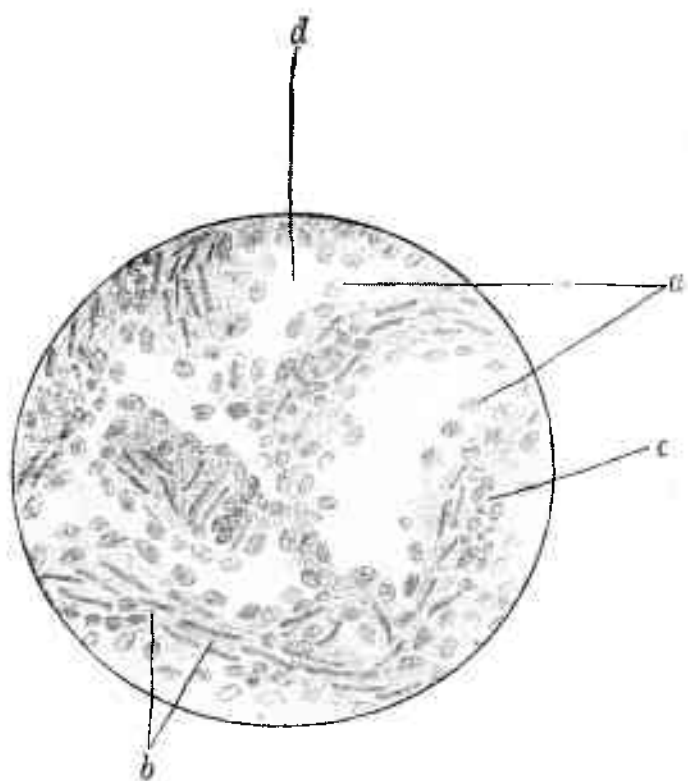




N 2.



№ 4.

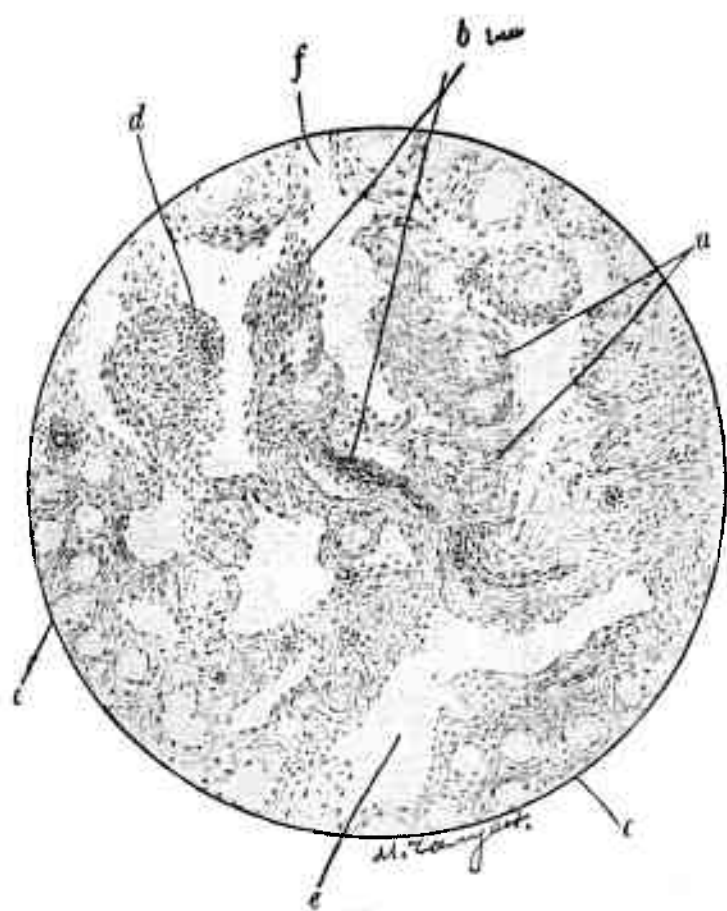


№ 5.





№ 1.



№ 3.



РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

Подъ редакціей В. И. Левчаткина.

А. Л. Любушинъ. *Патолого-анатомическія измѣненія мозговой коры въ двухъ случаяхъ преждевременнаго слабоумія (Dementia praecox).* Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова кн. 1 и 2 1902 г.

Изученіе литературы данного вопроса (Kahlbaum, Kietman, Чижъ, Alzheimer) приводитъ къ заключенію, что свѣдѣнія по патологической анатоміи ранняго слабоумія отличаются крайней недостаточностью и неопредѣленностью. Авторъ знакомить съ исторіями болѣзни двухъ больныхъ, страдавшихъ раннимъ слабоуміемъ. Оба случая окончились смертью; при аутопсіи при микроскопическомъ изслѣдованіи оказались на лицо: въ одномъ случаѣ мозгъ полнокровенъ, слегка отеченъ, атрофія извилинъ мозга и атрофія коркового слоя, выраженныя одинаково во всѣхъ доляхъ головного мозга. Боковые желудочки слегка растянуты и содержатъ значительное количество жидкости; въ другомъ—*leptomeningitis sclerotica, Atrophia corticis cerebri generalisata.*

Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ мозга изъ различныхъ областей, произведенное по методамъ: Nissl'я, Van-Gieson'a, Weigert'a, Pal'я, Marchi, Буша, Golgi и Anglade'a, показываетъ, что въ основѣ заболѣванія раннимъ слабоуміемъ лежатъ органическія измѣненія коры головного мозга. Эти измѣненія касаются нервныхъ кѣлокъ и волоконъ, кровеносныхъ сосудовъ и невроглии. Въ нервныхъ кѣткахъ наступаютъ явленія атрофіи и пигментно—жирового перерожденія. Нервные волокна атрофируются и перерождаются. Наибольшимъ измѣненіямъ подвергаются тангенціальныя волокна верхняго слоя мозговой коры и подкорковыя волокна. Кровеносные сосуды значительно расширены, периваскулярныя пространства, а также и просвѣты ихъ, представляются наполненными продуктами жирового распада. Развитие элементовъ невроглии замѣчается во всѣхъ слояхъ мозговой корки, но сильнѣе всего оно выражено въ молекулярномъ слое и слое малыхъ пирамидъ, также въ окружности кровеносныхъ сосудовъ. Въ прочихъ

слояхъ мозговой коры наблюдается разрастаніе ядеръ невроглии.—Такимъ образомъ, въ основѣ преждевременнаго слабоумія лежитъ хроническій диффузный атрофически-дегенеративный процессъ.

Эти измѣненія представляютъ нѣкоторыя общія черты съ такими же при прогрессивномъ параличѣ, но въ тоже время имѣютъ многія существенныя отличія, а именно: послѣднія имѣютъ болѣе острый характеръ, а первыя (т. е. при dementia praecox) наступаютъ крайне вяло.

В. Колотинскій.

Патологическая анатомія и бактеріологія.

Р. Г. Пиронэ. *Къ вопросу о невролизинахъ.* Архивъ Біолог. Наукъ. Томъ X, № 1.

Подобно Delezenne'у автору удалось получить невролитическую сыворотку, иммунизируя утокъ эмульсіей, приготовленной изъ годовного и спинного мозга собаки. При его опытахъ между прочимъ выяснилось, что специфичность сыворотки довольно скоро (на 20—28 день послѣ послѣдней инъекціи) исчезаетъ. Что касается гистологическихъ изслѣдованій, то авторъ отмѣчаетъ измѣненія мозга 1) при инъекціяхъ нормальной утиной сыворотки, 2) при инъекціяхъ невролитической сыворотки и 3) измѣненія кусочковъ мозга при непосредственномъ на нихъ дѣйствіи той и другой сыворотки *in vitro*.

Въ первомъ рядѣ изслѣдованій авторъ отмѣчаетъ лишь незначительныя измѣненія: начальная степень хроматолиза, внѣдреніе клѣтокъ невроглии въ существо нервныхъ клѣтокъ, незначительное расширеніе капилляровъ и выходъ лейкоцитовъ въ окружающую ткань. Во второмъ рядѣ изслѣдованій авторъ наблюдалъ рѣзкую гиперемію и сильную инфильтрацію лейкоцитами, внѣдреніе лейкоцитовъ и клѣтокъ невроглии въ существо нервныхъ клѣтокъ и всѣ стадіи распада нервныхъ клѣтокъ; при этомъ въ спинномъ мозгу (въ верхнемъ отдѣлѣ) не замѣчалось особыхъ измѣненій. О третьемъ рядѣ изслѣдованій авторъ говоритъ очень мало, отмѣчая лишь внѣдреніе клѣтокъ невроглии въ нервныя клѣтки.

Р. Г. Пиронэ. *Къ вопросу объ опухоляхъ надпочечнаго происхождения (инернефромы).* Архивъ Біолог. Наукъ 1903 г. № 1, Томъ X.

Авторъ описываетъ одну опухоль сѣро-желтоватаго цвѣта величиной съ большой каштанъ, которая была какъ-бы вкраплена въ поч-

ку. Весьма подробное гистологическое изслѣдованіе сводится къ тому, что опухоль въ центрѣ представляетъ обычное строеніе надпочечника а по периферіи имѣетъ эпителиальный характеръ (папиллярная и альвеолярная аденома). Эту опухоль авторъ относитъ къ тѣмъ, которыя описаны Гравитцемъ подъ названіемъ «strumae lipomatodes aberratae renis» и подобно Кіари придаетъ большое діагностическое значеніе присутствію въ этой опухоли особыхъ пигментныхъ клѣтокъ.

А. В. Сивре.

Хирургія.

Русскій хирургическій Архивъ. 1903 г. кн. 1.

О. М. Гольбекъ. *Изъ наблюденій по полевой хирургіи.*

Авторъ приводитъ рядъ наблюденій по военно-полевой хирургіи, сдѣланныхъ (на матеріалѣ въ 111 раненныхъ) завѣдующими военными лазаретами Общества Краснаго Креста въ Volksrust-Transvaal и Watervalboven въ теченіе южно-африканской войны съ февраля по августъ 1900 года.

М. М. Крюковъ. *Къ ученію о бедренныхъ пузырьныхъ грыжахъ.*

Подъ вліяніемъ той или иной причины часть мочевого пузыря, находящаяся вблизи отверстія бедренного канала, вступаетъ въ него и образуетъ такъ наз. пузырьную бедреную грыжу (cystocele crurale). Смотря по отношенію выпавшей части къ грыжевому мѣшку и брюшинѣ, различаютъ cystocele intraperitoneale, extraperitoneale и paraperitoneale. Величина грыжи обыкновенно незначительна. Вместе со стѣнкой пузыря въ содержимомъ грыжи можетъ быть и мочеточникъ. Выпавшій участокъ стѣнки чаще всего представляетъ явленія атрофіи, рѣдко гипертрофированъ. Со стороны слизистой измѣненій не отмѣчается. Точно также не отмѣчено омертвѣнія грыжевого участка пузыря не смотря иногда на значительное суженіе шейки cystocele и даже наступающую инкарпацию. Пузырные грыжи произвольно не исчезаютъ и остаются неправыми. Къ числу особенностей пузырьныхъ грыжъ относится частое скопленіе жира (lipocеле).—Cystocele crurale—явленіе дов. рѣдкое; оно встрѣчается приблизительно въ 0,5% кишечныхъ бедренныхъ грыжъ, гл. обр., у женщинъ (въ 96%) въ возрастѣ отъ 30 до 40 лѣтъ, чаще всего на правой

сторонѣ.—Къ моментамъ, вызывающимъ наступленіе cystocele относятся: а) физическія напряженія (общій для всякой грыжи моментъ); б) застой мочи съ атрофіей стѣнки и увеличеніемъ подвижности органа; в) присутствіе дивертикула; г) асимметричность формы пузыря; е) присутствіе предпузырного жира, влекущего въ каналъ стѣнку пузыря; ф) прочныя сращения стѣнки съ брюшиннымъ покровомъ (для образованія вторичной cystocele).—Въ клинической картинѣ заболѣванія, въ общемъ представляющей обычной для кишечно-сальниковыхъ грыжъ, наиболѣе характерными для cystocele являются: а) ненормальности въ мочеиспусканіи (частота, задержаніе) и боли въ мочевомъ пузырьѣ; б) связь величины грыжи съ наполненіемъ мочевого пузыря (мочою или вливаемой жидкостью); в) иногда особый звукъ («glou-glou»), слышимый въ грыжевой опухли при мочеиспусканіи.—При операціи по поводу распознанной cystocele, или обнаруженной при herniotomii кишечной, пузырь можетъ быть отдѣленъ отъ грыжевого мѣшка или вправленъ вмѣстѣ съ нимъ. Въ случаяхъ невраивимости или при рѣзкомъ истонченіи cystocele была при-
мѣнена резекція. Пузырный жиръ советуется убирать.

В. Ф. Байковъ. *О нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при стѣненіи застарѣлыхъ грыжъ.*

Опирируя ущемленную мошоночную грыжу 20-лѣтней давности, авторъ натолкнулся на цѣлый рядъ затрудненій. Прежде всего вслѣдствіе ущемленія въ верхнемъ отдѣлѣ грыжевого мѣшка кишки не могли быть вынуты изъ мошонки, для чего потребовался разрѣзъ ея по передней поверхности. Въ содержимомъ грыжи оказалась около аршина тонкой кишки съ утолщенными стѣнками и значительно утолщенной (до $\frac{1}{2}$ вершка) брыжейкой, очевидно, вслѣдствіе постоянного венознаго застоя. Ущемленіе ничѣмъ не отразилось на тонкой кишкѣ. Вмѣстѣ съ ileum въ грыжѣ оказались сосиса съ appendix'омъ и восходящая часть толстой кишки. Эти послѣднія имѣли нездоровый видъ; особенно сомнительными представлялись два пятна, видимо, начала гангрены. Для рѣшенія вопроса о жизнеспособности кишечной истли въ подозрительномъ участкѣ, авторъ прибѣгаетъ къ надрѣзу стѣнки до мышечнаго слоя, при чемъ истеченіе изъ разрѣза алой крови даетъ ему право на заключеніе о сохраненіи жизнеспособности (на рану кладется шовъ). Въ данномъ случаѣ проба дала положительный результатъ, и рѣшено было приступить къ вправленію. Послѣднее однако удалось лишь послѣ увеличенія разрѣза брюшной стѣнки къ средней линіи до лобковаго сочлененія (съ отсѣченіемъ m. recti) и прокола толстой кишки для выпусканія скопившихся газовъ (на serosa шовъ). Послѣднимъ затрудненіемъ было вылученіе грыжевого мѣшка, крѣпко спаяннаго съ подлежащими тканями. Послѣ операціонное теченіе со стороны кишечника и кожной раны гладкое.

Заживленіе мошоночной полости, тщательно дренированной, затянулось. Въ результатѣ полнос выздоровленіе.

В. Ф. Байковъ. *Neoplasma hepatis. Laparotomia.*

Ограниченность доступныхъ операциіи печеночныхъ новообразованій заставляетъ автора опубликовать его случай. У 40-лѣтней, хорошо упитанной женщины въ теченіе 10 лѣтъ выросла въ полости живота плотная, бугристая опухоль, величиною съ куриное яйцо. Опухоль помѣщается на пальцѣ выше и правѣ пупка, подвижна при дыханіи. При операциіи обнаружена связь ея съ печенью, куда опухоль входитъ въ переднемъ краѣ между желчнымъ пузыремъ и выемкой, отдѣляющей lobus quadratus отъ лѣвой доли. Опухоль имѣетъ рѣзкія границы, легко отдѣлена отъ охватывающаго ее салника, а также и отъ печени, для чего пришлось только перерѣзать брюшинный покровъ по границѣ соприкосновенія. Дефектъ печени, съ слабо кровоточащей поверхностью зашитъ катгутомъ. — При макроскопическомъ обследованіи опухоли, найдено, что она состоитъ изъ кожистой оболочки, дов. хрупкой, мѣстами обызвестленной, и содержащаго, представляющаго въ центрѣ жирную марковую массу бѣлаго пвѣта и по периферіи слабозеленоватыя студенистыя перепонки. Микроскопическаго изслѣдованія не произведено.

Проф. В. И. Разумовскій. *Хирургическія наблюденія: 12) О хирургическомъ леченіи стриктуръ тонкой кишки.*

Въ ряду суженій тонкой кишки особаго интереса заслуживаетъ группа такъ наз. гипертрофически-воспалительныхъ стриктуръ, выдѣленная Nothnagel'емъ. Казуистика этого заболѣванія, патолого-анатомически уже давно извѣстнаго, еще не достаточно обильна, и вопросъ о немъ представляется мало изученнымъ; однако, на основаніи данныхъ настоящаго времени, можно съ вѣроятностью большую часть гипертрофически-воспалительныхъ стриктуръ относить къ туберкулезнымъ. Еще менѣе изученныя сифилитическія стриктуры, большая часть которыхъ обнаружена на секціонномъ столѣ, пробрѣли хирургическій интересъ за послѣднее время. 5 случаевъ изъ нихъ оперированы (1 случай принадлежитъ автору) — 4 съ резекціей кишки и 1 (случай автора) путемъ энтероанастомоза. Относительно вида оперативнаго пріема авторъ высказывается въ пользу предпринятаго имъ. По этому же способу оперирована больная съ 2 стриктурами гипертрофически-воспалительнаго характера, но иного (вѣроятно туберкулезнаго) происхожденія. Въ обоихъ случаяхъ полученъ стойкій ре-

зультать.—Касаясь вопроса о сравнительномъ достоинствѣ операций—резекціи кишки и энтероанастомоза въ подобнаго рода случаяхъ—авторъ находитъ очевидными преимущества послѣдней, какъ операции болѣе легкой, несомнѣнно дѣйствительной и, по литературнымъ даннымъ, приносящей пользу даже въ случаяхъ несомнѣнно туберкулезныхъ стриктуръ. Авторъ не скрываетъ и тѣневыхъ сторонъ этой операции. Къ нимъ относится: во 1-хъ, оставленіе на мѣстѣ туберкулезнаго (или подозрительнаго) очага и во 2-хъ, измѣненіе динамическихъ условій передвиженія пищевой кашицы. Но какъ, съ одной стороны, трудно при резекціи гарантировать полное удаленіе очага, такъ съ другой—при извѣстныхъ условіяхъ всегда можно разсчитывать на силы организма въ борьбѣ съ туберкулезомъ. Что же касается возможности препятствія къ движенію кишечнаго содержимаго, то получаемыя измѣненія динамическихъ условій не могутъ имѣть серьезнаго значенія для здоровья. За это говорятъ какъ нѣкоторые теоретическія соображенія, такъ и хирургическій—лабораторный и клиническій—опытъ. Въ виду всѣхъ соображеній операция энтероанастомоза должна замѣнить резекцію во всѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдняя хоть нѣсколько затруднена.—Выключеніе кишки при туберкулезныхъ стриктурахъ можетъ имѣть мѣсто лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Энтеропластика при гипертрофически-воспалительныхъ стриктурахъ не имѣетъ примѣненія.

Проф. М. А. Васильевъ. *О вліяніи резекціи сѣмявыносящаго протока на тонусъ сфинктера мочевого пузыря.*

Благотворное вліяніе такъ наз. сексуальныхъ операций у лицъ съ гипертрофіей *prostatæ* объяснялось наступающей атрофіей послѣдней. Но быстрое наступленіе результата, съ одной стороны, и отрицательныя данныя микроскопическихъ изслѣдованій *prostatæ* послѣ операции, съ другой, показали, что не въ атрофіи простаты здѣсь дѣло. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ объясненіе этого факта ставили уменьшеніе конгестіи мочевыхъ путей, которую считали за этиологическій моментъ для гипертрофіи *prostatæ*.—Предполагая, что въ задержкѣ мочеиспусканія при гипертрофіи простаты играетъ роль повышеніе тонуса сфинктера, авторъ сдѣлалъ рядъ наблюденій надъ вліяніемъ сексуальныхъ операций (въ частности резекціи сѣмявыносящаго протока) на тонусъ *sphincteris vesicae*, что бы такимъ путемъ выяснитъ отчасти клиническое значеніе этихъ операций. Поставлено 17 опытовъ на собакахъ. Опредѣлялась разница внѣшняго давленія на пузырь (до и послѣ резекціи *vasis deferentis*), необходимаго для появленія первыхъ капель мочи. Въ 12 случаяхъ получилась разница въ силѣ давленія (ст. б., и въ силѣ сопротивленія сфинктера), равная 100—400 mmtr. столба жидкости въ манометрѣ, вводимомъ въ пузырь. Въ 6 опытахъ еще опредѣлено давленіе послѣ смерти; изъ нихъ въ трехъ.

сопротивленіе еще уменьшалось, въ трехъ же давленіе оставалось одинаковымъ съ прижизненнымъ. Ст. 6., возможно полное расслабленіе сфинктера. Подмѣчено, кромѣ того, что расслабленіе тонуса послѣ резекціи или происходитъ постепенно или наступаетъ разомъ.— Въ виду полученныхъ результатовъ, авторъ находитъ, что вліяніе сексуальныхъ операцій на легкость мочеиспусканія у простатиковъ зависитъ отъ пониженія тонуса sphinctri's vesicae uipinae.

Н. Н. Смирновъ. *Случай эмболии легочной артеріи при переломѣ обѣихъ нижнихъ конечностей.*

Въ случаѣ, наблюдавшемся авторомъ, у больного наступила неожиданная смерть (въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа при явленіяхъ паралича сердца) въ періодъ выздоровленія черезъ 3 недѣли послѣ перелома костей голени (2-сторонняго). При аутопсіи найденъ тромбозъ венъ голени и эмболія легочной артеріи.—Эмболии на почвѣ веннаго тромбоза, по статистическимъ даннымъ, встрѣчаются довольно рѣдко. Всего насчитывается въ настоящее время 37 случаевъ доказанныхъ эмболий и 15 вѣроятныхъ. 70% изъ этого числа должны быть отнесены къ послѣдствіямъ переломовъ. Въ зависимости отъ величины эмбола и мѣста заноса онъ вызываетъ различной тяжести и исхода клиническую картину.

Въ вопросѣ о причинахъ эмболий въ важное значеніе имѣетъ все болѣе и болѣе входящій въ хирургическую практику принципъ активнаго леченія переломовъ. По мнѣнію автора, мобилизація всякаго вида, не смотря на ея важное значеніе въ леченіи переломовъ, строго противопоказуется при малѣйшемъ подозрѣніи на тромбозъ.

С. Г. Фирштенбергъ. *О показаніяхъ къ внутренней уретротоміи при суженіяхъ мочеиспускательнаго канала.*

Леченіе суженій уретры производилось по разнымъ методамъ—динамическому, механическому, по способу химическаго разрушенія ткани (сюда относится и электролизъ) и, наконецъ, по методу быстраго разьединенія, куда слѣдуетъ отнести дивульсію и уретротомію—наружную и внутреннюю. Последняя должна занять первое мѣсто въ ряду всѣхъ другихъ способовъ. Наружная уретротомія имѣетъ только два показанія: непроходимость суженія и присутствіе обильной рубцовой ткани или свищей. Очень обильны показанія къ внутренней уретротоміи. Они могутъ быть поставлены какъ рационально, такъ и эмпирически. Показанія перваго рода должны быть почерпаемы какъ въ этиологіи суженія, такъ въ анатомическихъ особенностяхъ его и

въ сопутствующихъ осложненіяхъ. Изъ этиологическихъ моментовъ даютъ показанія къ внутренней уретротоміи: а) травма какъ здоровой, такъ уже страдающей уретры и б) сифились. Изъ анатомическихъ особенностей должны быть отмѣчены: а) локализациа суженія въ висящей части уретры; б) глубокія (пальпируемая) склеротическія измѣненія corporis cav. urethrae; с) множественность стриктуръ; д) эксцентрическое развитіе суживающаго кольца. Изъ осложненій, показующихъ внутреннюю уретромію, слѣдуетъ указать: а) полное задержаніе мочи, несмотря на введеніе филиформнаго бужа; б) заболѣваніе вышележащихъ органовъ (напр. циститъ); с) начало образованія свища; д) существованіе стараго (для облегченія послѣдующей наружной уретротоміи); е) присутствіе уретральнаго камня.—Вторичныя показанія къ внутренней уретротоміи возникаютъ эмпирически въ тѣхъ, напр., случаяхъ, когда стриктура перестаетъ поддаваться бужированію, когда она имѣетъ наклонность быстро возвращаться къ прежней шаринѣ, часто рецидивируетъ и под.—Существуетъ еще рядъ показаній, которыя могутъ быть названы социальными: напр., необходимость быстро отпустить больного изъ лечебнаго заведенія.

II. Овчинниковъ.

ОБЗОРЪ

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

Н. И. Котовщикова,

Заслуж. проф. Казанскаго Университета.

(Продолженіе).

2) С о с у д ы.

Артеріи.

О врожденной узкости артеріальной системы пишет I. Burke (425). Послѣ краткаго историческаго очерка, авторъ разбираетъ значеніе этой аномаліи для хлороза, перниціозной анеміи, гемофилии и геморрагической пурпуры, для теченія хроническихъ и острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, особенно эндокардита (для примѣра приводится собственное наблюденіе). Главнѣйшее вниманіе въ работѣ удѣлено разстройствамъ сердца, основаннымъ на прирожденной узости артеріальной системы. Приведено изъ литературы 20 случаевъ и подробная исторія болѣзни типическаго случая изъ клиники Neisser'a.

Большую частья явленія, указывающія на страданіе сердца, выступаютъ на 20-омъ году жизни и ведутъ, продолжаясь болѣе или менѣе долго къ смерти. Вскрытіе показываетъ обыкновенно гипертрофію и расширеніе обоихъ желудочковъ (рѣдко одного лѣваго) и артеріо-склерозъ узкой аорты. Узкость сосудовъ клинически трудно отличить отъ пороковъ клапановъ и болѣзни міокардія. Диагностическое значеніе имѣютъ: малый и напряженный пульсъ, блѣдность вмѣсто ожидаемаго ціаноза, нѣжное, слабое тѣлосложеніе, отставшее развитіе (отсутствіе волосъ на лобкѣ, гипоспадія и т. д.) и какъ неточный признакъ—отсутствіе ощущаемаго пульса въ Jugulum.

У женщинъ съ прирожденной узостью сосудовъ вторичная недостаточность сердца наступаетъ рѣже: у нихъ легче развивается ма-

локровіе, протекающее подъ видомъ первичной анеміи, хлороза и пернициозной анеміи.

С. I. Шварцъ (614) видѣлъ у одной больной 20 л. функциональное поврежденіе сосудовъ, выразившееся отсутствіемъ пульса въ артеріяхъ лѣваго предплечья. См. Мед. Обзор. т. 55 стр. 832.

Одинъ случай, повидимому *periarteriitis nodosa*, описываетъ Flor. R. Sabin (570) у 32 л. женщины. Артеріи представляли высокую степень кольчатого стеноза. Въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ извѣстныя измѣненія были настолько сильны, что не было пульса. *Art. brachialis* представлялась составленной изъ нѣлаго ряда твердыхъ колець. *Art. mammae* была обнѣзвествлена.

О раннемъ и постоянномъ признакъ артеріосклероза сообщалъ Cury, см. Мед. Обзор. 58, № 19, стр. 530.

По наблюденіямъ W. Russell (568) артеріосклерозъ представляеть 3 вполне различныхъ заболѣванія: атероматозъ, распространенный эндартеритъ и при расширеніяхъ сосудовъ наступающее компенсаторно утолщеніе интимы, вслѣдствіе измѣненій средней оболочки сосудовъ. Клиническое и патологическое изслѣдованіе 16 случаевъ привело автора къ тому заключенію, что атероматозъ представляетъ локализованное, очаговое, дегенеративное измѣненіе, а артеріосклерозъ—разлитое заболѣваніе артерій, характеризующееся утолщеніемъ *tunicae mediae* и *intimae*. Первая представляетъ въ началѣ истинную гипертрофію, а затѣмъ можетъ претерпѣвать извѣстныя дегенеративныя измѣненія.

Измѣненіе интимы является въ видѣ фиброзной гиперплазіи субэндотелиальной соединительной ткани и иногда съ фибрознымъ утолщеніемъ адвентиціи. Просвѣтъ артеріи замѣтно уменьшенъ. Артеріосклерозъ можетъ сопутствовать болѣе или менѣе распространеннымъ атероматозамъ.

Специфическаго сифилитическаго артеріосклероза не существуетъ (М. Я. Брейтманъ, 61.); онъ ничѣмъ не отличается отъ алкогольнаго и всѣхъ другихъ токсическихъ артеріосклерозовъ, сифилисъ способствуетъ только появленію страданія въ болѣе раннемъ возрастѣ.

Wolff (610) наблюдалъ разлитой эндартеритъ сифилитическій мозговыхъ артерій, кончившійся смертью у 24 лѣтней женщины. Назначенное специфическое леченіе, при быстро развивающемся сифилисѣ, съ явленіями тяжелой язвенной ангины и распадающихся сифилидовъ, нужно было прервать черезъ 2 недѣли изъ-за язвеннаго стоматита. Несмотря на это, сыпь однако исчезла, но два мѣсяца спустя появился апоплектический приступъ. Въ мочѣ найдены были бациллы туберкулеза, бѣлокъ $5\frac{1}{2}$ —про mille и врачъ предположилъ туберкулезъ верхушекъ легкихъ. Черезъ 3 мѣсяца наступила смерть, перелъ которой было нѣсколько припадковъ апоплексіи.

J. Nagano (542) изслѣдовалъ сифилитически-измѣненныя мозговыя артеріи отъ 51 л. мужчины и нашелъ гнѣздную инфильтрацію наружной оболочки артеріи круглыми клѣтками. По наблюденіямъ автора, процессъ начинается именно съ этой оболочки, а затѣмъ поражаются внутренняя, и очень рѣдко средняя. Отъ простого, не спе-

цифического эндартерита сифилитическое страданіе мозговыхъ артерій отличается отсутствіемъ пятенъ на внутренней оболочкѣ, отсутствіемъ известковыхъ отложеній, жирового перерожденія и указаннымъ рѣзкимъ измѣненіемъ наружной оболочки.

При изслѣдованіи одного 44 лѣтняго больного, Türg (598) наблюдалъ почти полное отсутствіе пульса во всѣхъ сосудахъ верхней половины тѣла, головы и верхнихъ конечностей, тогда какъ грудная и брюшная аорта и бедренныя артеріи сильно пульсировали. Все туловище, особенно съ задней стороны, было покрыто сильно расширенными, вьющимися и сильно бьющимися артеріальными сосудами, по которымъ кровь стремилась отъ нижней части тѣла къ верхней. Изъ этого приходилось заключить, что устья всѣхъ сосудовъ верхней части тѣла на дугѣ аорты закупорены вполнѣ деформирующимъ аортитомъ (сифилитическимъ), и нисходящая аорта съ арт. iliac. ext., при помощи распространеннаго коллатеральнаго круга кровообращенія, снабжала достаточно кровью обѣ подключичныя артеріи, мозгъ, черепъ, шею, верхнія конечности и въ такомъ количествѣ, что не было даже функциональных расстройствъ. Вскрытіе подтвердило діагнозъ.

I. H. Bryant (65) сообщилъ объ одномъ случаѣ объ извѣствленія артерій съ облитерирующимъ эндартеритомъ у 6 мѣсячнаго ребенка. Незадолго передъ смертью обѣ ноги омертвѣли. Femoralis прощупывался, какъ твердый пнурокъ. Арт. coeopalia были утолщены, змѣвидны, ихъ просвѣтъ былъ сильно суженъ. Арт. thyroidea, арт. iliac, femoralis, а также болѣе мелкія артеріи ногъ, brachialis, mesaraica, hepatica, renales и нѣкоторыя другія были утолщены, а у нѣкоторыхъ просвѣтъ (какъ въ арт. iliac) былъ почти облитерированъ. Изслѣдованіе арт. tibialis показало, что она почти была закупорена организованнымъ тромбомъ, intima толще нормальной въ 5, 6 разъ. Въ tunica media нашлись отложенія извести. Причиной страданія нужно считать врожденный сифилисъ.

Julius Schnitzler (575) наблюдалъ у одной 55 лѣтней женщины закупорку верхней и нижней брыжжеечной артерій старыми соединительно-тканными пробками. При вскрытіи найдены инфаркты, кровоподтеки и язвы кишокъ, несомнѣнно очень недавняго происхожденія. Брюшина была воспалена, кишки склеены другъ съ другомъ.

Больная 5 лѣтъ страдала запорами, а 4 года болями въ области печени и пупка. Онѣ начинались независимо отъ ѣды, продолжались по суткамъ, а въ послѣднее время постоянно, прерываясь только на нѣсколько часовъ.

Эти боли несомнѣнно должно было объяснять непроходимостью сосудовъ, подобно тому, какъ объясняютъ боли при «перемежающейся хромотѣ» Chacot, а именно малокровіемъ кишки, при ихъ сокращеніяхъ. Хотя коллатеральное кровообращеніе и развилось, но оно здѣсь было недостаточно. Оно ослабѣло еще болѣе при ослабленіи дѣятельности сердца—и въ это время развились указанные болѣе свѣжія измѣненія въ кишкахъ.

О перемежающейся хромотѣ (*claudication intermittente* Charcot, или *myasthenia paroxysmalis angio-sclerotica*) появилось нѣсколько сообщений S. Goldflam'a (468)—о 24-хъ случаяхъ, Nagelstam'a (476) о—7, Higier'a (488), van Oordt'a (546) о двухъ, Sängera (572) о трехъ случаяхъ.

Болезнь эта выражается тѣмъ, что при ходьбѣ появляется боль въ какой-либо ногѣ, заставляющая больного хромать, а затѣмъ остановиться на нѣкоторое время съ тѣмъ, чтобы опять идти до новаго появленія боли. По мѣрѣ дальнѣйшаго хожденія и усталости, боль дѣлается болѣе, или менѣе постоянной. Нога становится синеватокрасной, холодной, а пальцы дѣлаются бѣлыми, какъ мѣль. При дальнѣйшемъ теченіи, кромѣ боли появляются парестезіи и анестезіи до полного чувства онѣмѣнія.

Заболѣваютъ перемежающей хромотою и старики и люди въ 20—30 л., почти всегда мужчины (Higier). Въ наблюденіяхъ Goldflam'a 3-ое больныхъ были въ возрастѣ 25—30 л.; 11—между 30—40 годами, 6—между 40—50 и 4 старше 50 лѣтъ.

При изслѣдованіи, обыкновенно убѣждаются въ отсутствіи пульса въ арт. *dorsalis pedis* и *tibial postic*; на лицо признаки разстроеннаго кровообращенія: венозный застой, холодъ, ціанозъ, опухоль, экхимозы. Мускулы теряютъ тонусъ и уменьшаются въ объемѣ, часто ссть фибриллярныя подергиванія. Патолого-анатомическая основа—распространенный, доводящій до закрытія просвѣта сосуда эндартериитъ кожныхъ артерій съ артеріосклерозомъ сосудовъ туловища. Заключительная картина этого процесса—гангрена пальцевъ и ногъ, что авторъ видѣлъ въ 7 случаяхъ (изъ 24).

Этіологія страданія лежитъ по Nagelstam'у въ климатическихъ условіяхъ (болезнь развивается въ суровомъ климатѣ). Higier сообщаетъ, что страданіе распространено въ Россіи, гдѣ хвораютъ преимущественно евреи. Goldflamъ указываетъ на нервное предрасположеніе. Большинство авторовъ благопріятствующими условіями считаютъ алкоголизмъ, куреніе. По мнѣнію однихъ (Goldflam), сифилисъ долженъ быть поставленъ въ числѣ этиологическихъ моментовъ, по другимъ (Higier), сифилисъ не играетъ никакой роли.

Что касается до сущности заболѣванія, то нужно сказать, что Sängera въ 3 случаяхъ нашелъ обѣзвѣствленіе сосудовъ нижнихъ конечностей при помощи рентгеноскопіи.

Патологическая анатомія обнаруживаетъ (Nagelstam) измѣненія въ сосудахъ и нервахъ, при чемъ бывали случаи, гдѣ дѣло ограничивалось лишь послѣдними. Артеріи представляли типическую картину запустѣвающаго артериита. По наблюденіямъ Higier'a зачастую наблюдалось и воспаленіе венъ. Относительно измѣненій нервовъ, Nagelstam и Higier находятъ въ нихъ разрашеніе соединительной ткани и перерожденіе съ атрофіей самихъ нервныхъ волоконъ. Кромѣ того, по наблюденіямъ Nagelstam'a, имѣется отекъ самаго нервнаго ствола, сдавленіе нервныхъ клѣтокъ и послѣдующая ихъ атрофія.

Такимъ образомъ, Nagelstamъ считаетъ, что въ основѣ страданія лежитъ не только артеріосклерозъ, но и заболѣванія нервовъ. Что

недостаточно одного заболѣванія сосудовъ, какъ Oogdt приводитъ тотъ фактъ, что есть случаи, гдѣ при исчезновеніи пульса въ какой-либо ногѣ тѣмъ не менѣ перемежающей хромоты не наступаетъ.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ было выражено наследственное предрасположеніе, и гдѣ былъ изслѣдованъ отнятый палецъ даетъ Goldflamъ право считать страданіе за вазомоторное расстройство.

Относительно причинъ гангрены конечностей въ молодомъ возрастѣ существуютъ два мнѣнія: Winiwarter считаетъ это омертвѣніе результатомъ особой формы эндартеріита и эндотелебита, которая не имѣетъ ничего общаго съ артеріосклерозомъ. Zöge-Mantuffel, напротивъ того, считаетъ основной причиной артеріосклерозъ. При давнемъ склерозѣ и суженіи сосуда просвѣтъ его уменьшается, кѣтки tunicae intimaе отстаютъ и служатъ мѣстомъ прикрѣпленія гіалиновыхъ тромбовъ, которые увеличиваясь отложениями, влекутъ за собой полную закупорку сосуда.

Большинство авторовъ склоняется однако на сторону Winiwarter'a, что здѣсь имѣетъ мѣсто совершенно самостоятельный, особый процессъ. На основаніи собственныхъ интересныхъ изслѣдованій и наблюденій, Bunge (423) приходитъ къ заключенію, что артеріосклерозъ играетъ важную роль въ развитіи этой болѣзни. Сильное утолщеніе tunicae intimaе склеротическимъ процессомъ ведетъ къ суженію просвѣта сосуда и на нѣкоторыхъ мѣстахъ къ его полному закрытію даже у молодыхъ людей, у которыхъ микроскопически не наблюдалось артеріосклероза. Bunge называетъ этотъ процессъ «Arteriosclerosis obliterans». Такъ какъ эти суженія образовывались обыкновенно у мѣста отхожденія боковыхъ вѣтвей, то этимъ устранялась возможность образованія коллатеральныхъ путей. Ниже этихъ суженій образовывались тромбы, которые организовывались и плотно замыкали просвѣтъ сосуда. (1)

Аневризмы артерій.

Діагностика аневризмъ. Zagari (612) указываетъ, что несмотря на радіоскопію, нѣкоторые аневризмы, съ незначительнымъ развитіемъ, остаются нераспознанными. Такія эктазии встрѣчаются въ надчревной части аорты и въ прилежащихъ къ ней частяхъ сердца, а также и въ углу дуги аорты. Авторъ рассказываетъ какъ ихъ удавалось распознать при жизни точнымъ и внимательнымъ сопоставленіемъ симптомовъ, а именно аускультаторно-перкуторными изслѣдованіями, пульсовой кривой и т. под. и подтвердитъ потомъ діагнозъ вскрытіемъ. Важную роль для діагностики аневризмъ играютъ извѣстнаго рода боли, именно шейно-плечевыя невралгіи. Для ихъ появленія прямое давленіе эктазій на нервы не обязательно и достаточно лишь сдавленіе безымянной вены. Причиннымъ моментомъ можетъ быть и давленіе на сердечное сплетеніе.

(1) Больн. Газета Боткина № 40, стр. 1643.

Также по наблюденьямъ Н u c h a r d'a (497) невралягіи должны считаться крайне важнымъ признакомъ аневризмъ аорты и нервѣдко единственнымъ, при эктазіяхъ нисходящей аорты (на пространствѣ отъ лѣваго бронха на уровнѣ тѣла 4 грудного позвонка до фибрознаго кольца грудо-брюшной преграды, на уровнѣ 10 грудного позвонка). Также должно сказать про аневризмы брюшной аорты.

Мѣсто болей чрезвычайно разнообразно. Очень нервѣдко на нихъ смотрять какъ на ревматизмъ плеча, на межреберные, или какіе либо другіи первичныя заболѣзанія нервовъ. Больные страдаютъ по мѣсяцамъ, даже по годамъ стойкими болями, не дающими ни минуты больному покоя; они могутъ вести за собою отраженное сокращеніе мышцъ, напр на шеѣ. Упорность такихъ болей, продолжительность ихъ, а также зависимость ихъ отъ положенія больного должно возбуждать мысль объ анѣйризмѣ, и если, при наличности такого вѣроятнаго признака въ пользу эктазіи, не опредѣляется еще никакой опухоли, то для полученія болѣе вѣрнаго признака слѣдуетъ приступить къ радиоскопіи. Въ послужившемъ исходной точкой сообщенію случаѣ точное распознаваніе, благодаря рентгеноскопіи, дадо возможность соотвѣтственнымъ лѣченіемъ оказать больному значительное облегченіе.

Н. F r i s k (460) наблюдалъ объективно-доказываемыя измѣненія чувствительности на туловищѣ (въ межреберныхъ нервахъ) при аневризмѣ аорты, у 47 лѣтнаго пациента. Бросалась въ глаза смѣна анестезій и гиперестезій кожи, области которыхъ постоянно мѣнялась. Авторъ предполагаетъ, что подобная смѣна разстройствъ чувствительности по интентивности, распространенію и качеству, быть можетъ, слѣдуетъ считать характерной для аневризмы аорты. Объ анестезіи истерическаго происхожденія въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи.

Параличи лѣвой голосовой связки при аневризмахъ могутъ зависѣть отъ двухъ причинъ: отъ простого давленія на возвратный нервъ и отъ парущенія структуры нерва. Въ первомъ случаѣ возможно, при уменьшеніи давленія полное исчезаніе паралича, во 2-мъ нѣтъ.

Какъ примѣръ паралича 1-го рода, L a n d g r a f (515) приводитъ одинъ случай, относящійся къ 43 лѣтнему офицеру, у котораго онъ поставилъ діагнозъ аневризмы грудной аорты съ давленіемъ на трахею и лѣвый возвратный нервъ и уменьшеніемъ кровенаполненія въ области лѣвой сонной и подключичной артерій. У этого больного, параличъ возвратнаго нерва перешелъ въ параличъ задняго, (параличъ m. crico-arytaenoides post.) голосъ сталъ чистъ, затрудненіе дыханія исчезло.

Аневризмы могутъ сдавливать кровеносные сосуды и вызывать въ нихъ цѣлый рядъ патологическихъ явленій. Такъ, въ случаѣ J. H a u'y'a (480) выраженная аневризма аорты обусловливала появленіе парадоксальнаго пульса въ правой лучевой и въ обѣихъ сонныхъ артеріяхъ; во время выдыханія пульсъ становился

малымъ и даже пропадалъ совсѣмъ. Особенно это было выражено при сидѣніи и при положеніи на лѣвомъ боку (но не на правомъ).

Кромѣ этого на сфигмографической кривой былъ выраженный анакротическій зубецъ мѣнявшій свое мѣсто при фазахъ дыханія.

Вскрытіе показало расширеніе восходящей и поперечной части аорты, сросшееся съ трахеей посредствомъ выпячиванія. Такъ какъ расширеніе занимало преимущественно заднюю часть аорты, то мѣста отхожденія безымянной и сонныхъ артерій были вслѣдствіе этого оттѣснены впередъ и сдавливались при экспираторномъ движеніи грудины и грудной стѣнки. При положеніи на правомъ боку, стволъ безымянной артерій значительно менѣе подвергался давленію, чѣмъ на лѣвомъ.

Ch. Dopter (445) сообщилъ объ одномъ случаѣ сдавливанія верхней полой вены аортальной аневризмою. У 44 л. субъекта вдругъ наступили слѣдующія явленія: лицо, шея, грудь и верхнія конечности отекали; послѣднія оказались цианотичными. Справа грудины замѣчена пульсація и рентгеноскопія указала на аневризму аорты. Она, кромѣ сдавленія крупной вены придавила правый бронхъ и лѣвый возвратный нервъ. При противосифилитическомъ леченіи больной выздоравлилъ; это единственный случай, гдѣ сдавленіе крупныхъ венъ аневризмы не кончилось смертію.

Пульсація гортани считается чрезвычайно важнымъ признакомъ аневризмы аорты. Sewall (382) сообщаетъ случай, гдѣ при жизни этотъ симптомъ выступалъ ясно, а при вскрытіи нашли только распространенную фиброзную индурацию легочной ткани вмѣстѣ съ полнымъ сращеніемъ лѣваго легкаго съ костальной плеврою.

По мнѣнію автора, пульсація аорты всегда передается главному лѣвому бронху, но она пропадаетъ въ легкомъ, благодаря его эластичности. Въ данномъ же случаѣ, она была почти вполне потеряна, вслѣдствіе индуратіи и крѣпкихъ перемычекъ къ грудной стѣнкѣ, такъ что пульсація могла передаваться на дыхательное горло. Авторъ изслѣдовалъ 430 пациентовъ съ цѣлю отыскать подходящій матеріалъ и нашелъ, что пульсація дыхательной трубки бываетъ болѣе или менѣе выражена и у людей съ непораженными грудными внутренностями, чаще у тѣхъ, которые хвораютъ плевритомъ, или эмпиею и артерioskлерозомъ.

Интересный случай аневризмы у 42 л. рабочаго сообщаетъ Ernst Fast (450). При выслушиваніи наблюдался диастолическій шумъ наиболѣе громкій надъ *prosc. xiphoideus*, распространяющійся, ослабляясь, до 2-го лѣв. межреберья, который можно было признать за выраженіе недостаточности аортальныхъ клапановъ, тѣмъ болѣе, что существовали при этомъ гипертрофія и растяженіе лѣваго желудка. Но состояніе пульса противорѣчило этому предположенію. Вскрытіе показало полную достаточность клапановъ; но при входѣ въ аневризму въ *hiatus aorticus* наблюдалось суженіе аорты. Во время диастолы сердца изъ ниже-лежавшей части расширенной аорты могла

возвращаться назадъ кровь и черезъ сѣуженное мѣсто и давать поводъ къ образованію шума.

Въ случаѣ J. Пауя (480) кромѣ діастолическаго шума наблюдался во 2-мъ правомъ межреберьѣ и систолическій—дѣлавшійся сильнее при выдыханіи и при пропаданіи пульса (см. выше этотъ случай).

Krokiewicz (510) сообщилъ объ одномъ случаѣ аневризмы, гдѣ діагнозъ колебался между ограниченнымъ выпячиваніемъ праваго предсердія и эктазіей восходящей аорты. За первое предположеніе, казалось, говорилъ цѣлый рядъ симптомовъ, но отношеніе ударовъ пульса въ периферическихъ артеріяхъ къ толчку сердца, также неодинаковая высота пульсовой волны въ лучевыхъ артеріяхъ, наконецъ мѣняющаяся относительно продолжительности времени послѣдовательность сердечнаго толчка и пульсаціи аневризмы послѣ движеній говорили противъ аневризмы сердца.—Можно было принять только существованіе большой аневризмы аорты, выходящей непосредственно надъ Bulbus aortae, распространяющейся въ полость сердечной сорочки и помѣщающейся надъ правымъ предсердіемъ. Вскрытіе подтвердило вѣрность діагноза. Въ анамнезѣ больного былъ сифилисъ.

Vasselli (403) на одной изъ своихъ лекцій представилъ интересный случай аневризмы, давшій ему возможность поставить точно дифференціальную діагностику между эктазіей аорты и арт. coeliacae у больного 42 лѣтъ, сифилитика, на основаніи слѣдующихъ данныхъ:

1) Чревная артерія отходитъ отъ аорты отвѣсно, направляясь къ малой кривизнѣ желудка, вслѣдствіе чего при развитіи на ней аневризмы, желудокъ отгибается книзу и принимаетъ болѣе отвѣсное положеніе.

2) Аневризма аорты лучше и легче выслушивается со стороны позвоночника.

3) При аневризмѣ арт. coeliacae пульсъ артерій подъ опухолью и надъ ней, напр. бедренной и лучевой синхрониченъ.

4) Арт. coeliaca находится на уровнѣ 12-го спинного позвонка, слѣдовательно и ея аневризма должна быть на этомъ же мѣстѣ.

5) Шумъ, слышимый на мѣстѣ аневризмы чревной артеріи, не выслушивается въ бедренной артеріи, какъ это бываетъ при аневризмѣ аорты.

На основаніи одного собственнаго и 4 взятыхъ изъ литературы наблюденій микотико-эмболическихъ аневризмъ брыжжечныхъ артерій, Gabriel (462) приводитъ слѣдующіе важныя симптомы для діагностики: присутствіе первичнаго заболѣванія сердечныхъ клапановъ; бактерійный эндокардитъ, гемиплегія отъ размягченія или отъ бактерійнаго эндартерита, быстро растущая опухоль въ животѣ, для возникновенія которой нѣтъ другихъ причинъ, молодой возрастъ пациента.

Случай автора относится къ 10 лѣтнему мальчику, страдавшему сперва эндокардитомъ, потомъ правостороннимъ парезомъ. Впослѣдствіи, въ области пупка, нѣсколько вправо отъ бѣлой линіи, замѣтили гладкую, плотную опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ пропадавшую при напряженіи брюшныхъ стѣнокъ. Вскрытіе показало эндокардитъ, размягченіе въ лѣвомъ *thalamus cordis* и аневризму верхней арт. *mesenterica*.

Для дифференціальной діагностики между аневризмою грудной аорты и опухолями средостѣнія чрезвычайно важна разница, въ напряженіи пульса въ одноименныхъ артеріяхъ—которая говоритъ за аневризму и противъ новообразованія средостѣнія (Hamrelin, 498). Что касается до венъ, то благодаря тонкости ихъ стѣнокъ они могутъ быть легко сдавлены какъ аневризмами, такъ и новообразованіями и затѣмъ затромбированы; но обыкновенно эктазіи развиваются въ одну сторону и вызываютъ явленія сдавленія венъ и отеки съ одной стороны; новообразованія развиваются въ обѣ стороны почему даютъ двустороннія явленія.

Сдавленія трахеи чрезвычайно важны для дифференціального діагноза. Большею частью они указываютъ на аневризмы (авторъ видѣлъ 18 случ. стенозовъ отъ аневризмъ и только 2 отъ новообразованій).

Меньшее значеніе имѣютъ сдавленія бронховъ. Они одинаково часто наблюдаются при обоихъ разбираемыхъ страданіяхъ.

Параличи *n. recurrentis* встрѣчаются значительно чаще при эктазіяхъ и рѣже при опухоляхъ (25 случ. при первыхъ и 5 при вторыхъ).

C. A. Ewald (448) рассказываетъ объ одномъ случаѣ аневризмы аорты у 43 л. женщины, гдѣ была поставленъ діагнозъ опухоли средостѣнія. У больной наблюдались отеки кожи справа, и расширеніе венъ туловища съ этой же стороны. Онѣ выступали въ видѣ толстыхъ шнурковъ.

При рентгеноскопии, сердце казалось сверху и съ боковъ окруженнымъ опухолью; пульсация въ ней не было. Начиная отъ ключицы до 3-го праваго ребра, а также на груди нѣ замѣчалось притупленіе и слышалось бронхиальное дыханіе.

Вскрытіе показало аневризму въ кулакъ, на восходящей и дугѣ аорты, наполненную свертками. Верхняя полая вена была сдавлена, такъ что просвѣтъ ея былъ не болѣе гусиного пера; также сдавлена была трахея и пищеводъ.

Теченіе и вскрытіе аневризмъ. Эктазіи аорты могутъ вскрываться въ артеріи и въ вены. Hödlmoser (493) видѣлъ вскрытіе въ легочную артерію у 48 л. субъекта. При изслѣдованіи найдена была пульсация влѣво отъ грудины во 2-мъ межреберьѣ; здѣсь же слышалось кошачье мурлыканье, сильный систолическій и диастолическій шумъ въ началѣ наблюденія, а затѣмъ акцентуированный 2-ой тонъ и 1-ый шумъ въ верхушкѣ сердца. Кромѣ этого, ока-

запасъ гипертрофія и расширеніе какъ праваго такъ и лѣваго желудка, парализъ лѣвой голосовой связки. На основаніи этого, а также другихъ признаковъ, которые представлялъ данный больной, была определена аневризма восходящей аорты и недостаточность митральнаго клапана.

При вскрытіи оказалась аневризма восходящей аорты, которая, сросшись съ легочной артеріей и сдавивши ее, сообщалась съ этой последней отверстіемъ величиною съ горошину. Одинъ изъ клапановъ арт. pulmonalis сросся съ ея стѣнкою.

Что касается причинъ происхожденія сильнаго систолическаго шума, то авторъ думаетъ, что въ виду того, что въ литературѣ интенсивный шумъ описанъ при стенозахъ этой артеріи—отнести его къ суженію арт. pulmonalis.

Вскрытіе аневризмы аорты въ верхнюю полую вену наблюдалось въ 5-ти случаяхъ, въ одномъ V. Cominotti (438)—въ двухъ Reinholdомъ (565), Alf Stengelmъ (590) и Borsta (415).

Въ первомъ—48 л. проститутка почувствовала вдругъ, безъ всякой видимой причины сильную боль около рукоятки грудины, наступили сильная одышка и мало-по-малу сильный отекъ верхней половины туловища. Вены расширились, кожа груди и лица стала темно-синей. Въ яремныхъ венахъ положительный пульсъ; на груднѣ и на правой половинѣ груди, отъ середины грудины до 4-го ребра оказалось притупленіе ограниченное снаружи дугою, мѣнявшееся въ своей величинѣ и иногда въ теченіе немногихъ часовъ, и параллельно измѣненію степени отека кожи. Мѣсто это было болѣзненно и не участвовало при дыхательныхъ движеніяхъ. Во второмъ правомъ межребрьѣ, сильный систолическій шумъ, длившійся и во время діастолы и похожій по этой продолжительности на венный шумъ волчка, съ рѣзкимъ свистящимъ характеромъ. На основаніи этихъ и нѣкоторыхъ другихъ признаковъ, была распознана аневризма аорты, сдавившая и вскрывшаяся въ верхнюю полую вену.

Для діагноза по мнѣнію автора важны слѣдующіе 6 признаковъ: 1) острое начало; 2) расширеніе венъ при отечной кожѣ; 3) переполненіе венъ выше мѣста сообщенія и невозможность достаточнаго опорожненія черезъ коаллатеральные пути; 4) положительный венный пульсъ; 5) періодическія измѣненія области притупленія, совпадающія съ измѣненіемъ выраженности отековъ; 6) сильный систолическій шумъ, продолжающійся во время діастолы.

Вскрытіе показало: аневризму аорты въ кулакъ, сообщающуюся отверстіемъ 1 смт. шириною, 0,08 длиною съ верхней полой веною.

Reinhold видѣлъ 2 случая прободенія аневризмы нисходящей аорты въ верхнюю полую вену. Діагнозъ поставленъ былъ при жизни и подтвержденъ вскрытіемъ. Одинъ изъ пашентовъ умеръ черезъ два дня, а другой черезъ мѣсяцъ послѣ прободенія. Въ наблюденіи Borsta—больной послѣ разрыва прожилъ еще 7 дней.

Вскрытіе аневризмы въ пищеводѣ наблюдали Dencke (443) и Borst (415). Въ послѣднемъ случаѣ, эктазія нисходящей аорты очень сильно сдавила верхушку лѣваго легкаго, вызвала дефектъ въ 3—6 грудныхъ позвонкахъ, вскрылась въ пищепріемникъ, вызвала кровотеченіе, которое однако остановилось на 8-ой день, вслѣдствіе закупорки свернувшими массами. Смерть наступила отъ анеміи и недостаточности сердца.

Аневризма вскрылась въ правый бронхъ въ случаѣ Chauffard'a (434). Это былъ 55 л. мужчина, который за 2 года до поступленія въ госпиталь представлялъ явленія аневризмы аорты и несмотря на это продолжалъ свою тяжелую работу плотника. Въ заключеніе появилась одышка, сердцебиеніе и интенсивныя боли, достигшія до такой степени, что онъ пришелъ въ больницу.

I. Schermant (574) сообщилъ случай аневризмы аорты, вскрывшейся въ правую плевру. Смерть наступила черезъ 3 мѣсяца.

Whipham (607) наблюдалъ вскрытіе аневризмы кнаружи. Большой хворалъ эктазією 16 лѣтъ. Она дошла до $6\frac{1}{4}$ и $4\frac{1}{2}$ дюймовъ въ величину. При употребленіи Ка и постельнаго положенія больного въ теченіи 8-ми мѣсяцевъ, уменьшилась до $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{4}$ дюймовъ. Послѣ выписки больного аневризма дошла до величины кулака.

Сердце было очень немного расширено и гипертрофировано; клапаны аорты слегка утолщены.

Oddo и Mizzoni (545) видѣли разрывъ аневризмы брюшной аорты сначала въ клетчатку надъ брюшиною, а затѣмъ, черезъ 2 недѣли послѣ этого, въ полость лѣвой плевры.

Позадибрюшинное кровоизліяніе занимало очень большое пространство почти отъ грудобрюшной преграды до полости таза и проникало между листками брыжжейки и слоями передней брюшной стѣнки.

Разрывъ этотъ сопровождался рѣзкими явленіями: больной терялъ сознаніе, пульсъ сдѣлался нитевиднымъ; черезъ нѣкоторое время это все прошло, но, кромѣ блѣдности покрововъ, выступила болѣзненность лѣвой ноги, она оставалась въ полусогнутомъ положеніи и повернутой кнутри; всякая попытка выпрямить ногу, или вообще измѣнить ея положеніе сопровождалась сильнѣйшими болями. Черезъ недѣлю послѣ кровоизліянія стало прощупываться твердое тѣло, занимавшее мѣсто селезенки, опускавшееся на 3 поперечника пальца ниже ложныхъ реберъ, а спереди доходившее до срединной линіи живота. Изслѣдуя болѣе подробно забрюшинное кровоизліяніе можно было убѣдиться, что оно образовало слой значительной толщины (до 20 цент.) съ утончающимися краями и что оно смѣстило брюшныя внутренности—тонкія кишки впередъ, а толстыя кишки сдвинуло въ области угла, образуяагося поперечной и нисходящею кишкою. Нижний ея участокъ былъ пустъ, верхній растянутъ каловыми массами. Лѣвая почка была сильно сплюснута и оказалась непосредственно подъ передней брюшною стѣнкою; селезенка вдавлена въ куполъ діафрагмы; поджелудочная железа смѣщена впередъ; сдавлена наружная подвздошная вена.

Болѣзненность лѣвой ноги легко объяснилась пролитаніемъ кровью *in. iliacus intern.* причѣмъ должны были пострадать волокна бедреннаго нерва.

При кровавыхъ испражненіяхъ при брюшномъ тифѣ у врача прежде всего является мысль о тифозной язвѣ кишечника, разрывшей стѣнку сосудовъ. Что причина кровотеченія можетъ быть и совершенно иная, показываютъ случаи, описанный Вріон'омъ (417). 15-лѣтній пациентъ въ концѣ 6-ой недѣли получилъ рецидивъ тифа при интенсивныхъ судорожныхъ боляхъ и кишечномъ кровотеченіи. 9 дней спустя пациентъ умеръ послѣ вторичнаго кровотеченія и настулженія желтухи за день до смерти. Вскрытіе не показало заслуживающихъ вниманія измѣненій кишечника, но открыло 4 аневризмы печеночной артеріи, величиной отъ малой горошины до грецкого орѣха, заполненные тромбами и съ перфорацией самой большой. Онѣ находились вблизи расширенныхъ желчныхъ протоковъ. Кромѣ того, найдено *cholangitis* и *pericholangitis acuta* съ начинающимися абсцессами расположенными очагами, дававшие впечатлѣніе *hepatitis sequestrans*. Въ желчномъ пузырьѣ были тифозныя бациллы. Авторъ думаетъ объяснить возникновеніе аневризмъ высокимъ давленіемъ въ артеріальной системѣ, зависящимъ частью отъ занятій пациента, (онъ былъ точильщикъ) больше же отъ осложняющаго тифъ нефрита и сердечной гипертрофіи; перфоранія же послѣдовала отъ воспаленія стѣнокъ желчныхъ путей.

До какихъ большихъ размѣровъ могутъ доходить аневризмы доказываетъ случай, описанный Stierlin'омъ (592). Эктазія подвздошной артеріи была 36 сент. и 19 сент. Мѣшокъ ея содержалъ столько крови, сколько имѣется во всѣхъ кровеносныхъ сосудахъ у здороваго человѣка. Аневризма образовалась въ 2½ мѣсяца.

Reineboth (564) описываетъ измѣненія въ легкихъ при аневризмѣ аорты. Въ первомъ случаѣ послѣ діагностировано сморщиваніе легкаго послѣ плевритическаго эксудата и хроническаго бронхита. Патолого-анатомическое изслѣдованіе показало аневризму аорты со сжатіемъ лѣваго бронха, окруженный перемычками плевритическій эксудатъ и индуративные процессы въ лѣвомъ легкомъ. (Интерстиціального воспаленія легкаго не нашли).

Во второмъ случаѣ, по симптомамъ можно было предполагать лѣвосторонній плевритическій эксудатъ. На вскрытіи нашли аневризму аорты, небольшой плевритическій эксудатъ, но наряду съ этимъ хроническую неразрѣшившуюся пневмонію лѣваго легкаго съ перибронхитическимъ процессомъ. Въ виду того, что при жизни не было бронхіальнаго дыханія, что нельзя приписать только одному маленькому эксудату и закупоркѣ бронха секретомъ, приходится предположить, что при жизни былъ стенозъ бронха вслѣдствіе воспалительнаго припуханія или застоя (анатомически суженія бронха не было найдено).

Въ третьемъ случаѣ была аневризма аорты; со стороны легкихъ была гнилостная эмпіема и гангренозные очаги въ лѣвомъ легкомъ. Вскрытіе подтвердило діагнозъ. Аневризма была очень велика, но не повела къ замѣтному стенозу лѣваго бронха.

Въ четвертомъ случаѣ была аневризма аорты, осложненная прогрессирующимъ сморщиваніемъ верхней доли лѣваго легкаго. Клиническія данныя допускали мысль о чахоткѣ лѣвой верхней, но постоянное отсутствіе туберкулезныхъ бациллъ, лихорадки и похуданія представляли серьезные доводы противъ. Пациентъ умеръ при явленіяхъ паралича сердца, послѣ того какъ бронхитъ значительно усилился. Вскрытія не было.

Этіологія аневризмъ. Gerhardt (467) указываетъ на частую связь аневризмъ аорты съ сь lues'омъ въ анамнезѣ. Такъ изъ 75 случаевъ въ 22 точно указаны сифилисъ, а въ 5 онъ подозрѣвался. Часто причиной называли чрезмѣрный трудъ и пьянство, нѣредко нѣсколько причинъ совпадало.

Въ случаѣ J. Krzyszkowski и J. Wiczkowski (511) образованіе большой аневризмы главнаго ствола легочной артеріи и 3-хъ маленькихъ эктазій—мелкихъ стволонъ въ лѣвомъ легкомъ у 17 л. дѣвушки было поставлено въ связь съ открытымъ Боталловымъ протокомъ. При вскрытіи найдены гипертрофія праваго желудочка и инфаркты легкихъ.

Въ наблюденіи Henssen'a (485) былъ перитифлическій абсцессъ, который вскрылся въ кишки, а за сѣмъ образовалась аневризма брюшной аорты, до того не существовавшая.

Эмболія артерій.

Litten (529) демонстрировалъ препараты отъ 70 лѣтней больной умершей черезъ нѣсколько дней по доставленіи ея въ больницу съ явленіями сильнѣйшаго миокардита съ продолжительной ортопноэ и аритміей. При вскрытіи обнаружались многочисленные геморрагическіе инфаркты легкихъ и эмболь въ большой палецъ толщиной занимавшій весь просвѣтъ арт. pulmonal. sinistrae. Сердце, особенно его желудочки, были сильно расширены и полны пристѣночныхъ тромбовъ; лѣвое ушко занято было вполне кровянымъ сверткомъ.

Эмболія легочной артеріи принадлежитъ къ рѣдкостямъ. Французскими авторами описаны нѣсколько случаевъ эмболіи обѣихъ легочныхъ артерій. У автора былъ подобный случай изъ клиники Freich's'a касавшійся молодого человека. У него была сильнѣйшая одышка, систолическіе громкіе шумы надъ устьемъ легочной артеріи. При вскрытіи обнаружилось полное закрытіе просвѣта арт. pulm. пузырями эхинококка. Обстоятельство, что пациентъ жилъ нѣсколько дней, объясняется возможностью другою кровяною пути.

C. Bühner (421) видѣлъ два случая эмболій брюшной аорты въ обонхъ—при стѣнозѣ лѣваго атрио—вентрикулярнаго отверстія и тромбѣ лѣваго сердечнаго ушка.

Клиническій признакъ наступленія аортальной эмболіи состоитъ во внезапномъ наступленіи интенсивныхъ болей въ нижнихъ конечностяхъ. Онѣ продолжаются и потомъ съ меньшей силой и вызываютъ у больного безпокойство и чувство страха, измѣ-

няютъ совершенно выраженіе лица. Иногда онѣ наступаютъ приступами, какъ это было во 2-мъ случаѣ автора, что объясняется образованиемъ нѣсколькихъ тромбовъ.

Другіе признаки аортальныхъ эмболій зависятъ отъ мѣста образования, отъ возможности коллатерального кровообращенія, отъ степени заполнения просвѣта сосуда. Что пульсация бедренныхъ артерій отсутствуетъ при полной закупоркѣ аорты понятно само собой, однако удастся слышать глухой тонъ черезъ стетоскопъ при выслушиваніи обѣихъ бедренныхъ артерій. Во второмъ случаѣ автора наступали боли въ различныхъ частяхъ брюшной полости. Предположены были эмболіи въ различныхъ артеріяхъ, что и подтвердилось вскрытіемъ.

Третій случай эмболіи аорты наблюдалъ Laignel-Lavastine (206).

38 лѣтняя прачка пришла къ нему съ обоюдосторонней симметричной гангреной обѣихъ лалыжекъ, начавшейся два мѣсяца тому назадъ. Больная жаловалась на тупыя боли, на мурашки, чувство холода. Надъ омертвѣлымъ мѣстомъ кожа оказалась отечной до уровня 3-го грудного позвонка. Въ мочѣ былъ найденъ бѣлокъ, пульсъ учащенъ (160), очень слабъ. Въ остальномъ все нормально; тоны сердца чисты.

Діагнозъ эмболіи аорты на мѣстѣ бифуркаціи вскорѣ подтвердился вскрытіемъ: большая пробка закрывала просвѣтъ обѣихъ арт. iliac. communes и доходила до отхода почечныхъ артерій. Стѣнка аорты не была атероматозна. Сердце было слегка гипертрофировано, митральное отверстіе сужено отъ скрошенія клапановъ. Въ селезенкѣ и легкихъ нашлось нѣсколько инфарктовъ.

Удивительно, что это тяжелое страданіе развилось безъ предшествовавшихъ серьезныхъ симптомовъ. Ни на что больше больная не указала, какъ только на то, что 4 года тому назадъ она, поднявъ тяжелый узелъ, почувствовала внезапно боль въ сердцѣ и съ тѣхъ поръ стала страдать одышкой и сердцебиеніемъ. Вѣроятно, у нея тогда былъ ревматическій эндокардитъ, который сдѣлался хроническимъ отъ плохого ухода и леченія.

Точныхъ наблюденій закрытія арт. mesenteric. чаще верхней, рѣдко нижней, доходить въ литературѣ до 80. Почти всегда дѣло идетъ (L. Gallavardin, 464) объ эмболіи, происхождение которой лежитъ въ хроническомъ пораженіи клапановъ, или атероматозномъ тромбозѣ аорты. Обыкновенно съ тѣмъ вмѣстѣ наблюдаются гемиплегія, гангрена конечности.

Кишечныя пораженія, вызванныя эмболомъ, соответствуютъ вполне и во всемъ почечнымъ и легочнымъ инфарктамъ. Арт. mesenterica является конечной артеріей, благодаря длинѣ ея пути и препятствіямъ для коллатерального кровообращенія. Результатомъ является абсолютная и продолжительная ишемія и некрозъ. Съ другой стороны въ венахъ развивается застой съ такимъ давленіемъ, что никакая *vis a tergo* не въ силахъ удержать равновѣсіе. Слѣдствіемъ этого, является расширеніе сосудовъ капилляровъ и тончайшихъ венъ до максимума. Дальше развивается картина, какъ при ущемленной грыжѣ на кишеч-

ной петлѣ, только мѣсто грыжи представляетъ вся брюшная полость. Авторъ описываетъ симптоматологически 3 формы: въ типической—явленія наступаютъ вдругъ, появляется сильная боль въ средней части живота, приступами черезъ 5—10 минутъ. Рвота, какъ при всѣхъ пораженіяхъ брюшины, состоитъ сперва изъ пищи, позже изъ слизи и желчи, наконецъ, что очень характерно, съ кровью. Кишечныя кровотечения представляютъ одинъ изъ главныхъ симптомовъ. Они появляются послѣ эмболии черезъ 10—12 часовъ спустя, обильны, съ каждымъ разомъ продолжительнѣе. Почти всегда наблюдается поносъ, предшествующій кровотеченію, или одновременно съ нимъ, иногда развивается метеоризмъ. Общее состояніе плохо: *facies Hippocratica*, *hyperthermia* и т. д. Смерть наступаетъ на 3—4 день безъ точнаго діагноза, если не выступаютъ одновременно симптомы пораженія сердца, или какіе-нибудь другіе эмболическіе процессы.

Въ невыраженной формѣ часто нѣтъ кишечныхъ кровотеченій, картина очень похожа на непроходимость кишокъ: внезапно появляются сильныя боли, развивается фекальная рвота и метеоризмъ. Исходъ—смерть черезъ нѣсколько дней, очень рѣдко выздоровленіе.

Р. Сиверсъ (583) наблюдалъ случай эмболии лѣвой брыжжечной артеріи, тотчасъ у выхода ея изъ брюшной аорты. Заносная пробка была 6 сент. длины.

Подгода назадъ у больной начался кашель, одышка, опухоль ногъ, появилось накопленіе жидкости въ полости лѣвой плевры; при вскрытіи нашлась аневризма нисходящей аорты и гипертрофія лѣваго желудочка.

Закупорка артеріи выразилась въ крайне сильныхъ боляхъ въ области живота; явились тошнота, рвота и рѣзкій упадокъ силъ. Пульсъ нельзя было сосчитать, животъ вздулся. Часовъ черезъ 12, сдѣлались потуги на низъ, но безплодныя; боли не стали меньше и, при еще большемъ вздутіи живота, наступила смерть. Тонкія кишки, а также начало толстыхъ оказались красными, сочными, умеренно вздутыми, съ красноватымъ жидкимъ содержимымъ.

Busse (427) сообщилъ о двухъ случаяхъ доказывающихъ, что тяжелая эмболия сосудовъ жиромъ можетъ наступить послѣ сотрясеній, если есть маленькій переломъ кости, даже если его совсѣмъ нѣтъ. Въ одномъ случаѣ, пастухъ былъ прижатъ къ стѣнѣ быкомъ и тяжело пораненъ въ грудь. Нѣсколько дней спустя, когда онъ себя уже чувствовалъ легче, его отвезли въ клинику за 24 километра на безрессорномъ экипажѣ, по тряской дорогѣ. Больной умеръ въ экипажѣ. При вскрытіи, обнаружены переломы *sterni* и нѣсколькихъ реберъ. Микроскопъ показалъ необыкновенно сильную жировую эмболию по всѣмъ легкимъ. Кромѣ того найденъ жиръ въ капиллярахъ клубочковъ. Безъ сомнѣнія сотрясеніе причинило жировую эмболию.

Во второмъ случаѣ, смертельная жировая эмболія случилась послѣ паденія съ лѣстницы, безъ поврежденія костей. Упавшій былъ очень толстъ, среднихъ лѣтъ, съ большимъ отложеніемъ жира на увеличенномъ сердцѣ (Вскрытіе).

Разрывы и разѣданія артерій. Wilhelm Ercklentz (119) собралъ литературныя указанія относительно травматическихъ заболѣваній сосудовъ. Стѣнка аорты можетъ быть прорвана насквозь; чаще разрываются только одинъ или два слоя сосуда, и еще чаще наблюдаются болѣе незначительныя нарушенія, которыя обозначаются потомъ, съ теченіемъ времени, а именно образованіемъ аневризмъ: такой случай сообщаетъ авторъ.

Penkert (553) сообщилъ случай травматическаго разрыва въ тѣлѣ почечной артеріи тѣнувшійся нѣсколько мѣсяцевъ и окончившійся потомъ смертію. Отъ паденія съ подволоки на полъ амбара и удара на область правой почки у 59 лѣтняго рабочаго, съ рѣзкимъ артеріосклерозомъ, надорвалась маленькая почечная артерія. Въ образовавшуюся щель вылилась между оболочками артеріи кровь и произошла aneurysma dissecans. Непроходимость сосуда обусловила гангрену почки, а затѣмъ послѣдовалъ разрывъ аневризмы и внутреннее кровотеченіе повело къ смерти.

Очень рѣдкій случай разрыва аорты сообщилъ Kahlden (503); онъ наблюдалъ у одного 30 лѣтняго субъекта развитіе послѣ остраго сочленоваго ревматизма—перикардита, откуда гнойный процессъ перешелъ на внѣшнюю оболочку аорты, а затѣмъ вызвалъ прободеніе сосуда.

Другой случай разрыва, случившійся черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ, наблюдалъ Walter (606). Никакихъ признаковъ оплотненія артерій не было найдено.

V. Charret и L. Gallavardin (433) сообщили о разрывѣ аорты въ сердечную сорочку вызванномъ атероматознымъ процессомъ.

Н. И. Гуревичъ (442) и Г. Г. Епифановъ (615) наблюдали карциному пищевода, которая въ первомъ случаѣ у женщины 53 лѣтъ вызвала смертельное кровотеченіе изъ аорты, а во второмъ—у мужчины 40 лѣтъ изъ сонной артеріи.

Къ Vanderю (404) обратилась 65 лѣтняя прачка изъ-за кровохарканья, которое послѣ перерыва сдѣлалось очень обильнымъ и вызвало летальный исходъ.

Данныя вскрытія: въ правомъ главномъ бронхѣ, на 3 сент. ниже бифуркацій на передней стѣнкѣ нашлось выпячиваніе въ $2\frac{1}{2}$ сент, стѣнки котораго частью образованы были бронхомъ, но большею частью лимфатической железой; послѣдняя была величиной съ орѣхъ и заполнена черноватой и кристаллической кашицей. Изслѣдованіе зондомъ показало, что есть непосредственное сообщеніе съ правой вѣтвью легочной артеріи, прямо надъ мѣстомъ ея дѣленія. Со стороны артеріи отверстіе щелевидное, края истончены и вдаются въ просвѣтъ артеріи.

Вены.

Расширенія венъ и капилляровъ. Walker Overend (548) наблюдалъ во многихъ случаяхъ легочной чахотки, когда имѣется уже притупленіе въ верхушкахъ легкихъ, расширеніе

подкожныхъ венъ около 7 шейнаго и 3 верхнихъ грудныхъ позвонковъ, иногда сопровождающееся отекомъ кожи соответственныхъ мѣстъ. Расширенія эти объясняются легко тѣмъ, что эти развѣтвленія около позвоночныхъ венъ соединены съ бронхіальными. При повышеніи давленія въ этихъ послѣднихъ—должно наступить растяженіе первыхъ.

Кромѣ чахотки, расширенія венъ наблюдаются при эмфиземѣ, астмѣ, бронхитѣ, но тогда они находятся распределенными или по всей груди спереди и сзади и по краямъ реберъ.

По наблюденіямъ G. Thin'a (595) стернокостальные венэктазии, часто бывающія въ кожѣ груди у людей на уровнѣ прикрѣпленія диафрагмы не патогноматичны для эмфиземы, или какого-либо заболѣванія легкихъ. Онъ видѣлъ эти расширенія такъ же часто у молодыхъ людей между 20 и 30 годами, какъ и въ возрастѣ, обусловливающемъ эмфизему и другія затрудняющія дыханіе заболѣванія легкихъ. По видимому сильныя напряженія являются причиной расширенія венъ. Обыкновенно находятъ расширеніе венъ и на другихъ частяхъ тѣла.

H. Freund нѣсколько лѣтъ тому назадъ отмѣтилъ у больныхъ, страдающихъ ракомъ, появленіе по тѣлу красныхъ пятнышекъ, зависящихъ отъ расширенія мелкихъ сосудовъ. Leser (524) изслѣдовалъ въ этомъ отношеніи 50 больныхъ ракомъ различныхъ органовъ (желудка, пищепріемника, кишки) и убѣдился, что только у одного (страдавшаго ракомъ пищевода, субъекта 39 лѣтъ) не было этихъ пятнышекъ, у всѣхъ же остальныхъ было ихъ много (до 58—у женщины и 76—у мужчины). Пятнышки эти, величиною не болѣе чечевичы, не исчезающія отъ надавливанія, располагались обыкновенно по туловищу, иногда сгущивались недалеко отъ мѣста нахожденія раковаго гнѣзда. Такъ напр. при ракѣ матки всего больше ихъ было на животѣ.

Кромѣ этихъ случаевъ, авторъ изслѣдовалъ 300 больныхъ, у которыхъ можно было навѣрное исключить раковыя заболѣванія и крайне-рѣдко наблюдалъ описываемыя пятнышки и то въ очень ограниченномъ количествѣ и только у людей свѣше 50 л. отъ роду.

Такимъ образомъ, эти расширенія сосудовъ остаются не безъ значенія для дѣягностики рака, но только въ томъ случаѣ если ихъ много и если это субъекты молодые. L. Levi и L. Debherrn (526) сообщаютъ о 33 лѣтней полной и нервной пациенткѣ съ болѣе или менѣе выраженными признаками нефрита и гипертрофіи сердца послѣ инфлюэнцы. 3 года тому назадъ постепенно у ней стали возникать теланіектатическія пятна, и въ настоящее время число ихъ доходитъ до 35. Они были расположены неравномѣрно по конечностямъ, ягодицамъ, животу. Пятна кругловаты, не возвышены, не чувствительны при дотрогиваніи. Подъ душой центръ ихъ пронизанъ сѣтью капилляровъ. При напряженіи кожи исчезаетъ прежде всего темное основаніе, а сѣть капилляровъ остается. На поверхности они слегка шелушатся, но нѣтъ ни рубцовъ, ни зуда. Окраска различна: красная, фіолетовая, черноватая, бурая. Величина отъ 1 миллим. до нѣсколькихъ сантиметровъ. Большее число опубликованныхъ случаевъ

(6) касается женщин и только 2 мужчин. Телангиектазии наблюдаются во всех возрастах. Из инфекционных заболеваний образованию пятен предшествовали: тиф, рожа, грипп, сифилис; из хронических болезней: холелитиаз, нефрит, сердечные пороки. Во многих случаях наблюдали тучность и нервозность, невропатию и истерию.

О причинах телангиектазий существуют 3 теории: невропатическая (паралитическое расширение кожной стѣты сосудов) механическая (вліяніе растройства кровообрашенія) и токсическая (гепатоксемія, алкоголизм, почечная токсемія). Къ послѣдней категоріи принадлежатъ и случаи автора.

См. кромѣ того о расширеніи венъ при сердечныхъ неврозахъ наблюденія Ad. Schmidt'a (321).

Whismann (658) описалъ очень рѣдкій случай врожденнаго окостѣненія *v. saphenae* у 7 л. мальчика. Вена эта, въ видѣ костной опухоли, тянулась по поверхности правой ноги отъ таза до стопы, вызывая неподвижность сустава въ виду приращенія ея къ бедренной и большеберцовой костямъ.

Тромбы и воспаленія венъ. Lambotte (513) описалъ случаи закупорки внутренней яремной вены и боковой пазухи при воспаленіи среднего уха, кончившіяся выздоровленіемъ послѣ перевязки и излѣченія вены.

Тромбозъ верхней полной вены наблюдали Heickmann (480) и C. Springer (589). Первый случай относится къ 33 лѣтней женщинѣ. Тромбы образовались сначала въ венахъ подмышечной впадины, благодаря воспалительному процессу. Затѣмъ появились инфаркты легкихъ. Закупорка *v. cava sup.* обусловила ціанозъ и отеки лица, шеи, груди и рукъ. Къ этому, при дальнѣйшемъ теченіи, присоединились общія водянка, образовавшаяся отъ ослабленія дѣятельности сердца (міокардитъ) и тромбы въ желудочкахъ и предсердіяхъ.

Второй случай наблюдался у 44 лѣтней женщины, жаловавшейся на одышку—припадками, продолжавшимися еще и по введеніи канюли König'a. У основанія и верхушки сердца слышался шумъ при первомъ тонѣ. При вскрытіи, шейныя вены оказались затромбированными новообразованіемъ, а также *v. cava sup.*, изъ которой въ правое нѣсколько расширенное сердце вдавались полипообразныя массы въ 10 сент. длины.

Случай тромбоза нижней полной вены, наблюдавшійся Simmonds'омъ (584) чрезвычайно интересенъ тѣмъ, что никакихъ растройствъ въ кровообращеніи въ нижней части тѣла не наблюдалось. Это было у 43 л. больного, который долго находился подъ наблюденіемъ въ больницѣ, по поводу эхинококка печени; онъ умеръ два мѣсяца спустя послѣ операціи. При вскрытіи, обнаружилась полная закупорка нижней полной вены на уровнѣ печени. Закрытіе произошло отъ того, что эхинококкъ вызвалъ раздраженіе въ окружающей его ткани, которое перешло на венозную стѣнку и въ сильно сжатомъ сосудѣ образовался тромбъ. Вена представлялась тонкой,

тесьюобразной, твердой пластинкой. Коллатеральное кровообращеніе совершалось частью посредствомъ анастомозовъ съ воротною, частью черезъ грудобрюшныя вены и черезъ широкія анастомозы съ очень расширенною *v. azygus*.

Sidney Philipps (554) сообщилъ о тромбозѣ *v. cava inferior*, лѣвыхъ *iliaca communis* и *externa femoralis* и *tibialis* у одной 19 лѣтней дѣвушки, за которымъ воспослѣдовалъ быстро летальный исходъ. Симптомы страданія были очень похожи на перфорирующую язву желудка. У больной, страдавшей нарушеннымъ пищевареніемъ, развились внезапно сильныя боли въ верхней части живота, сопровождавшіяся тимпаніей и лихорадкою.

Печеночное притупленіе не было замѣтно уменьшеннымъ; перкуссія показала растяженіе желудка до 4-го ребра по аксиллярной линіи. Больше организованные тромбы нашлись въ *v. iliaca communis*.

Meuer (539) наблюдалъ два, а Villard и Vignard (603) 4 случая закупорки и воспаленія лѣвой бедренной вены при воспаленіи червеобразнаго отростка. Осложненіе это наблюдалось какъ при аппендицитахъ съ нагноеніемъ, такъ и безъ него (Villard и Vignard) а также въ случаяхъ какъ подвергнутыхъ операциі, такъ и неоперированныхъ. Въ одномъ случаѣ Meuer'a, на 8-ой день послѣ операциі, при воспаленіи червеобразнаго отростка, 17 лѣт. больная стала жаловаться на боли въ лѣвомъ паху, сталъ прощупываться по ходу бедренной вены твердый шнурокъ, нога отекала. Спустя 3 недѣли послѣ операциі, замѣчены были тѣже явленія на правой ногѣ. Подобныя же явленія наблюдались у другой оперированной 27 л. женщины, на 2-ой недѣлѣ, со стороны лѣвой бедренной вены, а затѣмъ черезъ нѣкоторое время — правой.

Villard и Vignard дѣлаютъ слѣдующія заключенія: на аппендицитъ слѣдуетъ смотрѣть какъ на страданіе, за которымъ можетъ слѣдовать общее зараженіе. Флебитъ лѣвой конечности является слѣдствіемъ этого послѣдняго обстоятельства, почему указываетъ на тяжелое теченіе воспаленія червеобразнаго отростка и дѣлаетъ предсказанія плохимъ.

Umbert (600) наблюдалъ случай закупорки воротной вены у 47 л. potatoes. Послѣ кроваваго поноса, длившагося съ недѣлю, появились кровавая рвота и сильнѣйшая боль въ правомъ подреберьѣ. При осмотрѣ кожи живота много расширенныхъ венъ; ноги отекали; въ животѣ появились жидкость (проколомъ удалено 5700 куб. сент.) Черезъ недѣлю сильное кровотеченіе (изъ пищевода и кишекъ).

Вскрытіе показало старую закупорку воротной вены и венъ селезенки и свѣжую нижнюю брызжеечной, желудочной и другихъ мелкихъ венъ; обширныя сращения слѣпника съ печенью, почками, селезенкою, въ которыхъ оказались вновь образованныя вены, которыя служили коллатеральнымъ путемъ для прохода крови изъ тѣхъ областей, откуда отходятъ корешки воротной вены. Безъ этого приспособленія больной давно бы погибъ.

L. Gallovardin (464) собралъ 27 случаевъ тромбофлебитовъ *mesentericae*. Этиологически важны циррозы печени, алко-

голизмъ, сифилисъ, инфекціонные процессы, *phlegmasia alba dolens*, флебитъ нижнихъ конечностей, сепсисъ, раковая кахексія; въ основѣ всего воспаленіе стѣнокъ вень. Закрытіе просвѣта распространяется не только на *v. meser. sup* и *inferior*, но и на мельчайшія развѣтвленія вень брыжжейки. Сначала явленія въ кишкахъ сходны съ симптомами при закрытіи *art. mesenterica*. Разница состоитъ въ томъ, что процессъ можетъ быть мѣстнымъ, смотри по протяженію закрытія вень. Дальше бросается въ глаза сильный застой. Симптомы различны, смотря по основному процессу: при простомъ перифлебитѣ, циркулія существенно затруднена, вены растянуты, выступаетъ серозная жидкость, но благодаря обилію коллатеральныхъ сообщеній побѣждаются печальныя послѣдствія интерстиціального застоя. При *thrombophlebitis mesenterica* проходъ для крови возможенъ только черезъ вены стѣнокъ кишокъ, почему явленія со стороны живота развиваются внезапно и самостоятельно. Диагнозъ очень труденъ за неимѣніемъ часто характерныхъ симптомовъ. При подостромъ заболѣваніи живота въ видѣ перитонита, или закрытія кишокъ, подозрѣніе на тромбфлебитъ основывается на 2 обстоятельствахъ: на предварительномъ существованіи атрофическаго цирроза съ типическимъ, или атипическимъ признакомъ пилефлебита или сосѣднаго флебита и на присутствіи кровавыхъ испражнений и рвоты. Прогнозъ исполнѣ дуренъ: всѣ случаи кончились смертью, хотя можно думать, что ограниченныя измѣненія могутъ протекать благополучно. Про терапію можно сказать, что и хирургическое вмѣшательство даетъ еще меньше надежды, чѣмъ при эмболии *art. mesentericae*.

Раненія и разрывы вень. Б. К. Финкельштейнъ (611) задаетъ вопросъ, что опаснѣе—раненіе вень или артерій? Если, съ одной стороны, кровотеченіе изъ вень менѣе опасно, вслѣдствіе существующаго въ нихъ низкаго кровяного давленія и присутствія заслонокъ, задерживающихъ обратный оттокъ крови изъ центрального конца (что, впрочемъ, бываетъ крайне рѣдко), то съ другой—суживающая сила мышечной оболочки артерій останавливаетъ кровотеченіе, какъ только кровяное давленіе упадетъ до извѣстнаго *minimum'a*. Б. Н. Хольцовъ считаетъ, что раненія большихъ веньшей и корня конечностей также опасны, если не больше, какъ и раненія артерій. Опасность обуславливается трудностью самопроизвольной остановки кровотечения вслѣдствіе малой спадаемости вень и вхожденія воздуха вслѣдствіе отрицательнаго въ нихъ давленія. Но, по мнѣнію Финкельштейна, вхожденіе воздуха, въ смыслѣ опасности, играетъ ничтожную роль. Самопроизвольная остановка кровотечения именно при раненіи большихъ вень наблюдается нерѣдко, и больные чаще погибаютъ отъ вторичнаго, чѣмъ отъ первичнаго кровотечения. Кажется, что раненія (особенно случайныя) крупныхъ артерій гораздо опаснѣе венихъ ранъ.

Впрочемъ, сравнивать и дѣлать изъ сравненія выводы можно только при наличности однородныхъ величинъ. Условія кровообращенія и кровенаполненія въ артеріяхъ и венахъ слишкомъ разнятся,

чтобы можно было путемъ сравненія получить правильное представленіе объ опасностяхъ кровотеченія изъ тѣхъ и изъ другихъ. Авторъ выражаетъ свое мнѣніе такъ: раненіе и вѣнь и артерій опасны; и тѣ, и другія требуютъ немедленной хирургической помощи.

Adrian Caddy (428) наблюдалъ у 8 л. мальчика, котораго перѣхала телѣга, кромѣ переломовъ костей, разрыва легкаго, ушиба сердца, полный разрывъ нижней полой вены поперекъ, между печенью и грудобрюшною преградой. Интересъ этого случая состоитъ въ томъ, что мальчикъ прожилъ послѣ поврежденія почти три часа.

R. Belbéze (408) описалъ случай прободенія нижней полой вены надъ грудобрюшною преградой, случившагося во время выздоровленія отъ брюшного тифа, у 25 л. женщины. На основаніи того, что у ней печень была увеличена, болѣзненна, температура высокая, сдѣлано предположеніе объ образованіи нарыва въ печени.

Больная умерла скоропостижно. Вскрытіе показало, въ листкѣ плевры, покрывающемъ средостѣніе, вблизи грудобрюшной преграды, отверстіе, въ которое зіяла разорванная нижняя полая вена. Причиную разрыва должно было считать переносный нарывъ въ стѣнкѣ вены.

3. Лимфатическая система.

Б. К. Финкельштейнъ (622) наблюдалъ пораненіе млечнаго протока у крестьянина, который подвергся нападенію со стороны неизвѣстныхъ ему лицъ. Надъ яремной вырѣзкою оказалась при осмотрѣ рана съ неровными краями, длиною въ 1 сент., идущая въ поперечномъ направленіи. Въ окружности раны, соответственно верхней части рукоятки грудины и мѣсту прикрѣпленія нижнихъ концовъ обеихъ ключичныхъ мышцъ, наблюдалась подкожная эмфизема. При выстукиваніи и выслушиваніи легкихъ не оказалось ничего аномальнаго.

Дней черезъ 6 у больного сразу развилась сильная одышка при общемъ колющемъ и оказалось по всему лѣвому легкому сверху до низу рѣзкое притупленіе спереди, а на другой день и сзади. Дыханія ниже лопатки не слышно было вовсе, а выше наблюдалось бронхіальное дыханіе съ амфорическимъ оттѣнкомъ.

Недѣли черезъ 3 послѣ пораненія, сдѣланъ былъ проколъ въ лѣвой половинѣ груди. Получено 2000 куб. ц. молочнаго цвѣта жидкости. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено было очень немного бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, множество мелкихъ и крупныхъ жировыхъ шариковъ, мѣстами кучки жира, напоминающія молозиво. При химическомъ изслѣдованіи А. А. Вальтеромъ получено:

Плотнаго вещества (сухой остатокъ)	3,494%
Бѣлковъ осажденныхъ спиртомъ	2,94%

Жиры	1,06%
Солей	0,767%

Нѣтъ никакого сомнѣнія, что здѣсь дѣло шло объ изліяніи млечной жидкости изъ пораненнаго грудного протока въ полость плевры. Мѣсто раненія вполне отвѣчало такому предположенію. Физическія свойства жидкости и микроскопическое изслѣдованіе не оставляли никакого сомнѣнія въ томъ, что это былъ *chylothorax traumaticus*. На это указывало и само теченіе болѣзни: все время т^о оставалась нормальной, если не считать 2 вспышекъ. Одинъ разъ на 9-й день по поступленіи, т^о поднялась до 38, и другой разъ послѣ перваго высасыванія до 38,5°. Больной выздоровѣлъ.

Что касается до леченія, то Финкельштейнъ думаетъ, что, если грудной протокъ пораженъ на шеѣ, то можно ограничиться одной лишь тампонадой. Давленіе въ грудномъ протокѣ, по опытамъ Weiss'a, невелико. Оно равно 9—10 мм. ртути (приведено у Borgehold'a). Дѣйствительно, тампонада была съ успѣхомъ примѣнена въ 6 случаяхъ изъ 23-хъ описанныхъ въ литературѣ, 3 раза протокъ перевязанъ между 2 лигатуръ. Такое вмѣшательство обусловлено было тѣмъ, что подъ тампономъ лимфоистеченіе не прекращалось. Питаніе больныхъ нисколько не пострадало отъ перевязки. Всѣ они выздоровѣли. Опыты Schmidt-Mulheim'a доказали (цит. по Borgehold'y), что и у животныхъ при перевязкѣ протока, пищевареніе и всасываніе бѣлковъ происходятъ совершенно безпрепятственно. Поэтому, хирургъ можетъ въ случаѣ надобности безбоязненно расширить рану и перенязать протокъ. Въ четырехъ случаяхъ, описанныхъ въ литературѣ отверстіе въ грудномъ протокѣ захвачено было зажимомъ, при чемъ одинъ разъ даже наложенъ на мѣсто истеченія шовъ, хотя безуспѣшно, такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи все-таки пришлось прибѣгнуть къ тампонадѣ, чтобы остановить не прекращающееся лимфоистеченіе.

Леченіе *chylothorax'a* сводится къ удаленію жидкости проколомъ. Разумѣется необходимо усиленно кормить больныхъ, особенно при большихъ потеряхъ млечной жидкости. Больные должны находиться въ условіяхъ самаго строгаго покоя. Тогда можно скорѣе добиться заживленія раны и образованія новыхъ обходныхъ для лимфы путей.

Кромѣ случая Финкельштейна, описано по одному случаю пораненія грудного протока при операціяхъ F. Schortom'a (620) и Thiele (621). Въ первомъ случаѣ, пораненіе произошло при удаленіи карциноматозныхъ железъ на шеѣ, затѣмъ вослѣдствовалъ двусторонній хилотораксъ и смерть отъ голода. Во второмъ—пораненіе произошло при операціи по поводу бугорчатки шейныхъ железъ. Пораненіе замѣчено только къ вечеру послѣ операціи и слѣлана была перевязка грудного протока. Выпота въ грудную полость не было. Наступило полное выздоровленіе. Можетъ быть коллатеральные пути образовались еще до операціи, вслѣдствіе давленія опухшихъ лимфатическихъ железъ.

Friedrich Friedmann (619) замѣтилъ связь между давленіемъ крови и теченіемъ лимфы у одного субъекта

54 лѣтъ при употребленіи препаратовъ наперстянки. Увеличенныя, шейныя, подмышечныя и др. железы уменьшались подъ вліяніемъ 4 гр. дигиталиса, и увеличивались снова, какъ средство было оставляемо. Исслѣдованіе показало значительную лимфемію.

ЛИТЕРАТУРА:

I. Монографіи и руководства.

- 1) Basch, S. von., Die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose. Berlin. Pirschwald 1901, 8°, VIII—343 стр. Wien. med. Bl. XXIV, 528. № 35. 2) Reuchet, F., L'influence des maladies de l'aorte sur le développement de la tuberculose pulmonaire. Paris. 3) Biernacki, E., Hämatologische Diagnose in der pract. Medicin. Leipzig. 4) Bonnet, Les anévrysmes spontanées de l'aorte. Paris. 5) Н. В. Вершининъ. Отчетъ по терапевтической клиникѣ Томскаго универ. съ 1897 по 1900 г. Томскъ (151 стр.). 6) Carlo, Florian, Sur la fréquence des embolies pulmonaires aux différentes époques de l'évolution des thromboses veineuses (d'origine traumatique etc.) Paris J. B. Ballière et fils, 1901, 8°, n° 228. 61 p. 7) Colbeck, E. H., Diseases of the heart. London. 8) Dupuis, Contribution à l'étude des ruptures valvulaires de l'aorte. Paris. C. Naud. 1901, 8°, n° 538, 45 p., 3 fr. 9) v. Ebner, V., Ueber die «Kittlinien» der Herzmuskelfasern. Wien. 10) Ebstain, Die Tastpercussion. Stuttgart, (63 S. mit 7 Abbild.). 11) Ehrlich, Lazarus, Pinkus. Leukämie, Pseudoleukämie. Hämoglobinämie. Wien. 12) Holzknecht, G. Die röntgenologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide. Hamburg. Mit 8 Tafel. 13) Hunter, W., Pernicious anaemia. London. 14) Kraft, Heinrich. Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane. Ein Ergänzungskapitel zur physik. Diagnostik inner. Erkrankungen. Stassburg. 15) Krehl, L., Die Erkrankungen des Herzmuskels und die nervösen Herzkrankheiten. Wien. Hölder. 1901, 8°, VII—462 S., 2 Abb. 16) Neisser, A., Circulationsstörungen und Erkrankungen der Gefäße. Handbuch. d. prakt. Med. Stuttg., 1901. III. 2 Th. 22—43. 17) Strauss, H., Die chronischen Nierenerkrankungen in ihrer Einwirkung a. die Blutfüssigkeit. Berlin. 18) L. Vorstädter. Synoptische Tafeln zur Diagnostik d. Herzklappenfehler, nebst anatom.—physiol. Schemata d. Cirkulationsapparates. Berlin (5 Taf. u. 27 color. Schemata). 19) Ziemssen, und Rieder, H. Die Röntgographie in der inneren Medicin. Wiesbaden. 1 Lieferung, enthaltend 10 Tafeln mit Text., 2 u. 3 Lief., enthält. 20 Taf. m. Text.

2) С е р д ц е.

- 20) Abrams, A., The clinical value of the heart reflex. Med. Rec. N.-Y 5 янв., стр. 10. При раздраженіи кожи въ области сердца наступаетъ уменьшеніе объема сердца, длящееся нѣсколько дольше (на 1', или болѣе), чѣмъ раздраженіе. 21) Aikman, I. The respiratory movements of the praecordial area in health and in disease. The Lancet, 4 мая стр. 1271. 22) Albers-Schönberg. Die Entwicklung des Röntgenverfahrens im Jahre 1901. Münch. med. Woch. 1902, № 3. 23) Albu, 19 Congress f. innere Medicin. Berl. Klin. Wehnschr. XXXVIII, 16. Münch. med. Wehnschr. XZVIII. 17. 24) Ambrosini. Di un caso di nevrosi cardiaca. Gazz. d. Osp., Milano, стр. 254. 25) Anderson, D. E. Atheromatous ulceration of the heart; perforation; sudden death. Brit. med. Journ. Nov. 23. 26) Anders, J. M., A contribution to the study of fatty infiltration of the heart secondary to subpericardial overfatness. Amer. Journ. of med. Sc. CXXI. 4. p. 421. April. 27) Aporti, F., Sul modo di comportarsi dei versamenti acuti pericardici: 2 comunicazione. Rendic. d. Ass. med.-chir. Parma, II. 53. 28) Arnold, H. D., The condition of the myocardium as affecting cardiac murmurs. Boston med. and surg. Journ. CXLIV. 14. p. 324, April. 4. 29) Н. Архаровъ. О неорганическихъ шумахъ сердца. Обзоръ литературныхъ мнѣній и нѣсколько собственныхъ замѣчаній автора по поводу происхожденія и дифференціальной діагностики органическихъ и неорганическихъ шумовъ. (Военно-Мед. Журн., 1901, Іюль). 30) Austin, Mabel F., Endocarditis due to a minute organism probably the Bacillus influenzae. Johns Hopkins Hosp. Rep., Balt., IX, 903. 31) Baбcock, Robert H., Adherent pericardium. Med. News, 24, p. 925. Dec. 32) Bacaloglu, Le coeur dans la fièvre typhoïde. Gaz. des hôp. Nr. 78, p. 753. 33) Barie E., Les variabilités des signes physiques du rétrécissement mitral et de leur valeur séméiologique. Presse méd. Paris. I. 165. 34) Bartel Julius. Zur Aetiologie u. Histologie d. Endokarditis. Wien. Klin. Wehnschr. XIV, 41 стр. 1004. 35) Barthelmes, Friedrich. Ueber einen Fall von Angina pectoris bei hochgradiger Sklerose der Coronararterien. Jnaug.—Dissert. Erlangen. 36) Batten, Frederick, E., Diagnosis of suppurative pericarditis in children. Brit. med. Journ. Sept. 7, 11, 605. 37) Baumel, L., et Abadie, Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant (Symphyse du péricarde et méningite tuberculeuses) Montpellier. № 19. 38) Baylac J. Rétrécissement mitral, chlorose et goitre exophtalmique. Echo méd. Toulonse, стр. 276. 39) Beckert, Stichverletzung des Herzens. Münch. med. Woch. № 21, стр. 858. 40) Beitzke, H., Ueber die sog. weissen Flecken am grossen Mitralsegel. Virchow's Archiv, CLXIII. стр. 343. 41) Belski, A., Ueber d. an d. A. V. Grenze blockirten Systolen. Ztschr. f. Klin. Med. XLIV. p. 179. 42) Benvenuti Ezziio, Sulla rottura del cuore. Policlin. VIII. 8 p. 379. 12. p. 580. 43) Berghinz, G. Sull'aritmia di cuore nell'infanzia: nota. Riv. veneta d. Sc. med., Venezia XXXIV, 337. 44) Bergmann.

Ein Fall von subcutaner traumat. Ruptur des Herzens u. Herzbeutels.—Mon. Schr. f. Unfallhkd VIII. 1. p. 15. 45) Berkeley, Wm. N., Some notes on medical diagnosis. Med. News, N. Y., LXXVIII, 805. 46) Bernard, R., Sclérose pulmonaire d'origine probable hérédo-syphilitique; déformation du thorax; déplacement du cœur. Lyon. med. XCVI. p. 293. Févr. 24. 47) Berti, G., La teoria di Haushalter e Thiry sopra le cisti ematiche delle valvole del cuore dei neonati: studio critico. Bull. de Sc. med. Bologna, 8 s. I. 53. Arch. f. Kinderheilk. 5 и 6, стр. 371. 48) Beverley, Robinson, Chronic myocarditis and fatty degeneration of the heart. American journal of med. sciences, Juni. p. 651. Егo-жe, Clinical study of acute myocarditis. Am. J. M. Philad. CXXI, 312. Егo-жe, The relation of arterial changes to the heart. N. Y. Med. J. LXXIII, 724. 49) Bewley, H. T., Concident mitral stenosis and aortic patency. Dubl. Journ. CXI. p. 66. Jan. 50) Bianchi, A., Sur un moyen pour localiser les bruits et mesurer leur intensité. XIII-me Congr. internat. de Med., Sect. de Pathol. interne, 1900, Compt. rend., 617. 51) Biernacki, J., Acute dilatation of the heart. Brit. med. Journ. Lond. I. 117. 52) Binetti, Sopra un caso di respirazione cardio-pulmonare rilevabile a distanza. Gaz degli osped. № 96. 53) Bishop, L. Fangeres, A clinical study of myocarditis. J. Am. M. Ass., Chicago, XXXVI. 84. 54) Blake, Joseph A., Atresia of the aortic orifice due to anomalous development of the auricular septum. Journ. of Anat. and Physiol. XXXV. 1. p. 1. Oct 1900. 55) Blind, A., Le rétrécissement mitral des arterioscléreux. XIII. Congr. de Med., Compt. rend. 585. 56) Блжмeнaу, Е. Б. Случай оуущенія печени и сердца. Врачъ, № 51, стр. 1604. Егo-жe, О заболѣваніи верхнихъ дыхательныхъ путей при ревматизмѣ. Врачъ, № 6. 57) Bonnamy, Des troubles cardiaques d'origine gastrique (Extr.) Gaz. des Hôp. № 18, стр. 162. 58) Borgherini, A., Cardiopathies familiales. XIII Congr. intern. de Med., Compt. rend., 577. 59) Bouvet, L., Rétrécissement mitral et syphilis héréditaire. Lyon med. XCVI. p. 617. № 20. May 19. Егo-жe, Sur l'hypertrophie du cœur dans la nephrite aplasique. Gaz hebdom. № 57. 60) Braun, L., Das «bewegliche Herz». Wien. med. Presse, № 23 и 24, стр. 1081 и 1142. Егo-жe, Die Entstehung des ersten Tones an der Herzbasis. Centralbl. f. innere Med. Nr. 44, S. 1063. 61) Брейтманъ М. Я. Этиологія и патогенезъ сифилитическихъ поражений сердца. Журн. Дерматол. и Сифилидол. Январь—Апрѣль. Егo-жe, О сифилитическихъ заболѣваніяхъ сердца. Обзоры и новости Медицины, въ Соврем. Медицины и Гигіенѣ проф. Афонасьева, стр. 1. Егo-жe, О сифилитической тахикардіи и аритміи. Ежегод. № 3, стр. 33. Егo-жe, Къ физиологіи и патологіи перегородки желудочковъ сердца. Сифилисъ перегородки. Врачъ, № 6, стр. 175. Егo-жe, О сифилитическомъ эндокардитѣ. Врачъ, № 19. Егo-жe, О внезапной смерти при сифилисѣ сердца и ея значеніи съ точки зрѣнія судебной медицины. Ежегодныйк. Практ. Мед. 1901, № 16. 62) Александръ Бройде, Myofibrosis cordis. Диффузная фиброзная дегенерация сердечной мышцы (Патол.-анат. изслѣд. изъ клиники проф. К. Е. Дегіо). 216 стр. Юрьевъ. Дисс.

- 63) Bruce, J. M., On diseases and disorders of the heart and arteries in middle and advanced life. *Lancet*, March 9 a. 23, April 6. 64) Bruno, L. Palpitation de coeur. *Lanterne méd. Port—au Prince*. IV, 115—116. 65) Bryant, J. H., Functional pulmonary incompetence, and dilatation and atheroma of the pulmonary arteries, as complications of mitral stenosis. *Guy's Hospital reporter*, p. 83. 66) Bucco, M., Stenosi mitralica pura delle donne giovani. *Nuova Riv. clin.-terap. Napoli*. IV, 118. 67) Buch, Max. Die Grenzbestimmung d. Organe der Brust—und Bauchhöhle insbes. auch d. Magens und Dickdarms durch perkussor. Auskultation oder Transsonanz. *Deut. med. Woch.* № 38. 68) Cabot, Richard, Success and failure in the diagnosis of cardiac lesions.—*Univers. of Pensylv. med. Bull.* XIV. 6. p. 231. Aug. 69) Caccini, Attilio, Rumore diastolico alla base del cuore non in rapporto a insufficienza aortica (plica dell'endocardio al disotto della valvola posteriore aortica) *Suppl. al Policlin.* VII, 48 p. 1505. 70) Calvell, Case of valvular disease of heart following injury in a healthymale. *Brit. med. Journ.* Dec. 14. p. 1756. 71) Campbell, G. C., A cardiac case for diagnosis. *Montreal M. J.*, 20—22 72) Carrière G., Des péricardites aiguës. *Nord. med. Lille* VIII. 61—68. 73) Castiaux et Laugier. Les lésions valvulaires consécutives aux contusions des parois thoraciques. *XIII Congr. internat. de Méd. Compt. rendu* 33—46. 74) Caton Richard, The means of arresting acute endocarditis. *Edinb. med. Journ.* N. S. X. 4. p. 335. Oct.—*Brit. med. Journ.* Oct. 12. 75) Chantemesse, Note sur la dégénérescence hyaline du coeur dans l'empoisonnement typhique. *XIII Congr. intern. de Med. Compt. rend.* 305—308. 76) Chapman, Charles W. A case of aortic regurgitation probably due to syphilis. *Transact. of the clin. Soc. of London.* XXXIV. p. 64. 77) Chapman Paul M., On the heart-index internal in aortic regurgitation. *Brit. med. Journ.* Febr. 16 p. 381. 78) Chittick, William R., Endocarditis, symptomatology.—*Physic. and Surg* XXIII. 3. p. 117. March. 79) Christidér A. Pétéchies, Ecchymoses du muscle cardiaque. *Rev. méd.—pharm. Paris*, XIV, 87—88. 80) Churton, T., Position of the aortic regurgitant murmur. *Brit. med. Journ.* July 6. p. 14. 81) Close, C. F., Acute temporary dilatation of the heart accompanying thermic fever. Report of two cases. *J. Am. M. Ass. Chicago.* XXXVI, 635. 82) Combemale, Rôle de l'hérédosyphilis dans l'étiologie de certaines cardiopathies valvulaires. *XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend.* 389. 83) Converse, George M., Potain's simple and accurate method of the percussion of the heart. *New York. med. Record* LIX. 19. p. 722. May. 84) Cotton, A., Some cardiopathies of the developing period. *Pediatrics*, N. Y., XI, 334—340. 85) Cowl, W. Ueber die Röntgenographie des Herzens. *Deutsche méd. Zig; Berl.* XXII, 559. 86) Crawford, R. Die Tuberculose des Herzmuskels. *Edinb. Med. Journ.* Сентябрь; реф. *Münch. med. Woch.* № 47. стр. 1895. 87) Croftan, Роль аллоксурных оснований въ образованіи напѣненій въ сердцѣ и сосудахъ при нефритѣ. *Internat. Medic. Magas.* Февраль, Болън. Газета Боткина № 30 стр. 1278. 88) Cruchet, Insuffisance aortique chez

un enfant de douze ans. J. de Med. de Bordeaux XXXI, 112—113. 89) Curtin, Eoland G., A report and exhibition of the largest recorded aneurysm of the heart. Proceed of the pathol. Soc. of Philad. N. S. V. 1. p. 16. Nov. Еро-же. A case of interventricular aneurysm opening into the right ventricle by ulcerative process and aneurysm of the abdominal aorta. Proceed of the pathol. Soc. of Philad. N. S. V. 1. p. 22. Nov. Еро-же. A case of anemie necrosis in the wall of the left ventricle above the apex of the heart associated with angina pectoris and locomotor ataxia. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. V. 1. p. 21. Nov. Еро-же. The force of the blood current as a cause of variations in heart murmurs. Proceed. of the Philad. County med. Soc. N. S. III. 7 p. 230. Oct. 90) Сybulski, H. O užívání fonendoskopu Biazzi—Bianchi Gaz. lekarska, 1125. 91) Воробьевъ, В. А. Zur Frage über die Aetiologie der Herzfehler. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. LXIX. 466. 4 Tab. 2 Fig. 92) Высоковичъ В. К. Демонстрація патолого-анатомическихъ препаратовъ въ Общ. Киевск. Врачъ. Врачъ, № 40, стр. 1237. 93) Вѣрюжскій, Д. Н., Начальныя степени пороковъ сердца у военнослужащихъ.—Врачъ, № 8. 94) Д-ръ А. А. Германъ. Случай раненія сердца иглой. Случай, окончившійся смертельно, благодаря выжидательному способу лѣченія. Военно-Медиц. Журналъ, № 9. 95) Гинсбургъ, Фейга. Ueber Embolien bei Herkrankheiten. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. т. 69, стр. 606. 96) Гуревичъ, случай тахикардiи. Врачъ, № 15, стр. 485. 97) Dagnini, G., Spostamento paradossso della retrazione sistolica della punta in un caso di aderenza intra ed extrapericardiaca. Riv. crit. di Clin. med. Firenze. II. 379. 98) Davis, N. S., jr, Case of malignant endocarditis with recovery. J. Am. M. Ass., Chicago, XXXVI, 14. 99) Debove. Lésions multiples du coeur. Gaz. hebdom. de Méd. et Chir. 85—87. 100) Debrie, E. J., Endocardite végétante ulcéreuse aiguë d'origine indéterminée. Arch. de Med. et de Pharm. mil. XXXVIII. 7. p. 56, Juillet. 101) Dehio, Karl, Das Altern des Herzens. Petersb. med. Wehnschr. N. F. XVIII, 9. 102) Dennig, Ueber trommelschlegelartige Veränderungen an den Fingern und Zehen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 380. 103) Doazan, Jules, Essai sur les principaux types d'asthme cardiaque. Paris. G. Steinheil, 8°, n° 654, 99 p. 104) Donald, William, M., Endocarditis, etiology and pathology. Physic. and Surg. XXIII 3. p. 115. March. Еро-же. A symposium on endocarditis. Etiology and pathology. Physician a surg. Detroita. Ann. Arbor. XXIII, 115—117. 105) Douglas, Carstairs, A short note of the pathological conditions found in a case of mitral regurgitation ending fatally shortly after delivery. Glasgow med. Journ. LV. 5. p. 380, May. 106) Drago, Beitrag zur Histopathologie des Typhusherzens. Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat. B. 29, 21. 1. 107) Drasche, Ueber die Compensator. Vorgänge bei Aorteninsufficienz. Wien. med. Wehnschr. LI. 22. 23. Еро-же. Ueber Herzgeräusche. Wien. med. Wehnschr. LI, 45. Еро-же. Ueber die compensatorischen Vorgänge bei Aorteninsufficienz. Wien. med. Wochenschr. 1057. 1116. 108) Dufour Henry, Du rythme complé du coeur

avec poulx bigéminé au cours de l'ictère.—Considérations de physiologie pathologique sur les modifications du rythme cardiaque provoquées par la bile. *Gaz. hebdom. de méd.* № 86. 109) Duffry, George, Stenosis of the tricuspid, mitral and aortic orifices. *Dubl. Journ.* CXI. p. 241. April 1. 110) Dunham, E. K., Advanced fatty change of the heart. *Proceed. of the New York pathol. Soc.* p. 281. 111) Duponchel, P., Des souffles cardiaques d'origine adhérentielle. *Arch. de Méd. et de Pharm. mil.* XXXVIII. 10. p. 257. Oct. 112) Dupuis, Les ruptures valvulaire de l'aorte. *Gaz. hebdom.* XLVIII, 72. 113) Earp, S. E., A case resembling morbus caeruleus, probably due to a dusting powder containing acetanilid. *Pediatrics.* N. Y., XII, 93—94. 114) Edes Robert T., Observations on heart disease. *Boston med. and surg. Journ.* CXLV, p. 13. p. 348, Sept. 26. 115) Edsall David, L., A case of malignant endocarditis. *Proceed. of the pathol. Soc. of Philad.* N. S. IV. 9 p. 199. July. 116) Edwards, A. R. The pathology of chronic inflammations and degenerations of the myocardium. *Méd. Fortnightly.* St-Louis. XIX, 197—202. 117) Eid, Contribution à l'étude des lésions valvulaires du cœur développées sous l'influence du tabac. XIII Congr. internat. de Méd., *Compt. rend.* 566. 118) Epstein, E. M., Cyanosis. *Alkaloid. Clin.*, Chicago, 1901, VIII, 359—361. 119) Erekientz, Wilhelm, Beiträge zur Frage der traumatischen Herzerkrankungen. *Zeitschr. f. Klin. Med.* 44 Bd. II. 5 u. 6. 120) D'Espine, A., La théorie protosystolique du bruit de galop. *Revue méd. de la Suisse rom.* XXI. 12. p. 760. Déc. 121) Esser, Beitrag zur Lehre von der Störung der Lungencirculation. *Centralbl. f. inn. Med.* Nr. 4, S. 97. 122) Ewald, C. A., Ueber subakute Herzschwäche im Verlaufe von Herzfehlen nebst Bemerkungen über d. Therapie d. Herzkrankheiten. *Berl. Klin. Wochenschr.* XXXVIII. 42. S. 1058. 123) Fassan, M. Объ ускороженіи сердцебиенія при быропатеѣ. *Wien. med. Blätter*, 14 u. 21. Магпа. Реф. Врѣмѣ № 22, стр. 717. 124) Fellner, O. Herz u. Schwangerschaft. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, XIV. H. 4. 125) Ferrannini L., Cardiopatie eredo-familiari e congenite: rivista sintetica. *Riforma med.* Roma, 1901, I. 181. (Question d'internat.) *Gaz. hebdom. de Med. et Chir.* Paris 1901. XLVIII, n° 9, Ann., 1 p. Егo-же. Ancora sulle cardiopatie eredo-familiari e congenite.—*Rif. med.* XVII, 170, 171. 126) Ferrari C., Del ritardo del polso sull'impulso cardiaco e della cosiddetta onda peristolica nell'insufficienza aortica: osservazioni. *Morgagni*, Milano XLIII. 1. 127) Ferrari E., Tre casi di anomalie congenite del cuore in adulti: contributo all'anatomia patologica della pars membranacea septi. *Riv. veneta d. Sc. med.* Venezia. XXXIV. 86. 128) Finley, Chronic malignant endocarditis with presystolic murmur. *Montreal med. Journ.* Nr. 5, ref. *Centralbl. f. inn. Med.* Nt. 31, p. 745. 129) Fischer K., Ein Fall von Kugelthrombus. *Ann. d. städt. allg. Krankenh. zu München.* XI, 165—184. 130) Fonck u. Braun. Tödliche Stichwunde des Herzens bei makroskopisch blutfrei gebliebener Waffe. *Deutsche méd. Wochenschr.* 374—375. 2 fig. 131) Foshay, P. M. A case of cardiopulmonary murmur illustrating the importance of differen-

- tiation Cleveland. J. M. 1901, VI, 236—239. 132) Fraenkel, A., Herzklappenzerreissung durch äussere Gewalt. Verhandl. d. Ver. f. innere Med. zu Berl. 1900—1901, XX, 234. Ero-же. Demonstration zweier Herzpräparate von maligner Endocarditis.—Тамъ-же стр. 232. 133) Fraenkel, E. Herztumoren. Münch. med. Woch. № 16, стр. 648. 134) Friberger, Ragnar, Ett fall af den S. K. Adams—Stokes'sjukdom. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. VI. 7. s. 536. 135) Friedenthal, Ueber reflectorischen Herztod bei Menschen und Thieren. Engelmann's Arch. f. Physiol. H. 1 u. 2, p. 31. 136) Fuhrmann, E., Ein Fall von Bradykardie.—Petersb. med. Wehnschr. N. F. XVIII, 30. 137) Fussell, M. H. Diagnosis and prognosis of heart disease. Philad. med. Journ. VIII, 6. p. 231. Aug. 138) Gajacchi. Un caso di vizio cardiaco congenito diagnosticato in vita. Rendic. d. Assoc. med. chir., Parma, II. 25. 139) Galvagni, Ercole, Su taluni rumori musicali cardiaci. Clinica medica generale della R. università di Modena. 140) Gerhardt, (Berlin) Angeborener Herzfehler. Münch. med. Woch. № 46, стр. 1855. 141) Gerhardt, Dietrich, (Strassburg) Ueber d. Compensation von Mitralfehlern. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacol. XLV. 3 u 4. p. 186. Ero-же Pulsarhythmie. Münch. med. Woch. № 8, стр. 320. Ero-же Ueber Plenraergüsse bei Herzkranken. Med.—Chir. Centralbl. Wien. 1901. XXXVI, 29—31 Deutsche Aerzte—Zeitz. H. 1. 142) Giacomelli G. Il miocardio nelle infezioni, intossicazioni, avvelenamenti. Ricerche anatomo-patologiche sperimentali. Policlinico. Roma 1901. VII—M. 121. Ero-же. Sopra un caso di rottura spontanea del cuore. Policlin. VIII. 12. p. 585. 143) Gibbes, C. C., The morbid anatomy and origin of the various presystolic murmurs heard at the apex. Lancet, June 8. p. 1601. Ero-же. Reduplication of the second sound of the heart. Edinb. med. Journ. N. S. X. 2. p. 151. Aug. 144) Gröupner, Die Konstitutionsbedingungen des Herzmuskels. Deutsch. Med. Ztg., Berl. XXII. 469. Ero-же. Zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit (Sufficienz) des Herzens. Deutsche med. Presse, Berl. V. 1—4. 145) Gregor, K., Ein bemerkenswerther, seinem Ursprunge nach nicht aufgeklärter Auskultationsbefund bei einem Säugling (Auf die rechte Thoraxseite beschränktes systolisches Geräusch). Deutsche med. Wehnschr. 147. 146) Griffith, D. Wardrop, Remarks on aneurysm of the coronary arteries of the heart. Brit. med. Journ. Febr. 2, 266. 147) H. Gross. Die traumatische Ruptur des Septum cordis. Mitteilung. aus d. Grenzgebieten der Med. und Chirurg. VIII, т. 4—5. 148) Gutch, John, Cardiac hypertrophy and atrophy. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VII, 3. p. 309. June. 149) Habel, Victor, Rheumatismus, Herzkrankheit und Chorea. Deutsche med. Woch. № 17. 150) Hanson Kalph, Ореытствіе одного легкаго съ замѣщеніемъ его вѣшкамъ. The Journ. of the Amer. Med. Association, 14 Cent., реф. Врачъ, № 42, стр. 1291. 151) Harris, Norman McLeod., and Wm. M. Dabney. Report upon a case of gonorrhoeal endocarditis in a patient dying in the puerperium. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XII. 120. p. 68. March. 152) Heineman, H. Newton, Tuberculosis of the heart. Lancet.

Dec. 28. 153) Hektoen, Ludwig, The extension of aortic aneurysm into and between the walls of the heart and dissecting aneurysm of the heart. Amer. Journ. of med. Sc. CXXII, 1. p. 21. July. 154) Hektoen, L., Rare cardiac anomalies. Congenital aortico-pulmonary communication; communication between the aorta and the left ventricle under a semilunar valve. Am. J. M. Sc., Philad. 163, 3 fig. 155) Hel-denbergh, C., Un procédé d'expoloration plessymétrique pour evaluer le volume approximatif du cœur. Belg. méd. VIII. 32. p. 161. 156) Henke Fr., Zur Endocarditis pneumococcica. Virchow's Arch. CLXIII, 1. p. 141. 157) Henschen, S. E., Till läran om den bacillära endokarditen. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. VI, 50. 6. s. 389. Fortschritte der Med. 16, стр. 365 и № 28, стр. 797. 158) Hepworth. J., Case of malignant endocarditis; recovery. Brit. med. Journ. March 16, p. 641. 159) Herbst, Julius, Zur Casuistik der Defecte in der Ventrikelscheidenwand des Herzens. Inaug.-Diss. Erlangen. 160) Hering, Zur Erklärung der Unregelmässigkeiten des Herzschlages. Münch. med. Woch. № 6, стр. 244. Ero-же, Die myoerethischen Unregelmässigkeiten des Herzens. Prag. med. Woch. № 1 и 2. Ero-же, Ueber die gegenseitige Abhängigkeit der Reizbarkeit, der Contractilität und des Leitungsvermögens der Herzmuskelfasern und ihre Bedeutung für die Theorie der Herzthätigkeit und ihrer Störungen. Pflüger's Arch. Bd. LXXXVI, p. 533. Ero-же, Ueber die Beziehung der cardiacen Lungenhyperämie zur Athmung. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. p. 603. Ero-же, Ueber d. zeitweiligen oder dauernden Ausfall von Ventrikelsystolen bei bestehenden Vorhofsystolen. Centr.-Bl. f. Physiol. XV. 7, 6 июля. 161) Herxheimer, Gotthold, Ueber supra-vasale Perikard-Knötchen u. Sehnenflecke. Virchow's Arch. CLXV. 2 p. 248. 162) Hildebrand, Heinr. Ueber den diagnostischen Werth der Röntgenstrahlen in der innere Medicin. Münch. med. Woch. № 49 и 50, стр. 1957 и 2008. 163) Hill, A. C., Accentuated aortic second sound. Brit. M. J. Lond., I. 360. Feap. 9. 164) Hingsamer, E., Einige seltenere Fälle von Herzaneurysma. Ann. d. städt. allg. Krankenh. zu München. XI, 452—466. 165) Hingst, Konrad, Ein Fall von alleiniger Transposition von Magen und Darmkanal, nebst Anomalien des Herzens. Inaug.—Diss. Kiel. 166) Hirsch, Carl Ueber die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel und der Körpermusculatur und über sein Verhalten bei Herzhypertrophie. Dtsch. Archiv f. Klin. Med. Bd. 68. Ero-же, Ueber d. gegenwärt. Stand d. Lehre vom sogen. Fettherzen. Munch. med. Wehnschr. XLVIII, 47, 1867. 167) C. Hirsch u. C. Beck, Studien zur Lehre von der Viscosität (inneren Reibung) des lebenden menschlichen Blutes. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. LXIX, H. 5 u. 6, p. 503. 168) Hoche, De la persistance du trou de Botal et de son importance en pathologie. XIII. Congr. intern. de Med., Compt. rend., 231. 169) Hochhaus, Ueber Adams-Stokes'sche Krankheit. Münch. med. Woch. № 52, стр. 2127. 170) Hoffmann, Aug., Ueber paroxysmale Arrhythmie. Verhandl. d. 19 Congress. f. innere. Med. p. 246. 171) Hoffmann, D. A., Die Aritmie des Herzens im Lichte der von Engelmann begründeten Lehre von der myo-

genen Automatie des Herzens. Fortschr. d. Med. XIX. 271—279. 172) Hoffmann, T (Heidelberg) Angeborene Pulmonalstenose. Münch. med. Woch. № 5, стр. 200. 173) P. B. Hoffmann, Ueber die Aenderung des Contractionsablaufes am Ventrikel und Vorhöfe des Froschherzens bei Frequenzänderung, Pflüger's Arch. Bd. LXXXIV. 174) Hoffmann, I. (Marbach), Ueber auskultatorische Perkussion. Münch. med. Woch. № 35, стр. 1384. 175) Holowinski A. von, Physikal. Untersuchung d. Herztöne. Ztschr. f. Klin. Med. XLII, 3 u. 4. p. 186. 176) Holsti H., Nägra fall of paroxysmal takykardi. Finska läkaresällsk. handl. XLIII, 7. s. 545. 177) Hornung, Herzbefund b. Caissonarbeiten.—Münchn. med. Wehnschr. XLVIII. 37. 178) Hoppe-Seyler, Ueber die sog. pericarditische Pseudolebercirrhose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, p. 1507. 179) Huchard, H., Note sur une forme de cardiosclérose avec arythmie et tachy-arythmie.—XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend. 485. 180) Hutinel, V., La symphyse du péricarde. Gaz. hebdomadaire. XLVIII, 6, стр. 61. Ero-же. Lasystolie. Tribune méd. Paris 1901. 2 s., XXXIV, 47—50. 181) Jaccoud, Formes cliniques du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Tribune méd. Paris. 2 s. XXXIV, 287. 182) Jackson, Henry, Diseases of the myocardium. Boston. med. and Surg. Journ. CXLIV, 14. p. 319. April. Ero-же. Malignant endocarditis. Med. and surg. report, of the Boston city. Hosp. XI, p. 67. 183) Jaquet u. Metzner. Cardiographische Untersuchungen an einem Falle von Fissura sterni. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. LXX, p. 57. 184) Jaworsky, Ueber die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Herzfehlern. Centr. f. Gynäkologie, № 21. 185) Jeffreys, A. Эхиноклоки въ сердцѣ. The New-York Med. Journ., 22 Июня, реф. Врачъ, № 31, стр. 965. 186) Jermolow, V. Beitrag zur Pathogenese und Differential diagnose der tuberculösen Herzbeutelverwachsung. Revue mens. de maladies de l'enfance, VIII, реф. Münch. med. Woch. № 41, стр. 1617. 187) Johannessen, A., Ueber Bradycardie und über Atropinwirkung auf das Herz. Wien. med. Bl. № 27 u. 28. 188) Josefson, Arnold, Zur Casuistik d. Erkrankungen d. Kreislaufsorgane. Nord. med. ark. 3 F. I (Afd. 2) 3. Nr. 16. 189) Jossierand E. et Gallvardin, L., De l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaiguë primitive (Avec 3 fig.) Arch. gén. de méd. Nov, Dec. 190) Иссерсонъ, Д. Г. Случай постоянной брадикардии. Больн. Г. Боткина, № 6, стр. 261. 191) Karfunkel, Bestimmungen d. wahren Lage u. Grösse des Herzens u. d. grossen Gefässe durch Röntgenstrahlen. Ztschr. f. Klin. Med. XLIII, 3. n. 4. p. 304. 192) Kast, Ludwig, Ueber d. Verhalten d. Herzaaffektionen b. chron. Gelenkrheumatismus, resp. Arthritis deformans. Prag. med. Wehnschr. XXVI, 41, 42, 43, 44. Ero-же. Flint'sche Geräusche bei Insufficienz der Aorta. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur in Breslau 5. Juli, реф. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage Nr. 32, p. 246. 193) Kelly, A. O. J., Relation between cardio-vascular and renal disease, with reference to diagnosis and

- treatment. Indian. M. Rec., Calcutta XX. 135. 194) Kelsch, Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée. Bull. de l'Acad. 3. S. XLVI. 30. p. 245. Juillet 30. 195) Kidd, Percy, Congenital morbus cordis. Transact. of the clin. Soc. of London. XXXIV p. 238. 196) Kimla u. Scherer F., Ueber angeborene, nicht entzündliche Stenosen des rechten arteriellen Ostium, bedingt durch Entwicklungsanomalie der Semilunarklappen der Pulmonalis. Eine histologisch-klinische Studie. Jahrb. f. Kinderh. Berl. 3 F. III. 155—178 1 Abb. 1 Taf. 197) Kisch, E. Heinrich, Herzarrhythmie b. fettiger Myodegeneration des Herzens. Wien. med. Wchnschr. LI. 21. стр. 1009. 199) Klein, Hermann, Ein Beitrag zur Statistik der Klappenfehler des linken Herzens. Inaug.-Dissert. Göttingen. 200) Коробутъ—Дашкевичъ, случай morbi coerulei. Врачъ, № 5, стр. 152. 201) Косткевичъ, А. Н. Къ казуистикѣ самобитной тахикардiи и случай брадикардiи съ приступами синкопе. Врачъ, № 15, стр. 485. 202) Krons, Friedrich, Die Recurrenzlähmungen d. Mitralstenosen. Verhandl. d. 19. Congr. f. innere. Med. p. 608. 203) Kreitmayer, Acute Endocarditis ulcerosa. Münch. med. Woch. № 6, стр. 244. 204) Kroecker, Die Innervation des Säugethierherzens. 73 Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. Hamburg. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage Nr. 37, p. 274. 205) Kummel, Die Röntgenstrahlen im Dienste der praktischen Medicin. Berl. klin. Woch. № 1. 206) Laignel-Lavastine. Endocardite chronique: embolie, gangrène sèche symétrique des deux jambes. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 6 s., III, 161—165, 2 fig. 207) Lamy H. Cardiopathie congénitale. Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris. XVIII, 384—385. 208) Ландштейнъ, I. случай незарощеннаго овальнаго отверстiя. Gaz. lekarska, 26 Мая, стр. 568. Реф. Врачъ, № 24, стр. 774. 209) Lartigan, A. J. A study of a case of gonorrhoeal ulcerative endocarditis, with cultivation of the gonococcus. Amer. Journ. Jan. 210) Landy, Bericht über neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Herzens. Krankh. literaturный обзор по физиологии и патологии сердца. Schmidt's Jahrbuch. Heft 11. 211) Launois P. E. et Paris A., De l'insuffisance aortique au cours de l'endocardite pneumococcique. Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris 3 S., XVIII, 195—198. 212) Левашевъ, С. В. О сердечныхъ циррозахъ печени и о значенiи ихъ для распознаванiя и леченiя сердечныхъ пороковъ. Русск. Врачъ, № 1, стр. 6. 213) Lees, D. B., On acute dilatation of the heart in diphtheria, influenza and rheumatic fever. Brit. med. Journ. Jan. 5. 214) Lenczner, Ueber den Einfluss von Herzkrankheiten auf den Ausgang der croupösen Pneumonie. Inaug.—Diss. Leipzig. 215) Lenhartz, H., Ueber d. sept. Endokarditis. Münchn. med. Wchnschr. XL, VIII, 28, 29, стр. 1178. 216) Leyden, v., Demonstration eines Falles von Herzthromben. Verhandl. d. Ver. f. innere Med. zu Berl. 1900—1901. XX. 282—285. Ver. Beil. d. D. med. Woch. №. 1, стр. 1. Его-же Erkrankung des Myocardiums. Тамъ-же, стр. 94. 217) Libman, E., A case of pulmonary stenosis due to ulcera-

- tive endocarditis of aortic valve. Proceed. of the New York pathol. Soc. p. 247.
- 218) Licci, Polidoro, L'emottisi di origine cardiaca, studio clinico. Clinica medica italiana. XXVII. 219) Lie, H. P., Et tilfælde af ruptur cordis. Med. revue 7 oct. 8.
- 220) Лиядемант, В. О растройствах дѣятельности сердца при жировомъ перерожденіи миокардіа. Русск. Арх. Патол. т. XII, вып. 1. 221) Litten, M. О травматическомъ эндокардитѣ. Лекція. Клинич. Журн. № 3, стр. 229. Его-же, Fall von Pancarditis. Verein f. inn. Med. Berlin 29. April, Deutsche med. Wochenschs Vereinsbeilage № 20, p. 157. 222) Livierato, P. E., *Περὶ τῶν αἰτίων τοῦ καρδιακοῦ παλμοῦ καὶ τῶν διαφορῶν περὶ τοῦτον θεωριῶν* О причинахъ сердцебіенія и теоріи для объясненія этого явленія. *Ἱατρικὸς Μηνύτωρ Ἀθῆναις*, А', 102—103. 223) Lochte, Herzmiasbildung von einem Foetus. Münch. med. Woch. № 53, стр. 2446. 224) Lohsse H., Ein Fall von hochgradiger Lungenschrumpfung. Münch. med. Woch. № 34, стр. 1345. 225) De Luca, Benedetto. Studio clinico sulla cardiopiosi. Rif. med. XVII, 157, 158. 226) Mac Brayer L. B., Valvular lesions of the heart. Charlotte (N. C.) M. J. XVIII. 95. 227) Madia E. Traumatismi del cuore dal punto di vista medicolegale. Ann. di Med. nav. Roma, II, 249.
- 228) Mainzer, О предсказаніи при порокахъ сердца. Больн. Газ. Боткина № 36, стр. 1493. 229) Malaisé Zur Kenntniss der spontanen Ruptur des Herzens und d. Coronargefässe. Münch. med. Woch. № 38, стр. 1500. Inaug. Diss. München 1900.
- 230) Mamulea, J., Asupra unui caz de endocardita vedelanta cu serodiagnostic pozitiv. Spitalul. Bucuresei, XXI. 25. 231) Manges Morris. The causes of failure of compensation in diseases of the heart. Nashville, J. M. A. S. LXXXIX. 112—121; Medical Record. February 16. 232) Marfan Les lésions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte dans l'enfance. Semaine med. Paris. XXI. 97. Его-же L'endocardite aiguë et l'insuffisance mitrale chez l'enfant, Bull. med. Paris XV, 201—206. Его-же La symphyse cardiaque et l'asystolie chez l'enfant. Bull. med. Paris. XV. 361.
- 233) Martius, F., Methodologie als Einleitung in d. Lehre v. d. Herzkrankheiten, Deutsche Klin. IV. p. 1. 234) Masoin P., Bradycardie par compression du nerf pneumogastrique droit; autopsie. Bull. Acad. Roy. de Med. de Belg., Brux. 45., XV, 386.
- 235) Maucclairе. Les plaies du coeur et du pericarde. Indépend., med. Paris, VII, 9., 73. 236) Mayet Lucien, Endocardite chronique avec rétrécissement mitral et endocardite aiguë végétante latente; gangrène de la jambe gauche par embolie; bronchite grippale (?) capillarisée. Lyon med. XCVI p. 590 Avril 21. 237) Meinertz, Ein ungewöhnlicher Fall von angeborener Missbildung des Herzens. Virch. Arch. Bd. CLXVI, H. 3, p. 385. 238) Mendelsohn, Martin, Die Erholung als Maass d. Herzfunction, Verhand. d. 19 Congr. f. innere Med. p. 200.—Philad. med. Journ. VIII, 11 p. 449. Sept. 239) Mensi E., Sulle cardiopatie infantili. Gazz. med. di Torino, LII. 306, 327, 350. 240) Merkel J. Сифилистическій эндокардитъ. Münch. med. Woch. № 21, стр. 857. 241) Merklen Pierre, Signification clinique et patho-

- gèneque de l'arythmie dans la myocardite chronique. XIII Congr. intern. de Med., Compt. rend. 590. Ero-же Tachycardie paroxystique essentielle chez l'enfant. Bull. et Mém. Soc. med. d. Hôp. de Paris. XVIII, 465—468. 242) Merklen (Pierre) et Rabé (M.), La myocardite parenchymateuse d'origine rhumatismale. Presse med. Paris I. 87. 243) Meunier, Louis Etude sur l'endocardite infectieuse d'origine annexielle chronique. Paris, L. Boyer, 1901, 8°, n° 627, 51 p. 244) Mey, E., Ueber angeb. Herzfehler. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVIII, 46. 245) Michaelis und Jacob, Endocarditis ulcerosa gonorrhoeica aortica. Centralbl. f. klin. Med. № 31, стр. 760. 246) Michel, случай сложного порока сердца. Ср. Архив. № 2 реф. Centralbl. f. inn. Med. № 31, стр. 746. 247) Minkewsky, Stenose der Aorta an der Einmündungsstelle des Ductus Botalli. Münch. med. Woch. № 33, стр. 1335. 248) Мяроновъ В. В. Сифилис сердца. Общій очеркъ. Врач. Газ. № 38. 39 и 40. 249) J. Mitchell Bruce, On diseases and disorders of the heart and arteries in middle and advanced life. The British med. Journ., April 6, p. 818, The Lancet, March 9, p. 692 и March, 23, p. 844. 250) Molenaar, Adolf, Ueber Sklerose der Aorta und ihre Beziehung zu Schrumpfung und Insufficienz der Aortenklappen mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. Jaug.—Dissert. München. 1901 Januar. 251) Monara L. Etiologia, sintomatologia e decorso delle ferite del pericardio e del cuore. Clin. chir. Milano, IX, 127, 213. 252) Monari, Alfredo, Sede e natura dei rumori anemici. Clinica med. di Modena. № 11. 1900. 253) Monks, (E. Hodgkinson), Congenital misplacement of the heart. Brit. med. Journ. Lond. I. 514. 254) Moritz, Ergebnisse d. Orthodiagraphie f. d. Herzperkussion. Verhandl. d. 19 Congr. f. innere Med. p. 524. 255) Morrissey, J. J., A plea for a more rational prognosis in cardiac affections. J. Am. M. Ass. Chicago 1901, XXXVI, 87—91. 256) Moser, A. Tuberculosis of the heart. Med. and surg. reports of the Boston City Hosp. XI, p. 194. 257) Mosse, Demonstration eines Falles von idiopathischer Bathycardie. Verhandl. d. Ver. f. innere Med. zu Berl. 1900—1901, XX, 189. 258) Murray, W. R. Случай перелойнаго воспаления глазницы съ смертельнымъ исходомъ. Реф. Врачъ. № 25, стр. 801. 259) Murri A., Bigeminismo clinico e bigeminismo sperimentale. Riv. crit. di Clin. med., II. 362. 260) Neubürger, Th., Der Zusammenhang d. Sklerose der Kranzarterien des Herzens mit d. Erkrankung seiner Muskulatur. Deutsche med. Wchnschr. XXVII, 24. p. 388. 261) Nicholson, H. O., A note on acute dilatation of the heart. Brit. med. J. Lond. I. 886. Aug. 13. 262) O' Carroll, Joseph, A heart case, frequently tapped. Dubl. Journ. CXI. p. 225. March. 263) Oppel, Wladimir von, Ueber Veränderungen des Myokards unter der Einwirkung von Fremdkörpern. Virchow's Archiv Bd. CLXIV, 3. p. 406. Ero-же. Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen. Arch. f. Klin. Chir. Berl. LXIII. 87—115. 1, Taf. 264) Ott, F., Ein Beitrag zur Casuistik der Kugelthromben des Herzens. Ann. d. Städt. allg. Krankenh. zu München, XI, 185—188. 265) Owen, Jsambard and W. J. Fen-

- ton. A case of extreme dilatation of the left auricle of the heart. Transact. of the clin. Soc. of London, XXXIV p. 183. 266) Paltauf, Richard, Dextrokardie u. Dextroversio cordis. Wien. Klin. Wchnschr. XIV. 42. p. 1032. 267) Parkinson, J. Porter. A case of unusually great dilatation of the heart. Transact. of the clin. Soc. of London, XXXIV p. 221. 268) Pasini, A., Delle alterazioni del miocardio e dei gangli del cuore nella morte tardiva per cloroformo. Clin. med. ital. Milano, XL, 225—237. 269) Paulesco, De la syncope. J. de Méd. interne. Paris, V. 811, 831. 270) Pauli, Wolfgang u. Rud. Kauffmann, Zur Symptomatologie d. stenokardischen Anfalls. Wien. Klin. Rundschau XV, 41. p. 764. 271) Pearce, F. Savary, Heart and circulation in the feeble-minded. American Journ. of med. scienc. p. 691. Ero-же, Heart disease or epilepsy. Proceed. of the Philad. County med. Soc. XXI. 7. p. 267. Nov. 1900. 272) Peithier, J., Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse. Paris. A. Michalon, 8^o, n^o 442. 119 p. Penfold, W. J., Mitral and tricuspid incompetence. J. Ment. Sc. Lond. 1901. n. s. XLVII, 87—95. 274) Peters, Joseph, Ueber einen Fall von Transposition beider Ventrikel mit korrigirter Transposition der grossen Gefässe. Inaug.-Dissert., Giessen 1901, März. 275) Petersson, O. V., Ett fall hjertfel med hyperdilatation afförmaken. Upsala läkarefören. Örbandl. N. F. VII. 1 s. 35. 276) Petrovitch, Quelques cas de guérison des lésions valvulaires constituées. XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend. 627—629. 277) Phillips, Sidney. A case of tachycardia. Transact. of the the clin. Soc. of London. XXXIV. p. 237. 278) Pic, A., et A. Cade Un cas de symphyse du péricarde avec tubercule isolé de l'oreillette droite. Revue de Med. XXI. 6. p. 531. 279) Pick, Alois, Zur Kenntniss der Herzneurosen. Wien. Klin. Rundschau. XV, 41. p. 766. 280) Piessi, Notevole spostamento del cuore da essudato pleuritico. Gazz. degli Osped. XXII. 12. 281) Pollacci, G., Sul rapporto di tempo dei rumori valvolari coi toni del cuore: nota di semiologia. Riforma med. Roma. I. 795. 282) Potain, De la mensuration du coeur par la percussion et par la radiographie. Sem. méd. XXI, 53. Ero-же, De la valeur sémiologique des variations de tembre et d'intensité des bruits anormaux du coeur, influence d'élasticité ventriculaire sur la clôture de la mitrale. Sem. méd. Paris XXI, 17. 283) Potter, N. B., A case of non-traumatic rupture of the heart. Proceed. of the New York pathol. Soc. p. 234. 284) Powell, Richard Douglas, On acute cardiac failure. Lancet. June 29. p. 1811. Brit. med. Journ. June 29. 285) Preble, o перитардурт. Münch. med. Woch, № 35, стр. 1400. 286) Pregowski, Peter, Ueber ein subjectives Symptom b. Pericarditis exsudativa. Münchn. med. Wchnschr. XLVII. 31. p. 1248. 287) Preyss, Fall von Endocarditis luetica. Aerztl. Verein in Hamburg, Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage Nr. 30, p. 235. 288) Prince, Morton, Physiological dilatation and the mitral sphyncter as factors in functional and organic disturbances of the heart. Amer. Journ. of med. Sc. CXXI, 2, p. 188. Febr. 289) Procházka, Fr. O spontannich rupturách srdecnich. Casop. lék. česk. 532,

587. Przetkowski, K., Объ аритмич. Gaz. lek. Warszawa 1901. XXI, 361—368.
- 291) Raunzier, G., Association hystéro-organique: angine de poitrine au cours d'une cardiopathie aortique. Nouveau Montpellier médical. № 18. 292) Raymond, P., L'hérédité dans les maladies du coeur. Bull. med. Paris. 1901. XV. 325—328.
- 293) Reichel, O., Ein Fall von Isthmusstenose der Aorta. Allg. Wien. med. Ztg., XLVI, 268. 294) Reichmann, Ed., Zur Grössenbestimmung innerer Organe. Deutsche med. Wehnschr. XXVII, 46. 14 Ноябрь. 295) Reinsberg, Rhabdomyoma сердца. Больн. Газ. Вокенна № 38, стр. 1573. 296) Rendu H., La tachykardie essentielle. J. de Med. interne. Paris, V. 835—839. 297) Revilliod, L., Une forme clinique d'endocardite aiguë infectieuse maligne primitive (Febris pallida) Revue med. de la Suisse rom. XXI. 9. p. 501 Sept. 298) Riesman, David, Primary tuberculosis of the pericardium. Proceed. of the. pathol. Soc. of Philad. N. S. IV. 9. p. 205. July. Americ Journ of the medic. Sciences p. 6. 299) Rivero P. G., Pericarditis hemorrhagica del bucy. Contribucion à su etiologia. An. de San. mil., Buenos-Aires, III 52—62. 300) Rocher L. Artérite coronarienne droite; angine de poitrine; mort. J. de Med. de Bordeaux. XXXI, 116. 301) Rochester, Delancey, о воспалении внутресеция. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 15 Дек. 1900, реф. Врачъ, № 4, стр. 124. 302) Rohmer, Ueber Knochenbildung in verkaltten endocarditischen und endarteriitischen Heerden. Virch. Arch. Bd. CLXVI, H. 1, p. 13. 303) Rokitan sky v., Angina pectoris. Allg. Wien. med. Ztg., стр. 233, 245, 255, 267. 304) Romme, Les cardiopathie chez l'enfant. Gaz. hebdom. XLVIII, 68. 305) Roudot, E., Valeur sémiologique de l'absence du reflux hépato-jugulaire dans les épanchements du péricarde. XIII-тз Congr. internat. de Med., Compt. rend., 613. 306) Rose, Ulrich, Ueber paroxysmale Tachykardie. Berl. Klin. Wehnschr. № 27. 28. стр. 713 и 744. 307) Rosenbach, O., Ueber lokalisierte Stauungen u. Ergüsse b. Herzkranken, nebst Bemerkungen zur funktionellen Diagnostik d. Uebergangsformen von Exsudat u. Transsudat. Münch. med. Wehnschr. 14. стр. 534. 308) Rosenfeld Georg, Ueber d. Herzverfettung d. Menschen. Centralbl. f. innere Med. XXII, 6. стр. 145. 309) Rosenstein, P. Ueber Knorpel und Knochenbildung in Herzklappen, Virchow's Arch. B. 162, H. 1. 310) Rouget, J., Lésion congenitale du coeur sans troubles fonctionnels chez un jeune soldat. Arch. de Med. et Pharm. mil. 1. p. 67, Janv. 1901. 311) Rovie, George A., and John Findley, 3 cases of rupture of the left ventricle. Brit. med. Journ. Nov. 23. 312) Rummo, G., Cardiopometria, cardio-volumetrie, cardio-statique. XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend., 594. Ер-же. Sur la cardiopetese. XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend., 595. 313) Rumpf, Th., Ueber einige Störungen d. Herzfunktion, welche nicht durch organ. Erkrankungen bedingt sind. Deutsche med. Wehnschr. XXVII, 31. p. 517. 314) Russel, Albert E., Report of 3 cases of malignant endo-carditis: one following measles, another typhoid fever in a child and simulating splenic lymphatic leukaemia, and another terminating in recovery. New York med. Record LIX,

16. p. 608. April.—Proceed. of the Philad. County med. Soc. N. S. III. 1. p. 26.
- 315) Sarda J. H. Un cas d'anévrysme partie du cœur. Echo méd. Toulouse, XV, 237.
- 316) Satterthwaite, T. E., Fatty degeneration of the heart. Med. News. N.—J., LXXVIII 165. Февраль. Ero-же, Notes on some affections of the heart substance, with illustrative cases. Post-Graduate, N.—J., XVI, 25—40.
- 317) Saxer, 1) Riss des Herzbentels. 2) Verstopfung der Ostien beider Kranzarterien. Münch. med. Woch. № 9 стр. 365.
- 318) Scheglmann, Albert, Ueber 2 Fälle von angeborenen Defekt im Septum ventriculorum, kombinirt mit hochgradiger Stenose der Lungenarterie. Inaug.—Dissert. München.
- 319) Schlagenhauer, F., Ein Fall von Influenza-Endocarditis der Aortenklappen und des offenen Ductus Botalli. Ztschr. f. Heilk. u. F. II, Abth. F. 19—28.
- 320) Schlesier, Zur Aetiologie der acuten Myocarditis. Münch. med. Woch. № 23, стр. 950.
- 321) Schmidt, A., Beiträge zur Kenntniss der Herzneurosen. Deutsche med. Wochenschr. № 16, стр. 241.
- 322) Schmidt, R., Ueber klinische Beobachtung der Anspannungszeit auf Grund der Spitzenstoss—Pulsretardation und ihre Bedeutung für die Diagnose der Mitralklappeninsuffizienz. Ztschr. f. Heilk. u. F., II, 45—77, 1 Curve.
- 323) Schnech, Das Bronchialasthma und seine Folgen für das Herz. Monatsschr. f. Ohrenh., XXV, 181.
- 324) Schrötter, Herm. von, Ueber eine bisher nicht beobachtete Ursache einseit. Recurrens—Lähmung, zugleich ein Beitrag zur Symptomatol. u. Diagnose des offenen Ductus Botalli. Zeitschr. f. Klin. Med. XLIII, 1 u. 2, стр. 160.
- 325) Schünemann H. Ein Fall von Pericarditis und Mediastinitis syphilitica. Allg. med. Centr.-Ztg. стр. 585.
- 326) Sears, George G., Pericarditis with effusion. Boston. med. and surg Journ. CXLIII, 24 p. 595. Dec. 1900.
- 327) Seiffert. Ueber congenitale Rhabdomyome des Herzens. Verhandl. d. deutsch. path. Gessellsch. Berl. III, 64, 1 Abb.
- 328) Senator, H., Bemerkungen zur Diagnose d. Herzkrankheiten. Fortschr. d. Med. XIX, 13, p. 261. Ero-же. Ueber einen Fall von geheilter Aorteninsuffizienz. Ther. d. Gegenw. N. F. III. 6. p. 241.
- 329) Shaw, Lauriston, E., A case of aortic regurgitation apparently due to rupture of a healthy valve. Transact. of the clin. Soc. of London XXXIV p. 220.
- 330) Сиверцевъ Д. И. Случай situs viscerum inversus — Военно-Медич. Журн. Апрель.
- 331) Sievers, R., Fall af pneumopericardium.—Finska Läkaresällsk. handl. XLIII, 1. S. 31.—Berl. Klin. Wehnschr. XXXVIII, 12. стр. 308.
- 332) Silvestrini R., Il miocardio nelle infezioni, intossicazioni e avvelenamenti: (rivista critica).—Riv. crit. di Clin. med., Firenze, II. 225.
- 333) Simmonds, Primäre Herzgeschwulst, Münch. med. Woch. № 16, стр. 648. Ero-же, Ueber Hirnblutung b. verruköser Endokarditis. Deutsche med. Wehnschr. XXVII, 22, стр. 353.
- 334) Smith, A., Die Funktionsprüfung d. Herzens u. sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte. Verhandl. d. 19 Congr. f. innere Med. p. 167.
- 335) Solis-Cohen, S., The relative importance of valvular and muscular lesions in diseases of the heart. J. Am. M. Ass., Chicago, XXXVI, 80—84.
- 336) Solomon, Leon L., Mitral regurgitation produced by the efforts at resuscitation in a partially asphy-

- riated newborn babe. Amer. Pract. and News XXXII, 2. p. 53. July. 337) v. Starck Ein Fall von einfachem Defect des Ventrikelseptams. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 68. Stengel, Alfred, Right-sided cardiac hydrothorax. Univers. of Pennsylv, med. Bull. XIV. 4. p. 103. June. 339) Sterling Wacław. Diffusni sarkom srđec, ledvin a prostaty. Gaz. lekarska, стр. 731. 340) Steven, John Lindsay, On mitral disease. Lancet, Aug. 10. 341) Stiassny, Sigmund, Ein Fall von angeb. Myocarditis fibrosa. Centr.—Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XII, 10 p. 417. 342) Stille, George F., Observations on suppurative pericarditis in children. Brit. med. Journ. Sept. 7. 343) Stillman, Edgar S., Acute ulcerative endocarditis. Albany med. Ann. XXII. 9. p. 487 Sept. 344) Стражеско П. Д., Къ вопросу о ложномъ циррозѣ печени. Описаніе одного случая съ патологомикроскопическимъ изслѣдованіемъ. Рус. Арх. пат. 1901, ноябрь, стр. 491. 345) Strassmann, F., Zur Lehre von den Klappenzerreissungen durch äussere Gewalt. Ztschr. f. Klin. Med. XLII. 5 u. 6. p. 347. 346) Strauss, Diagnose einer Mitralstenose intra vitam, trotz fehlender Herzgeräusche. Verhandl. der Ver. f. innere Med. zu Berl. 1900—1901, XX, 310—313. Deutsche med. Woch. Ver—B., 17. 347) Struppeler, Th. Ueber den physicalischen Befund und die neueren klinischen Hilfsmittel bei der Diagnose Zwerchfellhernie. Deut. Arch. f. klin. Med. t. 70, стр. 1. 348) Swift (Geo Montague) The care of children with mitral lesions. Arch. Pediat. N.—J., XVIII, 108—117. 349) Syers H. W., The position in which the regurgitant aortic murmur is most clearly audible at the base of the heart. Brit. M. J. 1335—1336. 350) Szabo, A. Брадикардія въ послѣродовомъ періодѣ. Centralbl. f. gynäkol. № 43; реф. Болш. Газ. № 50, стр. 2035. 351) Tanton, Péricardite et myocardite. Plaque ossiforme volumineuse dans la coeur. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris № 4. 352) Tate, R. W., A case of endocarditis, terminating in embolism of the cerebral, pulmonary and external iliac artery. Memphis M. Month. 198. 353) Tautz, Kurt, Zur Kenntniss d. Blutbefundes b. congenitaler Pulmonalstenose. Fortschr. d. Med. XIX. 34. p. 4005. 354) Taylor J. M., a Pearce F. S., Heart and circulation in the feeble-minded. A clinical and statistical study. Am. J. M. Sc., Phila, CXXI, 691. 355) Taylor, S., A case of ruptured aortic valve. Polyclinic, Lond., VI, 182. 356) Tedeschi, Ancora sui tumori del cuore. Rif. med. № 243—245. 357) Teissier. Changements de volume de l'oreillette droite appréciés par la percussion thoracique en arrière (matité paravertébrale droite) Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris 3 S., XVIII, 237, 4 fig., Lyon med, 335. 358) Thayer, William Sydney, Frequency and diagnosis of the flint murmur in aortic insufficiency. Amer. Journ. of med. Sc. CXXII, 6 p. 538. Nov. 359) Thomas I. I. and Hebbard C. M. Heart failure in diphtheria. Med. and Surg. reports of the Bost. city Hospit. Vol. XI, p. 204. 360) Thomson, J., Case of apparent recovery from a congenital abnormality of the heart. (? Patent ductus arteriosus.) Arch. Pediat. N.—J., XVIII, 193—194. 361) Thue, Kr., m endokardit

- (Diskussion). Norsk Mag. f. Lægevidensk. 4 R. XVI. 12 Forh. S. 153. 362) Тяка-
надзе, Е. И. Случай приобретеннаго суженія легочной артеріи. Клинич. Жур-
наль, т. 5, стр. 240. 363) Тритшель, случай тахикардіи. Врачъ, № 15, стр. 485.
364) Tschawoff, Ein Fall von Verdoppelung d. Herzklappe. Verein Beil. d. Deut-
sche med. Wehnschr. № 4, стр. 26. 365) Tucci, Giuseppe, Ancora sull'aritmia
cardiaca. Gazz. internaz. di Med. IV. 3. 366) Türk, Wilhelm, Beiträge zur Dia-
gnostik d. Concretio pericardii u. d. Tricuspidalfehler. Wien. Klin. Wehnschr. XIV,
37. 39. 40. 367) Tyson, James, A further report on a case of presystolic mur-
mur associated with pregnancy. Philad. med. Journ. VII. 20 p. 965. May. 368) Vet-
ter, W. I. Случай обратнаго положенія внутренностей. Weekblad van het Neder-
landsch Tydschrift voor Geneeskunde, № 19. Münch. med. Woch. № 29, стр. 1190.
369) Vigot. Plaie du coeur. Année méd. de Cuen. XXVI, 69. 370) Voss, G., von.,
Ueber eine beson. Form d. Stenokardie (Pseudostenocardia rheumatica) Deutsche med.
Wehnschr. XXVII, 40. стр. 692. 371) Wadsworth, W. S. and W. F. Hendri-
ckson, Tuberculosis of the heart. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. IV.
9. p. 218. July. 372) Wagner, George W., Endocarditis, diagnosis and prognosis.
Physic. and Surg. XXIII, 3. p. 422. March. 373) Walbaum, Ein interessanter Fall
von erworbener Dextrokardie. Deutsche med. Wehnschr. XXVII. 38. p. 653. 374) Wal-
sham, H., Is the murmur of mitral stenosis systolic or presystolic in rhythm? Lan-
cet, 18 мая, стр. 1393. Кроме и Beale Cl. The value of skiagraphie in the diag-
nosis of chest disease. The Lancet 1, янв. 49. 376) Wardro Griffith, Re-
marks on aneurysm of the coronary arteries of the heart. The British med. Journ
Feb. 2, p. 266. 377) Wassermann, M., Ein durch Gelingen d. Reincultur bewie-
sener Fall von Endocarditis gonorrhoeica. Münchn. med. Wehnschr. XLVIII, 8. p. 293.
378) Wells H. G. The pathology of active tuberculosis of the pericardium. J. Am.
M. Ass. Chicago, стр. 1451. 379) Wertheimer u. Gaudier, Die P'influence du
cordon cervical du sympathique sur la fréquence des mouvements du coeur chez
l'homme. L'Écho méd. Nr. 8, p. 89. 380) Whitehead, H. E. and H. W. Syers.
A case of ulcerative endocarditis with recovery. The Brit. med. Journ. Nov. 2,
381) Wilkin, G. Griffith, A case of rheumatic endocarditis. Brit. med. Journ.
Oct 12. 382) Wilson, James C., Practical thoughts on diseases of the heart.
Physic. and Surg. XXIII. 10 p. 462 Oct. 383) Wilson, T. Stacey, On the dias-
tolic cardiac sound which causes spurious reduplication of the second sound at the
apex, and is sometimes called the third sound of the heart. Transact. of the clin.
Soc. of London XXXIV. p. 10. 384) Wilson, R. J., A report of 2 cases of gono-
coccal endocarditis. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. I. 4. p. 97. May.
385. Wood, F. C., Pneumococcus trienspid endocarditis. Proceed. of the New York
pathol. Soc. N. S. I. 3. p. 82. Aug. 386) Wyman H. G. Surgery of the pericar-
dium. Cincin. Lancet-Clinic. n. s. XLVI, 193. 387) Флеровъ, А. М. О травматич-

ческих разрывах сердца. Мед. Обзор. т. 55, стр. 352. 388) Young, G. H., The means of arresting acute endocarditis. Brit. med. Journ. Oct. 26. p. 1267. 389) Zeri, Agenor, Nota storico-critica intorno le direttrici dei rumori originanti dalla lesione della valvola mitrale. Policlin. VII. 37. p. 4153. 390) Zuppinger, Ueber Herztod bei anscheidend bedeutungslosen oberflächlichen Geschwürsprocessen. Wien. klin. Woch. № 34, стр. 799. 391) Zydłowicz, W., Ein Fall von geheilter Syphilis des Herzens. Klin. therap. Wochenschr. № 1, стр. 8. 392) Цирульскій, случай опущения печени и сердца. Врачъ, № 51, стр. 1604. 393) Шацко, Г. А. Обь относительномъ суженіи отверстій сердца. Тозъ, посвященный проф. Н. В. Склифасовскому. 394) Шапошниковъ, Б. М. О ранахъ сердца. Врачъ, № 39, стр. 1210. 395) Шарпъ С. I. Сифилитическій порокъ сердца и его излечимость. Мед. Обзор. т. 55, стр. 811. 396) Шиловецъ, Н. И. Случай суженія coni pulmonalis сифилитическаго происхожденія. Больн. Газ. Боткина № 32, стр. 1289. 397) Шулениновъ, С. П. Случай полного врожденнаго дефекта сердечной сумки. Больн. Газ. Боткина № 52, стр. 2089. 398) Эккертъ, А. Ф. Относительная недостаточность трехворчатой заслонки. Врачъ, № 41 и 42.

3. С о с у д ы.

399) Adler, Ueber angeb. Gefässmuskelschwäche.—Fortschr. d. Med. XIX. 16, p. 370. 400) Atkinson, J. L., Report of 2 cases of aneurism. Amer. Pract. and News, XXXII. 7. 263. Oct. 401) Aubertin, Anévrysme de l'aorte ouvert dans le pericarde. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris. 6 s. III. 84. 402) Aubry, Justin Contribution à l'étude de l'aortite blennorrhagique. Paris. L. Boyer. 403) Bacelli Guido. Aneurisma ampollare dell'aorta ascendente nel tratto estrapericardico. Gazz. degli Osped. XXII. 96. 99. Бро-же, Differentialdiagnose zwischen Aneurysma aortae und Aneurysma coeliacae. Med. Woche, Berlin. 1901. I. 251. 404) Bandel, Durchbruch eines tuberculösen Bronchialgeschwürs in einen Hauptast der Arteria pulmonalis, Münch. med. Woch. № 9 стр. 367. 405) Barr, J., The so-called pulsus paradoxus. Liverpool Med—Chir. J., 31—33. 2 curves. 406) v. Basch, Eine neue Modification der Pelotte meines Sphygmomanometers. Wien. med. Wochenschrift Nr. 44, S. 2052. 407) Becvor, H., Two cases of general venous engorgement. Clin. J., Lond., XVIII, 14—15. 408) Beibéze, R. Случай прободенія нижней полой вены при брюшномъ тифъ. La Loire méd. 15 февр. Реф. Врачъ, № 14, стр. 438. 409) Berkley, Henry J., Specific degenerations of the cortical arteries. Johns Hopkins Hosp. Rep. IX. p. 231. 1900. 410) Bigi, Guido, Ricerehe sul cardiogramma. Gazzetta med. Lombarda. S. 355. 411) Bishop, Louis Faugeres, The early recognition and management of arterial degeneration. Philad. med. Journ. VIII. 22. p. 962. Nov. 412) Bommer, Max, Ueber offenen Ductus arteriosus Botalli. Inaug.-Dissert. Freiburg. 418) Bonnet, L. M., Pathogénie des aneurysmes de l'aorta. Gaz.

des Hôp. 141 стр. 1353. 414) Borgen, Et tilfælde af aneurismadannelse i aorta pulmonalis ved tuberculosis pulmonum. Norsk. Mag. f. Lægevidensk 4 B. XVI. 5 Forh. S. 37. 415) Borst, M., Seltene Ausgänge von Aortenaneurysmen. Sitz-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 14, 24 Berl. Klin. Woch. 4 Mapra, стр. 243. 416) Bouveret, L., Sur le pronostic de l'artériosclérose (néphrite interstitielle) Lyon. med. XCVII, p. 569. 605. Oct 27; Nov. 3. Wien. med. Blätter № 47. 417) Brion, A. Multiple intrahepatische Aneurismen der Leberarterie mit Durchbruch in die Gallenwege. Deut. Aerzte-Zeit. № 18. 418) Brüning, Hermann, Untersuchungen über d. Vorkommen d. Angiosklerose im Lungenkreislauf. Beitr. zur pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXX. 3. p. 437, 457. 419) Bryant, J. H., A case of calcification of the arteries and obliterative endarteritis, associated with hydronephrosis, in a child aged six months. Clinical Transact. стр. 10. 220) Bucco M., Aneurisma dell'aorta ascendente. Nuova Riv. clin.—terap., Napoli, IV. 1. 421) Bühner C., Ueber zwei Fälle von Embolie der Aorta abdominalis. Münch. med. Wochenschr. № 15, стр. 588. 422) Буйневичъ, К. А. Случай незакрытія Боталлова протока и сообщенія между легочною артерією и вневизмою аорты. Мед. Обзор. Іюнь. 423) Bunge. Патология и терапия гангрены конечностей, послѣдствіе суженія просвѣта сосудовъ. Arch. f. Chirurg. т. 63, кн. 3, реф. Болън. Газ. Ботъ. № 40, стр. 1643. 424) Burckhardt, Untersuchungen über Blutdruck und Puls bei tuberculösen in Davos. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. LXX, S. 236. 425) Burke, Joseph, Ueber angeb. Enge d. Aortensystems. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. LXXI, p. 189. 426) Bushnell, F., Paroxysmal dispnoea in aneurysm of the arch of the aorta. Brit. med. Journ. Dec. 7. p. 1661. 427) Busse, Ueber Fettembolie Aetztliche Sachverständigen-Zeitung. № 19. 428) Caddy, Adrian, Note on a case of ruptured inferior vena cava; vitality after severe injury. Lancet May 25 p. 1465. 429) Campbell, Harry, Arterial hypertonus and arteriosclerosis. Lancet. June 8 p. 1627. Еро-же, Aortic aneurysm in a man aged 62. Policlinic Lond. IV. 258. 430) Carli A., Per la casistica degli aneurismi dell'aorta abdominale. Clin. med. Pisa, VII, 10—11. 431) Carter, H. S., Dissecting aneurism of the aorta. Proceed. of the New York pathol. Soc. p. 233. 432) Castronovo, G., Il ritardo del polso, nelle cardiopatie. Nuova Riv. clin.-terap. Napoli 1901, IV, 232. 433) Chappet. V. et Gallavardin L. Rupture intra-péricardique de l'aorte due à la formation d'une caverne pariétale non athéromateuse et précédée de la dissection d'un manchon interne complet. Considérations sur les ruptures de l'aorte. Arch. gén. de Méd. Paris, n. S. V, 689—716, 2 fig. Tome V, 187-e volume. 434) Chauffard, Sur un cas d'anévrysme de l'aorte. Journ. de méd. Octob. 10. 435) Ciauri R., Meccanismo di produzione del doppio soffio crurale; un caso di nefrite diplococcica post-anginosa con diplococcemia; le iniezioni di gelatina; rivista critica. Riforma med., Roma, L 337. 436) Clarkson, George A., A case of thrombosis in a cystic dilatation of the saphena vein. Lan-

cat Nov. 9. p. 1264. 437) Combemale F., Artério-sclérose. Écho méd. du Nord. V. 6. 438) Cominotti, V., Aneurysma d. aufsteigenden Aorta mit Durchbruch in d. obere Hohlvene. Wien. Klin. Wchnschr. XIV, 36. S. 843. 439) Conner Lewis A., Report of a case of abdominal aneurism rupturing into the right pleural cavity. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. I. 4. p. 100. May. 440) Coplin, W. M. L., and L. H. Prince. Cancer thrombosis in branch of hepatic vein with infiltration of wall. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. V. 2. p. 53. Dec. 441) Cruchaudéau, Aorte oblitérée au niveau de sa bifurcation. Bull. et Mem. Soc. anat. de Paris. 6 S., III, 120. 442) Гуревичъ, Н. Н. случай рака пищевода съ послѣдовательнымъ прободеніемъ аорты. Врачъ, № 3, стр. 96. 443) Deneke, Aneurysma der Aorta descendens. Münch. med. Woch. № 51, стр. 2056. 444) Дибайловъ С. И. Случай отсутствія пульса на правой лучевой артеріи. Врачъ. Газ. № 45. 445) Dopter, Ch., Sur un cas de compression de la veine cave supérieure par une ectasie aortique d'origine syphilitique. Guérison. Diagnostic radiographique. Revue de médecine. Tome XX. 1900. 446) D'Urso, Gaspare, Osservazioni anatomiche e cliniche sopra aneurismi degli aorti. Policlin. VIII, 5. p. 201. 447) Edes, Robert T., Slow pulse with special reference to Stokes-Adam's disease. Philad. med. Journ. VIII, 7. S. 9. 10. p. 264. 319. 367. 408. Aug. Sept. 448) Ewald, C. A., Demonstration eines unter d. Bilde eines Mediastinaltumors verlaufenen Aortenaneurysmas. Berl. Klin. Wchnschr. 8. стр. 208. 449) Fabris, A., Experiment. Untersuchungen über d. Pathogenese d. Aneurysmen. Virchow's Arch. CLXV. 3 p. 439. 450) Fast, Ernst, Ein bemerkenswerther Fall von Aneurysma dissecans aortae abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. 13. p. 202. 451) Favre Jean, Quelques considerations sur la pathogénie des phlébites, en particulier de la phlegmasia alba dolens. Travail de laboratoire de Médecine expérimentale de l'École des Hautes Études (Collège de France) Paris. 452) Federn, S. Blutdruck bei Influenza. Münch. med. Woch. № 21, стр. 861. 453) Ferris L. e Bosio E., Sul meccanismo di produzione del doppio soffio crurale (fenomeno di Durosiez) Riv. crit. di Clin. med. Firenze II. 61. Мхз-же, Ueber den Entstehungsmechanismus des doppelten Cruralgeräusches. Clin. ther. Wochenschr. VIII, 305—339. 454) Fisher, Theodore, The diagnosis of communication of an aneurysm of the aorta with the pulmonary artery. Brit. med. Journ. Jan. 12. p. 119. Еро-же, 4 cases of primary thrombosis of cerebral veins and sinuses in children. Brit. med. Journ. July 6. Еро-же, A dilated superficial abdominal vein with a suggestive history. Lancet Sept. 28. 455) Flörsheim, Ueber einen Fall von Aortenruptur. Deutsche med. Wchnschr. Ver-Beil. № 2, стр. 9. 456) Francke, K. Ein neuer Blutdruckmesser mit Pulsschreiber und Armauflage. Verh. d. Congr. f. inn. Med. p. 554. 457) Francke, Carl, Arteriell-venöses Aneurysma. Inaugural-diss. Erlangen. 1900. 458) O. Frank, Einfluss der Häufigkeit der Herzschläge auf den Blutdruck. Zeitschr. f. Biologie Bd. XLI, H. 1, p. 1. 459) v. Franqué, Endarteriitis obliterans der Placentarzotten bei lebendem Kinde. Zeitschr. f. Ge-

burtsh. u. Gynäkol. Bd. XLVI, H. 1, p. 33, 460) Frick, H., Ueber objektiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen am Rumpfe b. Aneurysma aortae. Wien. Klin. Wehnschr. XIV, 25. p. 612. 461) Fussell, M. H., Aneurysm of the abdominal aorta; recent endocarditis. Proceed. of the pathol. Soc. of Phylad. N. S. IV. 3. p. 59. Jan. 462) Gabriel, Gustav, Zur Diagnose d. Aneurysma d. Arteria mesaraica. Wien. Klin. Wehnschr. XIV. 43. p. 1051. 463) Gallaudet, Bern B., Thoracic aneurysma. Amer. Journ. of med. Sc. CXXI. 5. p. 539. May. Разсказывается объ аневризмѣ грудной части лѣвой сонной артерій у 39 л. субъекта, который 16 лѣтъ тому назадъ получилъ выстрѣлъ въ лѣвую сторону шеи. За перевязкою art. carotidis воспослѣдовало вѣнное кровотечение, отъ котораго больной сгубъ. 464) Gallavardin, Louis, Embolies et thromboses des vaisseaux mésentériques (oblitération des artères mesentériques et thrombophlébites mésaraïques). Gaz. des Hôp. 82, 97, 100. 465) Le Gendre P., Anévrisme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique. Léger retrécissement avec insuffisance de l'orifice mitral. Rétrécissement fonctionnel de l'artère pulmonaire comprimée par le sac. Mort subite par rupture du sac dans le péricarde (présentation de pièces anatomiques) Bull. et Mem. Soc. med. d. Hôp. de Paris. 303—306. 466) Gerhard, C., (Strassburg) Ueber d. Puls d. Aortenbogens u. d. Truncus anonymus. Char. Ann. XXV. p. 67. 1900. 467) Gerhardt, (Berlin) Ueber Aortenaneurysma. Ges. d. Charité-Aerzte. Berlin, 10. Jan. ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, p. 156. 468) Goldflam, S. Weiteres über das intermittirende Hinken. Neurolog. Centralbl. № 5. 469) Gouraud et Roche, J., Anévrysmes multiples de l'aorte thoracique. Double ouverture de l'une des poches dans l'oesophage. Bull. et Mem. Soc. anat. de Paris, 6 s. III, 116—120, 1 fig. 470) Grön, Kr., Aortaaneurisme. Norsk. Mag. f. Lægevidensk. 4 R. XVI. 1 Forh. S. 238. 471) Grote, Die Varietäten der Art. temporalis superficialis. Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. III, H. 1. 472) Grünbaum, Die Methodik der Pulszählung. Centralbl. f. inn. Med. Nr. 47, p. 1135. 473) Grünbaum u. Amson, Ueber die Beziehungen der Muskelarbeit zur Pulsfrequenz. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. LXXI, H. 6, p. 539. 474) Grünberg, J., Ueber Pulscurven und deren diagnostischen Werth bei Herzfehlern und Gefässerkrankungen. St Petersburg. med. Wehnschr. № 8, стр. 69. 475) Guinon, L., Thrombose double de l'artère pulmonaire. Bull. Soc. de Paris. III. 191—193. 476) Hagelstam, Om intermitterande haltningelaudication intermittente—sasom symptom af arterioskleros. Finska läkarsällsk. handl. XLIII 2. S. 107. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. 1 u 2, стр. 65. 477) Haig, Alexander, The capillary reflux and what we learn by observing it. Edinburgh med. journal. № 11. 478) Hampeln, P., Ueber Aortenaneurysmen u. Mediastinaltumoren. Ztschr. f. Klin. Med. XLII, стр. 227. 479) Harbitz, Francis, Et tilfælde af «helbredet» dissekerende aneurisma aortae af usådanling udvikling.—Norsk Mag. f. Lægevidensk. 4 R. XVI, 3. S. 249. 480) Hay, John, Rever-

- sed pulsus paradoxus due to aneurysm of the aortic arch. *Lancet*. April 27, 1895. 481) Heickmann, Hermann, Ein Fall von Thrombose der Vena cava superior. Inaugural—Diss. Kiel. 482) Heidemann, Die Thrombose im Wochenbett. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. XIII, H. 4. p. 441. 483) Heine, Ein Fall von Blutung aus d. Carotis interna in Folge von Cholesteatom. *Berl. Klin. Wchnschr.* XXXVIII, 23. 484) Heitler, M., Ueber reflektor. Pulserregung. *Centr.-Bl. f. innere Med.* 11 p. 265. 485) Henssen, Ein Aneurysma d. Bauchaorta im Anschluss an einen tuberkulösen perityphlit. Abscess. *Ztschr. f. Tnh. u. Heilst.* I. 6. p. 464. 486) Herrick, F. C., Aortic aneurism. *Cleveland J. M.* VI, 127—128. 487) Heydenreich, Hermann, Ein Fall von Aortitis luetica: Inaug.—Dissert., München. 488) Higier, о перемежающейся хромотѣ *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* т. 19, терп. 5—6, реф. *Врачъ*, № 40, стр. 1234. 489) Hinds, Frank, Laceration of the inferior vena cava; death after 4 hours. *Brit. med. Journ.* Aug. 24. p. 475. 490) Hirsch, G. von, Ueber d. Abnormitäten d. Pulsfrequenz u. d. Rhythmus, deren Bedeutung u. Behandlung. *Verhandl. d. 19 Congress. f. innere Med.* p. 612. 491) Hirsch, Karl, Vergleichende Blutdruckmessungen mit d. Sphygmomanometer von Basch u. d. Tonometer von Gärtner. *Deutsche Arch. f. Klin. Med.* LXX. p. 219. 492) Hirtz E., et Hannequin, Hérédité veineuse. Phlébites familiales. *Bull. med. Paris.* XV. 389. 493) Hödlmoser, C., Beitrag zur Symptomatologie u. Diagnose der in d. Pulmonalis perforirenden Aneurysmen d. Aorta ascendens. *Ztschr. f. Klin. Med.* XLII, p. 251. 494) Holland (C. Thurstan). X-ray photograph of thoracic aneurism. *Liverpool M.—Chir. J.*, XXI, 92—94. 1 fig. 495) Holst, Peter, F., Et tilfælde af infektiøs aortit med aneurysmedannelse.—*Norsk Mag. f. Lægevidensk.* 4 R. XVI, 4. s. 422. 496) Howell, William, H., A critical note upon clinical methods of measuring blood pressure. *Boston med. and. surg. Journ.* CXLV. 6 p. 146. Aug. 497) Huchard, H., Nevralgies et anévrysmes latents de l'aorte. *Bull. de l'Acad. 3. S.* XLV. 21. p. 624. Mai 28. 498) Jagot, L., et Papiu, P., Deux observations d'anévrysmes de la portion ascendante de l'aorte. *Arch. méd. d'Angers.* V. 57—80. 2 Fig. 499) Janevay, Theodore C., Aneurism of the thoracic artery. *Proceed. of the New York pathol. Soc.* p. 273. 500) Jaquet, Der Cardiosphygmograph. *Verhandl. d. Congr. f. inn. Med.* p. 578. 501) John, О кровяномъ давленіи у чахоточныхъ. *Zeitsch. f. diät. u. physic. Therapie* V, 4. Реф. *Врачъ*, 38, стр. 1176. 502) Johnson, Walter B., Report of an interesting case of aneurysm of the internal carotid artery. *Amer. Journ. of med. Sc.* CXXII. 3. p. 273. Sept. 503) Kahl-den, C., von, Ueber eine seltene Form d. Aortenruptur. *Centr.—Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* XII. 20. p. 835. 504) Kauffmann, O. J., A case of rupture of the thoracic aneurysm. *Brit. med. Journ.* Febr. 9. p. 339; *Lancet*, 1, p. 401. 505) Кашенскій Д. П. Циркоидная аневризма селезеночной артеріи. Патолого-анатомическій очеркъ—*Мед. Обзор.* 1901. Апрель. 506) Köster, Ytterligare tyenne

- fall af emboli i arteriae mesentericae. Hygiea N. F. I. 7. S. 75. 507) Kohlhepp. Tod infolge Verletzung einer Herzvene. Mitth. d. Ver. bad. Thierärzte. Karlsruhe. I. 44—45. 508) Королько, А. М. о распознаваніи аневризмъ аорты съ помощію Рöntgen'овскихъ лучей. Врачъ, № 44, стр. 1359. 509) Krüger, Heinrich, Statistik der Aortenaneurysmen nach den Sektionsprotokollen von 1872—1899. Inaug.—Dissert. Kiel. 510) Krokiewicz, Anton, Beitrag zur Lehre vom Aneurysm aortae. Wien. Klin. Wchnschr. XIV. 31. p. 739. 511) Krzyszkowski J. a Wiczkowski J. Wydat kmene tepny plicni, mnohonásobne vydate vetvi téže tepny a otevreny pruchod Botalluv. Przegl. lek. č. 1, 639, 654, č. 11, 661. 512) Lambert, Alexander, A case of aneurysm of the aorta. Proceed. of the New York pathol. Soc. p. 135. 513) Lambotte, случай закупорки внутр. армной при воспаленіи среднего уха. Annales de la Société Belge de Chir. Июнь и Июль. Реф. Врачъ, № 38, стр. 1171. 514) Lancereaux, E., Les hémorrhoides. Gaz. des Hôp. 3. 1901. 515) Landgraf, Bemerkungen zu einem Fall von Aortenaneurysma. Berl. Klin. Wchnschr. XXXVIII, 27. p. 725. 516) Langendorff, Ueber Pulszeichner und über Blutdruckmessung beim Menschen. Rostocker Aerzteverein 10. Nov., ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 520. 517) Lanzerini, A., Contributo allo studio del polso negativo della safena interna; osservazione clinica. Clin. med. ital. Milano, XL. 129. 518) Larkin, J. A., a) Thrombosis of the pulmonary artery.—b) Embolism of the pulmonary artery.—Proceed. of the New York pathol. Soc. p. 158. 519) Larrabee, F. M., A case of aortic aneurysm. Phila. M. J., VII, 263. 520) Launois P. E. et Camus J. Syphilis aortique. Ditatation du vaisseau et rupture valvulaire probable. Bull. et Méd. Soc. méd. d. Hôp. de Paris. XVIII, 528. 521) Launois P. E. et Loeper A., Le poulx veineux des saphènes dans l'insuffisance tricuspidienne. XIII Congr. de Méd., Compt. rend., 593. 522) Laurie James, Aneurism of the femoral artery. Glasgow med. Journ. LVI. 3. p. 218. Sept. 523) Левашовъ Н. М. Графическіе способы опредѣленія колебаній кровяного давленія на человѣкѣ. Описаніе прибора Франца Врачъ, № 47. 524) Leser, Ueber ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes symptom. Münch. med. Woch. № 51, стр. 2035. 525) Levai, Josef, Ein Fall von Aneurysma venosum. Wien. Klin. Rundschau, XV. 36. 526) Lévi L. et Delherm L., Un nouveau cas de télangiectasis acquises généralisées. Gaz. hebdom. de Méd. et Chir. XLVIII, 13—17. 527) Leyden, von, Vorstellung eines Falles von Aneurysma der Aorta abdominalis. Verhandl. d. Ver. f. innere Med. zu Berl. 1900—1901, XX, 19—25, 5 Fig. 528) Lichtenstein Ernst, Zur Entstehung der Aortenaneurysmen. Inaug.—Dissert. Freiburg. 529) Litten, Demonstration eines Präparates von totaler Embolie der linken Lungenarterie. Deutsche med. Woch. s. 217, № 29. 530) Lloyd, James Hendrie, and Frederic A. Rupp, Extensive thrombosis of the sinuses of the brain. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. IV. 6. p. 134. April.

- 931) Longcope. Tuberculosis of the aorta. Bull. Johns Hopkins Hosp. Balt., XII, 27.
- 532) Lovelund, B. C., Aneurism of the pulmonary artery. New York med. Record LIX 9. p. 349. March.
- 533) Maes, Victor, De la cryoscopie des urines chez les artério-scléreux. Lille, Imp. Nivelles frères, 8°, n° 46, 53 p.
- 534) Mc Alpin, D. H., A pronounced case of arteriosclerosis. Proceed of the New York pathol. Soc. p. 192.
- 535) Mc Keen, Sylvester, F., A case of marked cyanosis, difficult to explain. Boston med. and surg. Journ. CXLIV. 25. p. 610. June.
- 536) Mainzer, E. Nekteré poznámky ku pathogenesi a symptomologii vydati sedecice. Casop. lèk. česk, XL, 1, 25, 49, 73.
- 537) Mancini, Claudio, Ematoma aneurismatico diffuso primitivo. Rif. med. XVII, 252.
- 538) Merklen Pierre et Rabé M., Hypertrophie compensatrice de la tunique musculaire des artères dans l'insuffisance aortique. XIII. Congr. internat. de Med., Compt. rend. 240.
- 539) Meyer, Закупорка и воспаление лѣвой бедренной вены при воспалении червеобразнаго отростка. Annals of Surgery, Май. Реф. Врачъ, № 23, стр. 746.
- 540) Milla, V., Sul rapporto tra le infiammazioni croniche dei vasiarteriosi e le sclerosi dei visceri. Gazz. med. lomb. Milano. 91, 101.
- 541) Moeller, Magnus Образование мочочныхъ закупорокъ при вприскиваніи нерастворимыхъ соединений ртути. Arch. f. Dermatol. und Syph. Февраль, реф., Врачъ, № 15, стр. 478.
- 542) Nagano, I. О сифилитическомъ измѣненіи мозговыхъ артерій. Virchow's Arch. т. 164, № 2, реф. Врачъ, № 41, стр. 1266.
- 543) Namtack, Charles E. Arteriosclerosis, importance, etiology. New-York med. Record LX, 17. p. 652 Oct. 26.
- 544) Nothnagel, H., L'embolia e la trombosi delle arterie mesaraiche. Gazz. internaz. di Med. prat. V. I. 1902.
- 545) Oddo C. et Mizzoni A., Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale, suivie de désordres mécaniques considérables. Случай тщательно изслѣдованный патолого-анатомически. Revue de méd. Dec. Marseille med. 359.
- 546) Oordt, van. Ueber intermittierende Hinken. Neurol. Centrabl. № 17.
- 947) Otto R., Schnervenveränderungen bei Arteriosclerose und Lues. Arch. f. Angenh. Wiesb. 104.
- 548) W. Overend, Расширеніе подкожныхъ венъ. The Lancet, 31 Aug. реф. Врачъ, № 40, стр. 1231.
- 549) Pass, D., Il polso del capo (le scosse ritmiche del capo e il segno di Musset): (rivista critica) Riv. crit. di Clin. med. Firenze II. 25.
- 550) Pacinotti, G., Contributo allo studio della rottura degli aneurismi. Gazz. degli Osped. XXII, 75.
- 551) Pate, Benjamin, Diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte par les rayons de Roentgen. Paris. C. Naud 1901, 8°, 49 p., 1 fig.
- 552) Peis-Lensden, Zur Casuistik d. Aortenaneurysmen. Char.-Ann. XXV. p. 244. 1900.
- 553) Penkert, Innere Verblutung durch Bersten eines Aneurysma dissecans in der Niere nach Trauma. Aerztl. Sachverständigen Zeitung. № 11.
- 554) Phillips, Sidney, A case of thrombosis of the inferior vena cava and of the iliac and femoral veins, of acute onset and fatal termination with symptoms resembling those of perforated gastric ulcer. Transact. of the clin. Soc. of London XXXIV, p. 24.
- 555) Piano, A. Del., Aortite chroniche ed anevrismi e

processi pleuro-pneumonalі consecutivi. XIII Congr. internat. de Med., Compt. rend. 596. 536) Поспѣловъ, А. Н. Новый признакъ синихи конечностей. Мед. Обзор. Июнь. 537) Putnam J. J., Dysbasia intermittens angiosclerotica (intermittent lameness of vaskular origin). Boston. M. a S. J. CXLIV. 182. Queirel и G. Reynaud. Объ артеріальномъ давленіи во время беременности, родовъ и послѣ нихъ. Докладъ. Врачъ, № 6, стр. 191. 559) Quirin, Ueber das Verhalten des normalen und pathologisch gesteigerten intraabdominalen Druckes und seine Rückwirkung auf die arterielle Blutcirculation. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. LXXI, H. 1, p. 79. 560) Ramaugé A. Tratamiento de los aneurismas de la aorta. Sem. med. Buenos-Aires, VIII, 191—193. 561) Rankin, G., Clinical lecture on cases of aneurism and others. Polyclin. London. IV. 15. 562) H. v. Recklinghausen, Ueber Blutdruckmessung beim Menschen. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XLVI, H. 1 u. 2. p. 78. 563) Reinbach, G., Ueber d. Hämorrhoiden im Kindesalter u. über d. Wesen d. Hämorrhoidalaffektion überhaupt. Allg. deutsche Centr.-Ztg. LXX. 96. 564) Reinebath, Ueber Lungenveränderungen b. Aneurysma aortae. Münch. med. Wehnschr. 2. p. 76. 565) Reinhold, 2 Fälle von Durchbruch eines Aneurysma d. Aorta ascendens in d. Vena cava superior. Deutsches Arch. f. Klin. Med. LXXI, 6. p. 598. 566) Rendu, Anévrysme de l'aorte. J. d. Praticiens, Paris, XV, 97. Бро-же, L'hémianopsie des artérioscléreux atteints de néphrite interstitielle. Sémin. méd. XXI. 25. 567) Roeder H., Ein Fall eines solid. thrombirten Dilatations-Aneurysma d. Ductus arteriosus Botalli. Mit einer Erwiderung an Herrn Scharfe in Halle. Virchow's Arch. CLXVI. 3. p. 513. Бро-же, 2 Fälle von Ruptur d. Ductus arteriosus Botalli. Berl. Klin. Wehnschr. XXXVIII. 3. S. 72. 568) Russell, William, Arterial hypertonus and arteriosclerosis. Lancet, June 1. стр. 1519. 569) Ruthesford, Specimens illustrative thrombosis and embolism as complications of surgical conditions, with descriptions of three cases. Glasgow M. J. LV. 122. 570) Sabin, Florence, R., A case of arterial disease, possibly periarteritis nodosa. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XII, 124, p. 195. July. Baltimore. 571) Sängger, Ueber das intermittirende Hinken. Münch. med. Woch. № 46, стр. 1853. 572) Salomon, Oblitération artérielle post-grippale. Progrès méd. 3. S. XIII, 25. 573) Shattuck, F. C., Rupture of the right iliac artery. Boston med. and surg. Journ. CXLIV, 8, p. 183. Febr. 574) Schermant, J., Aortenaneurysma; Durchbruch in d. rechte Pleurahöhle. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VII, 2. p. 7 1900. Allgem. Wien. med. Zeit. № 34 u 35. 575) Schnitzler, Julius, Zur Symptomatologie des Darmarterienverchlusses. Wien. med. Wehnschr. LI, 11, 12. 576) Prof. Schot (Naunheim). Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901, № 22, 23, 13. 577) Schrötter, L. von, Ueber Arteriosklerosa. Deutsche Klin. IV. p. 233. Бро-же, Erkrankungen der Gefäße. (Spec. Pathol. u. Therap., herausgeg. von H. Nothnagel, XV Bd. 3 Theil, 2

- Häfte) Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. X. S. u. S. 417—559. 4 Mk. 60 Pf. 578) Schnltze, O. H., 2 specimens of aortic aneurism. *Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. I. 2. p. 35. March.* Ero-же, Thrombosis of the inferior vena cava. *Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. I. 3. p. 76. April.* 579) Schwartz, Anévrysme de l'aorte thoracique descendante. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 6 s., III, 141—143.* 580) Schwarz, E. Tromбозъ v. iliaca. *Münch. med. Woch. № 16, стр. 652.* Ero-же, Ueber Analyse des Pulses. *Wien. med. Wochenschr. Nr. 43.* 581) Свенццкій В. Артеріальная ангиома прямой кишки. *Арх. Біол. наукъ т. IX, вып. 2.* 582) Sewall, Some conditions other than aortic aneurism which determine the occurrence of the tracheal tug. *Amer. Journ. of the med. sciences. August.* 583) Sievers, R., Till kändedom om emboli i arteria mesenterica superior. *Finska läkaresällsk. handl. XLIII, 4. S. 343. реф. Врачъ, № 21, стр. 681.* 584) Simmonds, Ueber Thrombophlebitis obliterans venae cavae inferioris. *Münch. med. Woch. № 1, стр. 42.* 585) Skewington, J. O. Two cases of aneurism. *Indian. M. Rec. Calcutta XX, 414.* 586) Someren, G. A. van, Aneurysm of the abdominal aorta; rupture; necropsy. *Brit. med. Journ. Febr. 16. p. 396.* 587) L. Sommerfeld. Blutdruckmessungen mit dem Gärtner'schen Tonometer. *Therapeutische Monatshefte, терп. 2, 14.* 588) Souza, D. H., On the effects of venous obstruction on the secretion of urine. *Journ. of Physiol. XXVI. 3 u. 4. p. 139.* 589) Springer Carl, Neoplast. Thrombose der Vena cava superior u. des rechten Herzens nach Sarkom der Glandula thyroidea. *Prag. med. Wchnschr. XXVI, 18.* 590) Stengel, Alfred, Aneurism of the arch of the aorta, with rupture into the superior vena cava. *American Journal of medical sciences. November.* 591) Sternberg, Karl, 2 Falle von Geschwulstthrombose d. Vena cava inferior. *Wien. Klin. Wchnschr. XIV. 26.* 592) Stierlin, R., Zur Casuistik der Aneurysmen u. d. Angyoma arteriale racemosum.—*Deutsche Ztschr. f. Chir. LX. 1. u. 2. p. 71.* 593) H. Strauss, Ueber Blutdruckmessungen im Dienste der Diagnostik traumatischer Neurasthenieen und Hysterieen. *Neurol. Centralbl. Nr. 3.* 594) Taylor, Seymour, A case of aneurysm of the arch of the aorta. *Brit. med. Journ. Oct. 26. p. 1268.* 595) Thin, George, On the sternocostal venous festoon. *Edinburgh Journal. p. 248.* 596) Thomson, W. H., Relation of vascular disease to heart disease. *N. York. M. J. 1901. LXXIII, 852—856.* 597) Троицкій И. В. Сфигмография у дѣтей. *Врачъ, № 9, стр. 285.* 598) Türk, Wilhelm, Arterieller Collateralkreislauf b. Verschluss d. grossen Gefässe am Aortenbogen durch deformirende Aortitis. *Wien. Klin. Wchnschr. XIV. 32.* 599) Turner jr, John, A consideration of hemorrhoids. *Med. News LXXIX. 10. p. 373. Sept.* 600) Umber, F., Beitrag zur Pfortaderobliteration. *Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. VII, 4 u. 5 p. 487.* 601) Urbantschitsch, Die Aenderungen der Pulsfrequenz durch mechanische Verhältnisse. *Wien. Klin. Wochenschr. Nr. 50. p. 1227.* 602) Усковъ, Д. И. Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ приборовъ для измѣренія

кровяного давленія на основаніи литературныхъ и клиническихъ данныхъ. Врачъ, стр. 1370. 603) Villard и Vignard 4 случая закупорки и воспаления лѣвой бедренной вены при воспаленіи червеобразнаго отростка. *Revue de chirurgie*, Инв. реф. Врачъ, № 15, стр. 483. 604) Walsham, H., On the diagnosis of thoracic and cardiac aneurysm by the Röntgen rays. *Edinb. M. J. n. s.*, IX, 335. 605) Wenckebach, K. F., De analyse van den onregelmatigen pols. *Nederl. Weekbl. II. 2. Over den pulsus alternans*. *Zeitsch. f. Klin. Med.* 44, стр. 218. 606) Welter, Ruptura aortae ascend. post partum. *Hygiea N. F. I. 7 S.* 60. 607) Whipple, T. R. C., A remarkable case of aortic aneurysm of 16 years duration; death from rupture externally. *Brit. med. Journ.* Nov. 2. 608) Whisman, Брожденное скостенѣніе v. saphenae. *Annals of Surgery*, Ноябрь. Реф. Врачъ, № 50, стр. 1555. 609) Williams, William Whitridge, A case of saciform aneurysm of the descending aorta, projecting into and concluding the left bronchus; destructive tuberculosis of the left lung; autopsy. *Journ. of Pathol. and Bacteriol.* VII. 4 p. 451. Nov. 610) Wolff, Ein Fall vonluetischer Endarteriitis. *Münch. med. Woch.* № 8, стр. 321. 611) Финкельштейнъ, Б. К. Къ вопросу о раженіяхъ крупныхъ венныхъ стволовъ. Врачъ, № 52, стр. 1613. 612) Zagari, Per la diagnosi di aneurismi a rara explicazione. Roma, Tipogr. della Riforma med. 613) Zetzschwitz, Peter von, Compressions thrombose d. linken Vena anonyma b. Perikarditis u. über d. Befund von einseit. Hydrothorax. *Münchn. med. Wchnschr.* XLVIII, 34. p. 1348. 614) Шварцъ С. I. Случай отсутствія пульса въ артеріяхъ лѣваго предилечія, на истерической почвѣ; спазмъ сосудовъ. *Мед. Обзор.* т. 55, стр. 332. 615) Эпифановъ, Г. Г., Случай смертельнаго кровотеченія изъ общей сонной артерій, вследствие разрыванія ея раковою язвою пищевода.—*Болн. Газета Боткина*, № 12. 616) Юргенсъ, В., Случай эмболии брюшной аорты. Больной умеръ. При жизни между прочимъ наблюдались: параличъ и потеря чувствительности въ нижнихъ конечностяхъ, мраморное окрашиваніе кожи на нихъ и потеря пульса. Распознаваніе сдѣлапо при жизни. *Военно-Мед. Журн.* Апрель. 617) А. Мроцкій. Zur Methodik der klinischen Blutdruckmessung. *Centralblatt für innere Medicin*, № 25. 15.

4. Лимфатическіе пути.

618) Bridger, A. E., A case of chronic lymphangitis. *Transact. of the clin. Soc of London.* XXXIV, p. 229. 619) Friedmann, Friedrich, Der Blutdruck und seine Beziehung zur Lymphcirculation. Auffällige Verkleinerung von Lymphdrüsentumoren durch Digitalismedication. *Wien. Klin. Wochenschr.* № 49. 620) Schopf, F. Verletzungen des Halstheiles des Ductus thoracicus. *Münch. med. Woch.* № 50,

стр. 2019. 621) Thiele, Пораженіе грудного протока. Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie, т. 58, реф. Врачъ, № 6, стр. 187. 622) Финкельштейнъ Б. К., О разрывахъ и раненіяхъ млечнаго протока. Описаніе случая. Краткая таблица 23 случаевъ, приводимыхъ въ литературѣ. Больн. Газ. Боткина 1901, № 21. 22.

(Продолженіе слѣдуетъ).

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

3-ій Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ

(18—21 декабря 1902 г.)

18-го декабря въ 10 ч. утра въ физической аудиторіи новаго здания университета открылись засѣданія съѣзда краткимъ отчетомъ предсѣдателя правленія общества Россійскихъ хирурговъ о дѣятельности правленія за истекшій годъ.

Предсѣдателемъ съѣзда былъ опять избранъ профессоръ В. И. Разумовскій, товарищемъ-врачъ Московскаго земства Н. И. Орловъ.

Проф. Разумовскій, отмѣтивъ въ своей рѣчи, что нѣкоторые доклады 3-го съѣзда являются какъ-бы продолженіемъ дѣятельности предыдущихъ, предложилъ съѣзду не найдется-ли онъ возможнымъ расширить свою дѣятельность въ пользу совместной разработки вопросовъ болѣе общаго характера, ограничивъ, по возможности казуистическій матеріалъ. Для этого нужно собирать и разрабатывать матеріалъ по карточной системѣ, поручить цѣлымъ учрежденіямъ разработку вопросовъ по заранѣе выработанному плану, собирать свѣденія о дальнѣйшей судьбѣ оперированныхъ больныхъ, для каковой цѣли огромную пользу можетъ оказать земская медицина. Принимая во вниманіе интересы медицины, которая въ Россіи преимущественно земская, пора позаботиться объ упрощеніи и удешевленіи хирургическихъ инструментовъ, аппаратовъ для стерилизаціи и т. п. Въ заключеніе Разумовскій высказалъ надежду, что русская мысль, проявившая свою самостоятельность и оригинальность въ другихъ областяхъ знанія, наложитъ такой же отпечатокъ и на съѣзды Россійскихъ хирурговъ.

И. И. Орловъ, приписывая свое избраніе тому почету, которымъ пользуется земская медицина, видитъ дальнѣйшее процвѣтаніе ея въ общеніи съ научными центрами. Земская медицина по своимъ условіямъ преимущественно хирургическая и желательно установить болѣе тѣсную связь между ней и клинической медици-

ной. Нужно сожалѣть, что въ клиникахъ взимается плата съ коечныхъ больныхъ, чѣмъ, конечно, затрудняется доступъ неимущему населенію ¹⁾.

Сѣзѣдъ, по предложенію проф. Разумовскаго, почтилъ вставленіемъ покойныхъ проф. Вирхова и д-ра Бенисовича.

А. А. Бобровъ (Москва). — О средствахъ борьбы съ хирургическимъ туберкулезомъ.

Докладчикъ различаетъ 2 вида хирургическаго (очаговаго) туберкулеза: 1) Хроническій процессъ, съ признаками ясновыраженнаго воспаленія или безъ него, сопровождающійся развитіемъ инфильтрата или даже новообразованіемъ соединительной ткани, 2) хронически или полустро протекающій процессъ кѣлочковой инфильтраціи съ образованіемъ бугорковъ, подвергающихся распаду—творожистое перерожденіе съ нагноеніемъ или безъ него. Разъ въ очагъ попадутъ другіе гноеродные микробы, то развивается бурнопротекающій процессъ съ дурного качества нагноеніемъ. Специфическихъ средствъ нѣтъ, главное повысить жизненную энергію кѣлочковыхъ элементовъ, такъ какъ теченіе очаговаго хирургическаго туберкулеза зависитъ отъ общаго состоянія, отъ улучшенія условій жизни и отъ возраста—въ дѣтскомъ возрастѣ излеченіе при улучшеніи условій чаще, чѣмъ у взрослыхъ; послѣ 40—50 лѣтъ излеченіе—рѣдкость. При первомъ видѣ туберкулеза рекомендуются покой органа, отвлекающія (вѣрнѣе привлекающія фагоцитозъ и лимфоцитозъ)—согрѣвающий компрессъ, мѣшокъ съ горячей водой, смазываніе t-gae jodі, мушки, каленое желѣзо и наконецъ, разрѣзъ и закладываніе полосокъ марли съ цѣлью направить токъ жидкости кнаружи. При второй формѣ—вышесупомянутыя средства ненадежны; выгоднѣе оперативно удалить распавшіяся ткани, выскаблить грануляціи, опорожнить гнойникъ, чѣмъ привлекаются элементы для борьбы, облегчается примѣненіе іода и іодоформной эмульсіи (единственное фармацевтическое средство, оказывающее благотворное вліяніе на свойства грануляцій), а затѣмъ направить всѣ заботы на укрѣпленіе цѣлительныхъ силъ организма. 19-и лѣтнія наблюденія надъ вліяніемъ южнобережнаго климата Крыма на больныхъ съ хирургическимъ туберкулезомъ убѣждаютъ докладчика, что длительное пребываніе отзывается благотворно на теченіи процесса; воздухъ, солнце и морскія ванны повышаютъ жизненную энергію, процессъ стихаетъ, уступая мѣсто пластическимъ процессамъ—инфильтраты рассасываются, свищи закрываются, кроветвореніе улучшается и организмъ замѣтно крѣпнеть. Такое благотворное вліяніе юга сказывается на дѣтяхъ съ сѣвера, на жителей же юга вліяніе менѣе рѣзко и въ болѣе длинный срокъ. Подъ систематическимъ воздѣйствіемъ солнеч-

*) Надо думать, что здѣсь идетъ рѣчь о Московскихъ клиникахъ; доктору И. И. Орлову навѣрно неизвѣстно, что большинство коечныхъ больныхъ въ клиникахъ Казанскаго университета пользуются бесплатнымъ леченіемъ, а если и взимается плата, то меньшая, чѣмъ въ губернскихъ земскихъ больницахъ.

ныхъ лучей на пораженныхъ органы глубокіе инфильтраты начинаютъ рассасываться, что сопровождается повышеііемъ t° до 38.

Н. И. Напалковъ (Москва).—Объ обширныхъ резекціяхъ реберъ при эмпіемъ.

Докладчикъ обработалъ собранныя правленіемъ карточки 64 случаевъ, расположивъ ихъ въ таблицахъ. Первая операція по Estlander у произведена въ Россіи Н. В. Склифосовскимъ въ 1883 г.; около $\frac{1}{3}$ случаевъ приходится на послѣдніе 2 года; большинство (56) случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 15—40 лѣтъ; оперируютъ сравнительно поздно ($\frac{1}{4}$ —2 лѣтъ) послѣ начала заболѣванія; бугорковыхъ эмпіемъ было 11 (полное выздоровленіе 1 случ., смерть 4 сл.); обычно изсѣкались (поднадкостнично) отъ 2-хъ до 9-ти реберъ, куски отъ 2 до 21 с. длиной. Чаше резецировалось 5, 6, 7, 8 ребра; операція производилась повторно, за одинъ пріемъ рѣдко больше 3-хъ реберъ. Исходъ—19 зажило, 7 смертныхъ сл. и въ 38 сл. остались свищи. Если наступаетъ выздоровленіе, то въ первые 3 мѣсяца, иначе надо повторную операцію. Для болыного западенія докладчикъ рекомендуетъ разрѣзъ во всю длину полости чрезъ межреберныя ткани. Въ выводахъ докладчикъ предлагаетъ производить эту операцію чаще, раньше, не стѣсняясь количествомъ и величиной отрѣзковъ изсѣкаемыхъ реберъ. При туберкулезѣ операція не противопоказана.

Пренія.

А. А. Бобровъ. При простой эмпіемъ операція эта даетъ хорошіе результаты, но она противопоказана при бугорковой, такъ надо опасаться обостренія и диссеминація процесса.

О. И. Березкинъ. % Смертности слишкомъ малъ, надо думать что въ статистику попали болѣе благопріятные случаи. Лично на 10 оперированныхъ не имѣлъ ни одного вполне излѣчсннаго. Операція противопоказана при туберкулезѣ.

Н. Н. Петровъ. Способъ проф. Субботина даетъ хорошіе результаты.

К. М. Сапѣжко. Для лучшаго западенія полости рекомендуетъ провести два параллельныхъ кожныхъ разрѣза тамъ, гдѣ предполагается резекція, но вмѣсто резекціи только перестричь ребра въ этихъ двухъ мѣстахъ и полученный такимъ образомъ лоскутъ съ реберными кусками вдавить въ полость.

П. И. Дьяконовъ. Собранный матеріалъ недостаточенъ для окончательныхъ выводовъ; лично оперируетъ и у больныхъ съ бугорковой эмпіемой; способъ Субботина едва-ли достаточенъ для болышихъ полостей.

П. Н. Михалкинъ—оперировалъ 8 разъ—два изъ нихъ туберкулезные. Результаты хорошіе; смертность—0.

В. И. Разумовскій, резюмируя пренія, подчеркнул что нѣтъ необходимости сразу резецировать много реберъ, лучше сдѣлать повторную операцію, чѣмъ рисковать потерей больного, такъ какъ травма слишкомъ велика.

В. А. Гейеръ (Москва).—Предъявленіе автоматическаго прибора для хлороформированія.

Конусообразное отверстіе капельницы закрывается винтовымъ стержнемъ, приподнятіе котораго вызываетъ учащенное отдѣленіе капель; капельница соединена съ маской, фиксируемой резинкой вокругъ головы больного. Выгоды прибора—равномѣрный наркозъ, малое количество хлороформа и свобода хлороформатора. Изъ 6 случаевъ гдѣ примѣнялся приборъ въ двухъ отмѣчена асфиксія.

С. И. Спасокукоцкій. Надо протестовать противъ примѣненія подобныхъ приборовъ, такъ какъ они лишаютъ возможности слѣдить за ходомъ наркоза; лучшимъ доказательствомъ служатъ 2 асфиксіи на 6 наркозовъ.

В. И. Разумовскій. Кромѣ сказаннаго, дорогая цѣна прибора (14 руб.) помѣшаетъ его распространенію.

Н. М. Терещенковъ (Москва).—Къ вопросу о послѣоперационной желтухѣ.

Два случая желтухи послѣ операциі appendicit'a подъ кокаиномъ побудили докладчика просмотрѣть въ этомъ направленіи весь матеріалъ Ф. Х. Кл. за 8 лѣтъ для выясненія этиологическихъ моментовъ послѣоперационной желтухи. На 1705 операциі подъ наркозомъ желтуха наблюдалась 10 разъ—всѣ послѣ хлороформныхъ наркозовъ. Этиологически случаи распредѣляются слѣдующимъ образомъ 1) 4 сл. реакція конституціи организма (алкоголизмъ, ожирѣніе) на хлороформъ 2) 3 сл. реакція на хлороформъ организма съ заболѣваніемъ печени и пищеварительнаго тракта 3) 1 сл.—травматическая желтуха при обширномъ поврежденіи печени 4) 2 сл. желтухи септического происхожденія. Слѣдовательно въ послѣоперационной желтухѣ, какъ и въ другихъ послѣоперационныхъ осложненіяхъ огромное значеніе имѣютъ свойства организма.

В. М. Минцъ. У алкоголика послѣ операциі гнойнаго аппендицита на 3-й день появилась желтуха съ повышеніемъ t^0 и кровавой рвотой. Смерть при вскрытіи—острая атрофія почки; въ печеночной ткани омертвѣніе кѣлокъ и кишечная палочка.

В. П. Заренинъ.—Къ этиологіи и леченію слоановости.

6 случаевъ съ различнымъ этиологическимъ моментомъ. При развитіи слоановости меньшую роль играетъ стрептококковая инфекція—въ лимфѣ пораженной конечности бактерій не найдено; большую роль надо приписать раздраженію сосудодвигательныхъ и трофическихъ нервовъ въ зависимости отъ разстройства кровообращенія и лимфоотдѣленія. Терапія должна быть каузальная; каломель оказываетъ свое дѣйствіе только при слоановости на сифилитической почвѣ. Примѣненіемъ кератина внутрь докладчикъ очень доволенъ.

И. А. Григоровичъ (Москва).—Къ леченію слоановости.

Демонстрація больного съ слоановостью не на сифилитической почвѣ, у котораго послѣ 11 выпрыскиваній каломеля замѣтно значительное улучшеніе.

А. А. Кадьянъ. Надо сначала точно установить этиологическій моментъ слоновости и сообразно этому предпринять то или иное лечение.

В. И. Ставровскій (Москва).—О сведеніи челюстей.

На основаніи данныхъ литературы докладчикъ рекомендуетъ при анкилозахъ височночелюстного сустава резекцію куска кости изъ нижней челюсти по возможности вблизи сустава, при рубцовомъ сведеніи—пластику щеки. Приведены 2 исторіи болѣзни: 1) При двустороннемъ анкилозѣ послѣ операции открытіе рта на 2, 5 с. 2) При рубцовомъ сведеніи—пластика (лоскутъ съ шеи, повернуть кожной поверхностью въ ротъ) открытіе рта на 1, 6. с.

П. И. Развильскій и С. И. Спасокукоцкій (Смоленскъ).—Резекція симпатическаго нерва при хронической невоспалительной глаукомѣ.

Операция—удаленіе верхняго шейнаго симпатическаго узла и около 2 с. ствола произведена 5 разъ при невоспалительной (процессъ развивался 2—3 года) и 1 разъ при воспалительной глаукомѣ. Внутриглазное давленіе во всѣхъ случаяхъ было повышено. Послѣоперационныя явленія: покраснѣніе лица, слабое слезо и слюноотеченіе, западеніе глаза, суженіе зрачка (пикнитимъ на другой день), паденіе внутриглазнаго давленія; черезъ 2—3 дня расширеніе поля зрѣнія, повышеніе остроты зрѣнія, причемъ въ 3-хъ случаяхъ V поднялся съ 0,2—0,5 до 0,8. Докладчикъ настойчиво рекомендуетъ эту операцию при невоспалительной глаукомѣ, такъ какъ при ней птозисъ и даже иридоэктомія остаются безъ результата.

И. П. Алексинскій (Москва).—Къ вопросу о распознаваніи и леченіи непроходимости пищевода, обусловленной злокачественными опухолями.

За 1½ года докладчикъ эзофагоскопировалъ 195 чел. (500 сеансовъ); въ 65 случаяхъ имѣлъ дѣло съ злокачественными заболѣваніями. Эзофагоскопъ даетъ возможность съ увѣренностью сказать, есть-ли въ пищеводѣ инородное тѣло, при чемъ иногда открываетъ его тамъ, гдѣ простое букированіе дало отрицательный результатъ. Эзофагоскопъ помогъ докладчику разобраться въ рядѣ заболѣваний пищевода: острое и хроническое воспаленіе (8 сл.), атонія (1 сл.), спазмъ (5 сл.), суженіе послѣ ожога, сифилитическія суженія, пептические язвы и дивертикулы. Эзофагоскопіей можно пользоваться и какъ лечебнымъ методомъ, напр., для извлеченія инородныхъ тѣлъ, для отысканія мѣста суженія съ цѣлью ввести бужъ, для прижиганія язвъ и т. п. Больные легко переносятъ эзофагоскопію особенно послѣ смазыванія зѣва 5% раств. кокаина. Докладчикъ горячо рекомендуетъ этотъ способъ изслѣдованія пищевода, такъ какъ ни разу эзофагоскопія не оказалась вредной.

П. И. Дьяконовъ. Эзофагоскопія большой шагъ впередъ въ изученіи болѣзней пищевода, но при инородныхъ тѣлахъ, особенно съ явленіями воспаленія лучше воздержаться отъ неѣ; въ этихъ случаяхъ рентгеноскопія облегчитъ отысканіе инороднаго тѣла.

Я. Б. Зельдовичъ. При рубцовомъ суженіи пищевода электролизъ даетъ хорошіе результаты.

С. П. Оедоровъ. Если инородное тѣло съ острыми краями, надо осторожно попытаться извлечь его черезъ эзофагоскопъ; при неудачѣ, если тѣло находится въ шейной части, показана оесophageotomia externa, если въ грудной—желудочный свищъ, а уже черезъ извѣстный срокъ попытаться извлечь тѣло или черезъ свищъ, или по Насилову черезъ рану на спинѣ.

А. А. Бобровъ. Рентгеноскопія не всегда даетъ возможность точно опредѣлять наличность инороднаго тѣла въ пищеводѣ.

І. Ф. Земадкій. Очень доволенъ эзофагоскопіей, которую давно применяетъ.

В. И. Разумовскій. У ребенка съ рѣзкимъ суженіемъ пищевода черезъ желудочный свищъ провелъ бужъ а детеуге въ пищеводъ; пища проходя мимо бужа, тѣмъ самымъ производила расширеніе стриктуры.

Ю. И. Синицынъ. Способъ примѣненный Разумовскимъ идентиченъ съ тѣмъ, который онъ примѣняетъ для леченія стриктуры уретры.

А. П. Прокунинъ (Москва).—Къ хирургическому леченію рака грудной части пищевода.

Коренная операція рака грудной части не снискала довѣрія хирурговъ; остается только палліативная операція—наложеніе желудочнаго свища, бужированіе же, какъ методъ опасный, работа въ темную, долженъ быть исключенъ изъ хирургіи. Докладчикъ—сторонникъ ранняго наложенія желудочнаго свища, такъ какъ помимо большей продолжительности жизни, замѣляется пониженіе функциональной способности желудка. За 13 мѣсяцевъ въ Г. Х. Кл. произведено 20 операций по способу Vitzel'a, но каналъ закладывается подъ лѣвой прямой мышцей. Кормить черезъ свищъ надо начинать какъ можно раньше, истощенныхъ уже на операціонномъ столѣ. Изъ 20 умерло въ клиникѣ 5 чел.; черезъ 5½ недѣль еще 2.

Въ возникшихъ преніяхъ одни горячо рекомендовали эту операцію, какъ избавляющую больныхъ отъ мучительной голодной смерти, большинство же, въ числѣ которыхъ были Сацѣжко, Березкинъ, Спасокукоцкій находили, что эта операція даетъ очень неутѣшительные результаты; нѣкоторыми было указано, что въ земскихъ больницахъ, гдѣ количество косекъ и такъ ограничено, подобные больные послѣ операціи являются пенсіонерами.

Засѣданіе 19 декабря. (Въ клиникѣ на Дѣвичьемъ полѣ).

А. А. Бобровъ продемонстрировалъ рядъ больныхъ: два случая гастростоміи изъ-за инородныхъ тѣлъ пищевода; одинъ случай былъ осложненъ флегмоной шеи; случай эмпіемы—въ два приема резецировано 8 реберъ; случай бугорковой эмпіемы—послѣ выкачиванія гноя впрыскиваніе въ полость іодоформной

эмалью—улучшеніе замѣтно. Очень интересенъ случай дермоида правой плевры у 19-и лѣтней дѣвушки. Резекція реберъ; послѣоперационное теченіе съ рѣзкимъ повышеніемъ t° ; до сихъ поръ гноившаяся полость еще очень велика. Проф. Сапѣжко на вопросъ Боброва, что дѣлать, посоветалъ широко вскрыть полость и выжечь ее стѣнки—это единственный способъ, иначе смерть неизбежна. Познѣе онъ сообщилъ о своемъ случаѣ, гдѣ дермоидъ окружалъ сердечную сорочку, такъ что сердце лежало какъ-бы въ шубкѣ. Изъ демонстрированныхъ препаратовъ интересны—прободеніе аорты костью застрявшей въ пищеводѣ и саркома брюшной полости, гдѣ вмѣстѣ съ опухолью удаленъ кусокъ кишки, $\frac{1}{2}$ поджелудочной железы и селезенка.

Пр. В. И. Разумовскій отъ имени съѣзда поблагодарилъ А. А. Боброва за интересныя и въ высшей степени поучительныя демонстраціи.

С. П. Осодоровъ (Москва).—Къ казуистикѣ излѣченія крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей шеи.

Докладчикъ привелъ 4 случая резекціи нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей въ надключичной области: 1) Удаленіе всего сосудистонервного пучка—вначалѣ пульсъ 114, суженіе зрачка; остался только параличъ связки 2) Удаленіе всего пучка; давленіе пинцетомъ п. *vagi* вызывало паденіе пульса до 35,—3-хъ вѣтвей шейнаго сплетенія, п. *vi hypoglossi* и п. *Ass. Willisii*—послѣ операціи затрудненіе глотанія (черезъ 2 недѣли осталось только поперхиваніе), параличъ голосовой связки, параличъ мышцъ шеи. 3) Резекція мелкихъ вѣтвей сплетенія имѣла слѣдствіемъ атрофію соответственныхъ мышцъ—функция конечности пострадала мало. 4) Излѣченіе длинныхъ вѣтвей сплетенія—значительное пониженіе функции конечности. На основаніи своихъ случаевъ докладчикъ считаетъ резекцію *vagi* операціей менѣе опасной, чѣмъ выдѣленіе его изъ опухоли.

К. М. Сапѣжко. Механическое раздраженіе *vagi* при операціяхъ на шеѣ сказывается, по его наблюденіямъ, только незначительнымъ замедленіемъ пульса.

Ө. И. Березкинъ.—Излѣченіе V. *jugalariis* при злокачественной опухоли долго возился съ блуждающимъ нервомъ, при чемъ рѣзкихъ измѣненій въ пульсѣ не замѣчалъ.

П. И. Дьяконовъ.—Лѣтъ 7 назадъ резецировалъ сосудистонервный пучекъ; проростаніе опухоли нерва не служитъ противопоказаніемъ къ операціи.

В. И. Разумовскій. Опирируя по поводу рецидива карциномы въ железахъ былъ вынужденъ убрать весь правый сосудистый пучекъ. Больной вполнѣ оправился—остался только параличъ связки; голосъ все таки нѣсколько чище, чѣмъ вскорѣ послѣ операціи. Больной подлѣ наблюденіемъ больше года—рецидива нѣтъ.

П. И. Дьяконовъ (Москва).—Предъявленіе больныхъ съ пластическими операціями на сухожилияхъ и мышцахъ при параличахъ.

1) У мальчика 3-хъ лѣтъ послѣ дѣтскаго паралича атрофія дельтовидной мышцы. Исходя изъ положенія, что волокна *m—li deltoidei* являются какъ-бы продолженіемъ нѣкоторыхъ волоконъ *m. trapezii*, отдѣленные другъ отъ друга только костной перекладиной, докладчикъ выкроилъ изъ обѣихъ мышцъ два лоскута, перерѣзавъ верхній лоскутъ надъ акромиальнымъ отросткомъ и подвелъ верхній лоскутъ подъ нижній, укрѣпивъ его швомъ; парализованный *m. deltoideus* долженъ былъ играть роль для здороваго *m. trapezii*. Черезъ мѣсяцъ мальчикъ уже нѣсколько отводилъ руку; такое же движеніе получается при электрическомъ раздраженіи. 2) Студентъ 28 л.—*res vagus* отъ паралича разгибателей стопы послѣ дѣтскаго паралича, часть пяточного сухожилія сшита съ периферическимъ короткой малоберцовой мышцы. Результатъ—больной наступаетъ на подошву; вновь образованное сухожиліе при примѣненіи индуктивнаго тока замѣтно напрягается. Больной болѣе доволенъ результатомъ, чѣмъ самъ докладчикъ.

В. И. Разумовскій. Операциі, примѣненная у ребенка въ высшей степени оригинальна и результаты ея блестящи, во второмъ же случаѣ скорѣе былъ показанъ артродезь.

В. И. Гедройцъ-Бѣлозерова (Орловск. губ.).—Демонстрація больного съ двухсторонней *osteotomia subtrochanterica* по поводу анкилоза тазобедренныхъ суставовъ.

28-и лѣтній больной, суставы анкилозированы уже 12 лѣтъ; ноги представляли чстыреугольникъ, два угла котораго колѣнные суставы. Мышцы значительно атрофированы. При операциі кости поставлены подъ острымъ угломъ открытымъ кнутри; послѣоперационное леченіе съ вытяженіемъ. Теперь, черезъ годъ послѣ операциі, больной ходитъ безъ помощи палки.

П. И. Дьяконовъ.—Больной интересенъ для изученія механизма ходьбы, парализованныя мышцы замѣнены другими. Результатъ надо считать прекраснымъ.

В. И. Разумовскій привѣтствовалъ докладчицу, какъ первую женщину-врача, выступившую на сѣздѣ хирурговъ.

С. Ф. Дерюжинскій (Москва).—Предъявленіе больной черезъ годъ послѣ удаленія блуждающей селезенки.

Черезъ 7 лѣтъ послѣ травмы появилась блуждающая селезенка и вызывала расстройства желудочнокишечнаго канала. Больная 16-и лѣтъ. Въ сѣ удаленной селезенки 638,5 имѣли дѣло съ *hypertrophia lienis chronica*. Кровь до операциі: гемоглобина 95%, красныхъ тѣлецъ 4700000, бѣлыхъ 11000. Въ послѣоперационномъ теченіи гематома брюшной полости и пневмонія; черезъ 2½ мѣсяца развилась гипертрофія лимфатическихъ железъ при чемъ количество гемоглобина пало до 75%; черезъ 10 мѣсяцевъ гемоглобина 98%, красныхъ тѣлецъ 4.500.000, бѣлыхъ 16.000.

А. Н. Сахаровъ. (Саратовъ).—Хирургія селезенки.

Докладчикъ на основаніи литературныхъ данныхъ сторонникъ оперативнаго вмешательства при блуждающей селезенкѣ. Лично оперировалъ 1 разъ 28-и лѣтнюю женщину; въ анамнезѣ страданіе маляріей въ теченіи года, затѣмъ появилась опухоль. Въ послѣднее время тянущая боль, особенно при тряской ѣздѣ. Прежде чѣмъ наложить лигатуры на ножку селезенки, докладчикъ, приподнявъ ее, выдавилъ по возможности кровь изъ нее. Въсѣ удаленной селезенки 960.0. На 11 день послѣ операциі приступы лихорадки въ теченіи 8 дней—приступы прошли отъ пріемовъ хинина.

А. В. Мартыновъ.—Недавно удалилъ подвижную селезенку, при чемъ одновременно удалилъ спаянную съ ней кисту pancreas; на первыхъ порахъ гемоглобина и красныхъ тѣлецъ стало меньше, бѣлыхъ больше.

В. М. Платоновъ. Въ Екатеринодарской больницѣ удаленіе селезенки произведено 16 разъ.

Н. П. Воскресенскій. Надо думать, что удаленіе слишкомъ большихъ селезенокъ гибельно для организма. При удаленіи селезенки послѣ перевязки ножки наступилъ колапсъ съ смертельнымъ исходомъ. Удаленная селезенка вѣсила 600.0 гр.

В. И. Разумовскій. Около 4-хъ лѣтъ назадъ удалилъ очень подвижную селезенку; черезъ годъ большая извѣстила, что чувствуетъ себя прекрасно; но едва-ли можно въ широкихъ размѣрахъ примѣнять эту операцию.

М. И. Богсзатъ (С.-Петербургъ)—Ирригаторъ—рукомойникъ простѣйшаго устройства для операционныхъ комнатъ.

Кружка на штативѣ снабжена длинной резиновой кишкой, средняя часть которой лежитъ полу и снабжена нажимомъ, открывающимся нажатіемъ ноги. Вставляя различные наконечники можно пользоваться приборомъ для разнообразныхъ цѣлей. Достоинство прибора—его дешевизна—около 1 рубля.

Н. И. Напалковъ (Москва)—Приборъ для стерилизаціи и храненія ручныхъ хирургическихъ щетокъ.

Металлическая коробка, въ которой колонной лежатъ щетки, послѣ стерилизаціи ставится на особый штативъ, при нажатіи педали котораго изъ коробки выбрасывается одна щетка.

Н. И. Зябловъ (Москва).—Нѣсколько словъ о Владимировской операциі.

Чтобы получить послѣ операциі Владимірова конечность равную по длинѣ здоровой надо отъ берцовыхъ костей отнять на два сантиметра больше, чѣмъ дасть разниця разстояній лодыжекъ до подошвы и Schorart'овскаго сустава до головокъ плюсневыхъ костей. Вычисленіе сдѣлано на рядѣ измѣреній на трупахъ. Лично располагаетъ двумя случаями, въ литературѣ нашелъ 121 сл. Владимировской операциі.

К. М. Сапѣжко вмѣсто операциі Владимірова примѣняетъ обширное выскабливаніе всего пораженнаго, сохраняя надкостницу.

В. И. Разумовскій. Надо думать, что проф. Сапѣжко не совсѣмъ отрицаетъ операцию Владимірова, такъ какъ она имѣетъ свои опредѣленные показанія.

К. И. Малиновскій (Москва).—Лимфатическая система нижней конечности въ частности колѣна.

Экспериментальная работа съ налитіемъ сосудовъ по способу Sevota. Докладчикъ нашелъ что лимфатическіе сосуды сопровождаютъ артеріи.

Затѣмъ слѣдовало административное засѣданіе, въ которомъ, послѣ долгихъ дебатовъ, большинствомъ 37 противъ 30 постановлено издавать при обществѣ журналъ, въ которомъ помѣщать труды общества и рефераты русскихъ хирургическихъ работъ. Въ этомъ же засѣданіи большинствомъ голосовъ мѣстомъ 4-го съѣзда назначенъ С.-Петербургъ. Слѣдующія лица выбраны въ комиссію по организации съѣзда: Вальтеръ, Вельяминовъ, Гейнацъ, Земацкій, Зененко, Кадьянъ, Павловъ, Субботинъ, Тауберъ, Таллингъ, Трояновъ, Турнеръ и Цейдлеръ.

Программными вопросами 4-го съѣзда поставлены слѣдующіе:

1) О средствахъ борьбы съ бугорчаткой вообще и бугорчаткой суставовъ въ особенности. 2) Объ отдаленныхъ результатахъ операций на нервахъ 3) О непроходимости кишекъ. Кромѣ того, профессору Дьяконову поручено выработать форму отчетовъ хирургическихъ отдѣленій и хирургическую номенклатуру.

Считаю нужнымъ здѣсь же упомянуть, забѣгая нѣсколько впередъ, что рѣшено продолжать собраніе матеріала по вопросамъ о пришиваніи почекъ, о множественной резекціи и о послѣоперационной пневмоніи. Въ составъ правленія общества на слѣдующій годъ вошли: Алексинскій, Бобровъ, Дерюжинскій, Дьяконовъ, Левицкій, Маргеновъ и Рейнъ. Кандидатами: Напалковъ, Прокунинъ и Синицынъ.

И. Левинъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

І. Книги и монографіи.

А. Оригинальн ыя.

****Тригорьевъ А. Х и Штакманъ А. А.** Питьевыя воды Кавказа. СПб. 1903 г.

****Доклады Московской Губернской Земской Управы по** врачебно-санитарной организаціи. Декабрь. 1902 г.

****Инструкція для надзирателей и надзирательницъ С.-Петербургской городской больницы св. Пантелеймона для** душевно-больныхъ. СПб. 1902 г.

****Мороховецъ Л.** Труды и Музей кафедры исторіи и энциклопедіи медицины Императорскаго Московскаго Университета. Москва. 1903 г.

****Отчетъ о состояніи и дѣятельности Казанскаго Ветеринарнаго Института за 1899, 1900 и 1901 гг.**

****Отчетъ по С.-Петербургской Городской Больницѣ св. Пантелеймона для душевно-больныхъ за 1901 г.**

****Отчетъ Совѣта о дѣятельности О-ва для борьбы съ различными болѣзнями въ г. Кіевѣ за 1901 г.**

****Протоколы засѣданій Акушерско-Гинекологическаго О-ва въ Кіевѣ. 1902 г.**

****Протоколы засѣданій Ова Кременчугскихъ Врачей за 1901 г. Кременчугъ. 1903 г.**

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

****Протоколы и Труды О-ва Херсонскихъ Врачей за 1901—1902 г. Херсонъ, 1902 г.**

****Труды Императорскаго С.-Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей. Т. XXXIII. Вып. 1.**

****Труды Московскаго Терапевтическаго О-ва состоящаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ. Вып. VII. 1903 г.**

****Труды и Протоколы засѣданій О-ва Военныхъ Врачей въ Москвѣ за 1898/99, 99/1900 и 1900/901 Академическіе годы.**

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

****Акушерка. 1903 г. № 2.—№ 3.**

****Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1903 г. Кн. 1-я.**—Тварьяновичъ В. К. Къ вопросу о продолжительности активного иммунитета при чумѣ рогатаго скота.—Близнаковъ Д. Разрѣвъ требухи при коликахъ отъ перекармливанія.—Городничиковъ Ф. Танноформъ и ментолъ при лѣченіи хроническаго катарра носовыхъ полостей.—Андресъ П. Страхование убойнаго скота въ Германіи. Кн. 2.—Петровский А. П. Санъ верблюдовъ при условіяхъ естественнаго и искусственнаго зараженія.—Грюнеръ. Страхование сельско-хозяйственныхъ животныхъ въ Западной Европѣ.

****Больничная Газета Боткина. 1903 г. № 6.**—Поповъ С. Я. и Цыпкинь С. М. О леченіи кератиномъ интерстиціальнаго заболѣванія.—Розановъ П. Г. Новости медицинской метеорологіи. 1901—1902 чумнохолерный годъ.

№ 7.—Гейкингъ Э. А. О хирургическомъ леченіи врожденной спастической парализаціи.—Поповъ С. Я. и Цыпкинь С. М. (окончаніе).

№ 8.—Бѣлоголовый Н. В. Случай *respiratorium*.—Гейкингъ Э. А. (окончаніе).

****Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1903 г. № 1.**

****Военно-Медицинскій Журналъ. 1923 г. Февраль.**—Блюмъ З. А. Туберкулезъ съ обширными нарывами въ мозгу и печени, безъ пораженія въ психической сферѣ.—Самойловъ А. Г. Случай эхинококковой кисты печени, вызвавшей неукротимую рвоту со смертельнымъ исходомъ.—Баранкинъ П. Ф. Къ казуистикѣ проникающихъ ранъ сердца.—Онъ же Случай острого язвеннаго эндокардита.—Мельниковъ А. Е. Къ вопросу о гнойномъ воспаленіи печени.—Финогеновъ Н. Н. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ прямой кишки.—Малевскій А. Н. Два случая заросленія задняго прохода.—Падлевскій Л. В. Чумныя заболѣванія въ

г. Инкоу въ 1901—1902 г.—Шульгинъ К. Я. Малярия и эпилепсія.—Оверсцовскій А. И. Случай множественнаго остраго пролежня.—Васильевъ В. С. Скрытопротекающая язва желудка.—Мопсе А. А. Два случая кишечнаго кровотеченія при дифтеріи глѣза.—Словцовъ Б. И. Новыя изслѣдованія по физиологии марша.—Бакитъ Н. Ф. Къ вопросу о чаркѣ водки въ войскахъ.—Харитоновъ Л. А. Медицинскій выюкъ въ степяхъ Монголіи.—Тимофеевъ П. В. Искусственное воспроизведеніе водянки яичка съ цѣлью уклоненія отъ военной службы.—Калистратовъ П. М. Нѣсколько словъ о хирургическомъ леченіи трахомы.—Цацкинъ А. Б. Къ казуистикѣ keratitis superficialis.—Васильевъ В. С. Простудныя кожныя высыпи.

Мартъ.—Попельскій Л. Б. Физиологическія основанія рациональной раскладки пищевого довольствія.—Финкельштейнъ Я. М. Случай сапа у человѣка, съ бактериологической точки зрѣнія.—Васильевъ В. С. Утомляемость слухового органа.—Драницинъ Н. М. Обзоръ хирургической дѣятельности Маргеланскаго мѣстнаго лазарета въ 1895 г.—Владиславлевъ В. В. Ущемленная въ пахово-мошоночной грыжи почка, вправленная съ успѣхомъ оперативнымъ путемъ.—Стравинскій А. М. Случай воздушной опухоли грудной кѣтки у мальчика.—Варшавскій Е. С. О характерѣ массовыхъ заболѣваній острымъ желудочно-кишечнымъ катарромъ.—Архиповъ А. Случай цилиндруріи безъ альбуминуріи при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ.—Галинъ М. А. Военно-лечебныя учрежденія. Кавармы, продовольствіе войскъ и бытъ военныхъ врачей заграницей.—Гюбертъ И. И. Къ вопросу о борьбѣ съ проказой и объ устройствѣ лазпрозорій.—Щегловъ А. К. Къ вопросу о душевныхъ разстройствѣхъ и преступности у солдатъ.

**Вопросы Философіи и Психологіи. 1903 г. Январь-Февраль.

**Врачебная Газета. 1903 г. № 6.—Скворцовъ И. П. О водѣ вообще и о минеральныхъ водахъ въ частности въ геологическомъ и біологическомъ отношеніи.—Савельевъ Н. А. Спиртовые компрессы (Окончаніе).—Зардынъ О. О. Хирургическія наблюденія.—Жуковский В. П. Смертельный, нетрауматическій hepatothorax у новорожденнаго.

№ 7.—Скворцовъ И. П. (Продолженіе).—Константиновичъ В. Н. О флегмонѣ желудка.—Фейнбергъ Б. И. О зависимости неукротимой рвоты беременныхъ отъ истеріи.—Абрамовъ С. С. и Рѣзановъ М. Случай сиреноподобнаго уродства.

№ 8.—Baginsky A. О кормленіи грудныхъ дѣтей. Скворцовъ И. П. (Продолженіе).—Константиновичъ В. Н. (Окончаніе).—Гофманъ А. I. Два рѣдкихъ по своему исходу случая скарлатинознаго воспаленія средняго уха.

№ 9.—Скворцовъ И. П. (Продолженіе).—Baginsky A. (Окончаніе).—Штернъ М. А. Случай общей гонококковой инфекціи.

№ 10.—Скворцовъ И. П. (Продолженіе).—Федоровъ В. П. Къ казуистикѣ вѣтматочной беременности.—Ламанъ В. К. «Ларингоскопическій спазмъ» голосовой щели.—Желтоножскій Т. М. Случай омертвѣнія тонкихъ кишекъ на почвѣ общаго артеріосклероза.

№ 11.—Скворцовъ И. П. (Окончаніе).—Ламанъ В. К. (Окончаніе).—Чекавъ В. М. Къ хирургіи рака пищевода. Два случая *gastrostomiae* по поводу рака пищевода.—Никольскій Д. П. Санитарно-бытовья условія рабочихъ на поляхъ орошенія въ Одессѣ.—Гриневичъ И. И. Нѣсколько случаевъ уродства новорожденныхъ и дѣтей перваго возраста.

№ 12.—Капланъ Я. Ф. Три случая такъ наз. «арестанскаго» паралича.—Додинъ М. Г. Коровой крупъ и 4 случая трахеотоміи по поводу его.—Чекавъ В. М. (Окончаніе).—Поляковъ Я. Л. Упрощенная формула для опредѣленія процентнаго содержанія жира въ молокѣ.

**Вѣстникъ Гомеопатической Медицины. 1903 г. № 1.

**Вѣстникъ Общественной гігіены, судебной и практической медицины. 1903 г. Февраль.—Лашенковъ П. Основы врачебно-санитарной организаціи городовъ.—Соколовъ. Къ вопросу о положеніи врачей, какъ экспертовъ въ Присутствіяхъ о воинской повинности.—Кирилловъ Н. В. Борьба съ чумой въ Гонконгѣ.—Родинъ Е. П. Судебно-Медицинское значеніе травматической истеріи у слабоумныхъ.—Никитинъ А. Ф. Питаніе матросовъ на пассажирскихъ пароходахъ р. Волги.

**Дѣтская Медицина. 1903 г. № 1.—Краснобаевъ Т. П. Случай гастроптоза у дѣвочки 11 лѣтъ.—Никольскій И. Н. Случай бѣлокрівія у ребенка.—Францовъ П. Два случая микседемы.—Постоловскій Д. Ф. Случай мозгового абсцесса.—Раръ Э. Ф. Случай *Sclerom* у 6 лѣтней дѣвочки.

**Дѣятель. 1903 г. № 2, 3.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней 1902 г. Декабрь.—Рачинскій Н. Объ акушерскихъ шипцахъ.—Кузминъ С. И. Сравнительная оцѣнка случаевъ кесарскаго сѣченія и его видоизмѣненій по литературнымъ даннымъ послѣднихъ 5 лѣтъ.—Бонштедтъ Г. Э. О *perineorrhaphia secundaria* въ послѣдородовомъ періодѣ.—Преображенскій В. В. Четвертый международный конгрессъ акушерства и гинекологіи въ Римѣ.

**Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1903 г. № 1.—Поповъ И. Къ вопросу о постановкѣ амбулаторной помощи туберкулезнымъ больнымъ.—Орловъ Д. Задачи Пироговской комиссіи по призрѣнію покинутыхъ дѣтей.—Мартыновъ А. III-й всероссійскій съѣздъ хирурговъ.

**Журналъ Русскаго О-ва Охраненія Народнаго Здравія 1903 г. № 1.—Держковскій К. С. Объ отношеніи антитоксическихъ свойствъ крови къ общимъ явленіямъ иммунитета животныхъ противъ дифтеріи.—Лашенковъ П. Н. Сточныя воды шерстомоечныхъ заведеній и методы ихъ очистки.—Щепиловскій Е. А. Опредѣленіе бактерій тифа въ водѣ и прочихъ средахъ по способу д-ра А. В. Виндельбанда.

****Записки Императорскаго Новороссійскаго Университета.** Т. 88. 1902 г.

****Записки Новороссійскаго О-ва Естествоиспытателей.** Томъ XXIV. Вып. II.

****Записки Русскаго Бальнеологическаго О-ва въ Пятигорскѣ.** 19³/₄ г. Т. V. № 3.—Борисовскій В. С. Отчетъ о дѣятельности свѣтолѣчебнаго кабинета въ сезонъ 1902 г.—Лихонинъ. Возможно-ли электрическое воедѣйствіе на тѣло купающихся въ минеральныхъ ваннахъ.

№ 4.—Лихонинъ Н. О. О кумысолѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ.

****Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи.** 1903 г. № 3.—Редлихъ А. Къ вопросу о такъ называемомъ раковомъ перерожденіи фиброміомъ матки.—Воячекъ В. Новые успѣхи въ дѣлѣ точнаго опредѣленія слуховой способности.—Ивановъ А. Современное состояніе вопроса о влияніи горнаго климата на кровь.

****Извѣстія Томскаго Университета.** Кн. 22-й. 1902 г.

****Извѣстія Императорскаго Русскаго Географическаго О-ва.** Т. XXXVIII. 1902 г. Вып. III и IV.

****Извѣстія Московскаго Сельско-хозяйственнаго Института.** 1902 г. Кн. 4-я.

****Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библіографіи** 1903 г. № 3, 4.

****Медицинская Бесѣда.** 1903 г. № 3. Цезаревскій П. В. Къ вопросу объ оздоровленіи городовъ—Брюшной тифъ.—Вырубовъ Н. А. Семейное призрѣніе, какъ новый путь для организованной общественной благотворительности.

№ 4.—Цезаревскій П. В. (Продолженіе).—Вырубовъ Н. А. (Продолженіе).

****Медицинскій Журналъ д-ра Окса.** 1903 г. Февраль.—Тезяковъ Н. И. Основы санитарной статистики.—Ліонъ М. Е. Словарь практическихъ медицинскихъ знаній для помощниковъ врачей (Продолженіе).—Гейцманъ. Атласъ. Описательная и топографическая анатомія человека.

Мартъ.—Тезяковъ Н. И. (Продолженіе).—Ліонъ М. Е. (Продолженіе).—Гейцманъ. (Продолженіе).

****Медицинское Обзорѣніе** 1903 г. № 3.—Мессаронъ. Случай Томсеновской болѣзни въ сочеганіи съ ложномышечной гипертрофіей.—Тутышкинъ. Къ симптоматологіи множественнаго склероза.—Розенблюмъ. Случай повторной хореи беременныхъ.

№ 4.—Столкиндъ. Три случая бронхіальной астмы у дѣтей.—Членовъ. О штриховидныхъ заболѣваніяхъ кожи.

№ 5.—Маргуліесъ. Сифилисъ и почечная хирургія.—Радцихъ. Къ казуистикѣ ограниченаго сифилитическаго склерознаго глоссита.—Юрданъ. О домо-

выхъ эпидеміяхъ сифилиса.—Цыкинъ. О селезеночной анеміи.—Марциновскій. О леченіи рожи марганцевоокислымъ каліємъ.

****Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику.** 1903 г. Февраль.—Загрянскій-Кисель. Парижскія клиники.—Добровольскій Н. Объ измѣненіяхъ артерій у дѣтей по возрастамъ.—Боголюбовъ Н. Ф. Матеріалы по морской гігіенѣ. Вода.—Вестерникъ Н. Н. О происхожденіи половъ.

****Неврологическій Вѣстникъ.** 1903 г. Т. XI. Вып. 1.—Поповъ Н. М. Разстройство сочетанныхъ движеній глазъ.—Осиновъ В. П. Вліяніе церебрина на возбудимость мозговой коры (окончаніе).—Вейнбергъ. Морфологическое описаніе мозга персидянина.—Вишневскій А. В. Къ ученію о такъ называемой перекрестной иннерваціи.—Янишевскій А. Е. О комиссуральныхъ системахъ мозговой коры (Продолженіе).—Васильевъ К. К. О вліяніи атмосферическихъ перемѣнъ на состояніе животнаго организма и на отравленія нервной системы (Окончаніе).—Жуковскій М. Н. О вторичныхъ перерожденіяхъ при сдавленіи спинного мозга въ нижне-шейной и верхне-грудной области.—Перимовъ В. А. Случай травмы черепа.

****Практическій Врачъ.** 1903 годъ. № 5.—Кацъ Я. I. Къ вопросу о явочно-надгортанныхъ нарывахъ.—Ляпцъ А. И. Леченіе мягкаго шанкра (окончаніе).—Германъ В. А. Случай колото-рѣзанной раны живота, желудка и селезенки, окончившійся выздоровленіемъ.

№ 6.—Casper L. Какія указанія дала практика для оцѣнки клиническаго значенія катетеризаціи мочеточниковъ и функціональнаго изслѣдованія почекъ?—Балинъ И. С. Къ вопросу о частотѣ виновности мужчинъ въ безплодіи брака.—Кацъ Я. I. (Окончаніе).

№ 7.—Никитинъ В. Н. Отчетъ поликлиники въ клиническомъ институтѣ В. К. Елены Павловны, по болѣзнямъ гортани, носа и зѣва, за 1902 г.—Колбасенко И. С. Жидкій тіолъ при леченіи оспы.—Миллеръ Э. Э. Къ вопросу о распространеніи болотныхъ лихорадокъ комарами.

№ 8.—Борыкинъ В. А. О временномъ расширеніи аорты и о его роли въ патогенезѣ ея аневризмъ.—Casper L. Какія указанія дала практика для оцѣнки клиническаго значенія катетеризаціи мочеточниковъ и функціональнаго изслѣдованія почекъ?—Жданъ-Пушкинъ Н. С. О леченіи поносовъ у дѣтей настойкою черники.

№ 9.—Колбасенко И. С. О спиртныхъ компрессахъ.—Борыкинъ В. А. (Окончаніе).—Casper L. (Окончаніе).—Велямовичъ В. Ф. О приготовленіи мази изъ желтой осадочной ртуті.

№ 10.—Шингаревъ А. И. Шесть случаевъ образованія желудочно-кишечнаго соустья, по способу Hartmann'a.—Финкельштейнъ С. А. Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ аспирина.—Байковъ В. Ф. Еще случай кесарскаго сѣченія.

№ 11.—Капланъ Я. Ф. Къ вопросу о вліяніи интеркуррентныхъ заболѣваній на душевныя и нервныя болѣзни.—Дамлайскій В. А. Къ казуистикѣ весенняго катара въ Россіи.—Шингаревъ А. И. (Окончаніе).

№ 12.—Турнеръ Г. И. Современная ортопедія въ дѣлѣ леченія тяжелыхъ послѣдствій дѣтскаго паралича.—Капланъ Я. ф. Къ вопросу о вліяніи интеркуррентныхъ заболѣваній на душевныя и нервныя болѣзни.—Госъ В. И. Къ казуистикѣ meningitis pestical.

*Практическая Медицина. 1903 г. Февраль.—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. Thimm Р. Терапія ~~хроническихъ и непереносимыхъ болѣзней~~.

Мартъ.—Fritsch Н. (Продолженіе).—Bendix В. (Продолженіе).—Kühnemann G. (Продолженіе). Thimm Т. (Продолженіе).

*Промышленность и Здоровье. 1903 г. Февраль.—Мартъ.

*Русскій Антропологическій Журналъ 1902 г. № 4.

**Русскій Врачъ. 1903 г. № 5.—Тонковъ В. И. О преподаваніи анатомическихъ наукъ. (Окончаніе).—Рыбаковъ Ѳ. Е. Психологическія условія развитія гипноза (Окончаніе)—Лотинъ А. В. Къ вопросу о заболѣваніяхъ глазъ, ~~вызываемыхъ личинками мухи Wohlfahrt a.~~

№ 6.—Осдоровъ С. П. Къ казуистикѣ излеченія крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи ~~опухолей~~ шеи.—Орловскій З. Ф. Къ казуистикѣ о осложненіи брюшнаго тифа. Эмболія аорты.—Бергманъ К. Ю. Къ вопросу ослабительномъ дѣйстви пургатина.—Вишневскій И. К. Теченіе оспеннаго процесса при внутреннемъ употребленіи ксилы.—Никольскій Д. П. О преподаваніи гигиены вообще и профессиональной въ особенности въ высшихъ техническихъ учебныхъ заведеніяхъ.

№ 7. Орловъ В. Н. Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія.—Зсленковскій Я. В. Эндогенное зараженіе, какъ причина болѣзней глаза.—Бѣлавенцъ П. П. Къ вопросу о дѣйствіи адреналина на животный организмъ.—Гурсвичъ М. Ю. О распознаваніи и леченіи аневризмъ брюшной аорты.—Дворецкій А. И. (Окончаніе)—Даниловъ Н. П. Отрицательныя стороны стерилизаци молока въ дѣлѣ искусственнаго вскармливанія дѣтей.

№ 8.—Сиротининъ В. Н. Памяти Вячеслава Авксентьевича Манассина.—Фавицкій А. П. и Орловскій В. Ф. Къ распознаванію катарральныхъ формъ воспаленія почечныхъ лоханокъ.—Зендеръ В. В. Случай двусторонняго перелома головокъ мало-берцевыхъ костей.—Дроздовскій П. И. Распознавательное значеніе признака Oliver'a при аневризмахъ грудной части аорты.—Несзе Э. Н. Нѣсколько наблюденій изъ офтальмологической практики.

№ 9.—Гейнацъ В. Н. О наследственности рака.—Фавицкій А. П. и Орловскій В. Ф. (Окончаніе).—Дроздовскій П. И. (Окончаніе).—Орловскій З. Ф. Къ

бактеріологическому распознаванію брюшного тифа.—Рубель М. Н. Къ гигиенѣ городскихъ улицъ.

№ 10.—Штанге В. А. О массажѣ живота.—Фавинкій А. П. Изъ клиническихъ наблюденій надъ амилоидомъ почекъ.—Гейнацъ В. Н. (Окончаніе).—Бѣлогородовъ А. А. Къ вопросу о порубежныхъ формахъ между ревматизмомъ и гломерулонефритомъ.—Покровская М. И. Мѣры, предупреждающія распространеніе сифилиса.

№ 11.—Залѣвскій С. І. Значеніе развѣдочныхъ работъ для правильного использованія и охраны минеральныхъ водъ Россіи.—Фавинкій А. П. (Продолженіе).—Финкельштейнъ Б. К. Случай трепанации черепа по поводу травматическаго кровоизліянія подъ твердую мозговую оболочку.—Коршунъ С. В. Ehrlich'овскій способъ опредѣленія силы противодифтерійной сыворотки и его теоретическія основанія.

№ 12.—Членовъ М. А. Заразительна ли проказа?—Фавинкій А. П. (Окончаніе).—Александровъ С. А. Операция ретрофлексіи матки.—Покровская М. И. (Окончаніе).—Ивановъ И. И. Искусственное оплодотвореніе млекопитающихъ.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней. 1903 г. № 2.—Станиславскій В. И. Къ вопросу о такъ называемой дистрофической формѣ *epidermolysis bullosa hereditaria vel congenita*.

**Русскій Хирургическій Архивъ. 1903 г. Кн. 1-я.—Гольбекъ О. М. Изъ наблюденій по полевой хирургіи.—Крюковъ М. М. Къ ученію о бедренныхъ пузырныхъ грыжахъ.—Байковъ В. Ф. О нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при сѣченіяхъ застарѣлыхъ грыжъ.—Байковъ В. Ф. *Neoplasma hepatis*. *Laparotomia*.—Разумовскій В. И. Хирургическія наблюденія: 12) О хирургическомъ лѣченіи стриктуръ тонкой кишки.—Васильевъ М. А. О вліяніи резекціи сѣмянносѣчащаго протока на тонусъ сфинктера мочевого пузыря.—Смирновъ К. Н. Случай эмболии легочной артеріи при переломѣ обѣихъ нижнихъ конечностей.—Фирштенбергъ С. Г. О показаніяхъ къ внутренней уретротоміи при суженіяхъ мочеиспускательнаго канала.

**Сибирскія Врачебныя Вѣдомости. 1903 г. № 4, 5, 6.

**Современная Клиника. 1903 г. № 1.—Baumler С. Клиника острого суставнаго ревматизма.—Escherich Fh. Острыя расстройства пищеваренія у грудныхъ дѣтей.

№ 2.—Bumm L. Передой у женщинъ и его леченіе.—Noorden С. Усиленное и недостаточное питаніе и ихъ терапевтическое примѣненіе.

**Современная Медицина и Гигіена. 1903 г. № 1.—Фурнье. Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса.—Гравицъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови.—Левенфельдъ. Половая жизнь и находящіяся въ связи съ нею нервныя болѣзни.

№ 2.—Строгановъ В. В. Сборникъ акушерскихъ задачъ.—Metnitz. Учебникъ зубоврачеванія.—Гравицъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови.—Левенфельдъ Л. Половая жизнь и находящіяся въ связи съ нею нервныя болѣзни, съ прибавленіемъ половой невралгіи.—Фурнье А. Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса.

*Терапевтическій Вѣстникъ. 1903 г. № 2.—Брейтманъ М. Запоръ и его современное леченіе.

№ 3.—Брейтманъ М. (Окончаніе).

№ 4.—Strauss Н. Основы діетическаго леченія желудочныхъ заболѣваній.

№ 5.—Strauss Н. (Продолженіе).

**Технологъ. 1903 г. № 1, 2.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1903 г. № 1.—Свенсонъ Н. А. Къ вопросу о газовомъ и азотистомъ обмѣнѣ у выздоравливающихъ отъ брюшнаго тифа и воспаленія легкихъ.

№ 2.—Лапинскій М. Н. О полинейритическомъ психозѣ Корсакова.—Шимановскій А. Ф. Письма о нѣкоторыхъ главныхъ клиникахъ.

**Ученныя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. 1903 г. Вып. 1.—Логиновъ въ Къ вопросу о вліяніи температуры на величину латентнаго періода и форму кривой сокращенія поперечно-полосатыхъ мышцъ.—Гольцманъ К. М. Краткій курсъ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней домашнихъ животныхъ.

**Ученныя Записки Императорскаго Казанскаго Университета. 1903 г. № 1.

**Ученныя Записки Императорскаго Юрьевскаго Университета. 1903 г. № 1.

**Хирургія. 1903 г. Февраль.—Дерюжинскій С. Ф. О послѣоперационной пневмоніи.—Зиминъ А. Н. Къ казуистикѣ леченія слюнныхъ свищей.—Аражановъ А. А. Острое гнойное воспаленіе зоба.—Орловскій А. М. Удаленіе изъ горла сѣмечка подсолнечника.—Заварыкинъ Г. И. Случай огнестрѣльной раны живота.

Мартъ.—Абрикосовъ А. И. Къ патологической анатоміи «первичной и множественной міеломы» костнаго мозга.—Прянишниковъ В. Ложная аневризма общей сонной артеріи.—Чижевъ С. Ф. Повторное наложеніе шва при раненіи внутренней яремной вены.—Богавскій А. Т. Къ казуистикѣ грыжъ кишечной стѣнки или такъ наз. кишечно-стѣночныхъ грыжъ Richter'a, содержащихъ инородныя тѣла.—Козловскій Б. С. Операции при ложномъ вправленіи грыжъ.—Юцевичъ О. Къ вопросу о резекціи мелкихъ костей стопы.—Герценъ П. О боковыхъ вывихахъ въ локтевомъ сочлененіи.

**Электричество. 1903 г.

Н. Осокинъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— 22-го Марта докторантъ Островскій, ищущій званіе привать-доцента, прочелъ пробную лекцію на тему, предложенную ему факультетомъ—«физіологическія основанія при леченіи переломовъ».

— 30-го Марта лекаръ А. Е. Янишевскій защищалъ диссертацию, представленную имъ на соисканіе степени доктора медицины, на тему—«о комиссуральныхъ системахъ мозговой коры.» (Мозолистое тѣло, передняя спайка, и Давидова лира).

— 29-го Марта студенты-медики V курса очень тепло прощались на послѣдней лекціи съ своимъ учителемъ проф. Н. М. Поповымъ, уѣзжающимъ въ Одессу.

— Общество врачей при Казанскомъ университетѣ въ одномъ изъ своихъ засѣданій, по почину проф. К. М. Леонтьева, избрало особую комиссію для выработки программы всесторонняго изученія кумысолечебнаго дѣла въ Россіи. Предсѣдателемъ комиссіи избранъ К. М. Леонтьевъ. Комиссія между прочимъ предполагаетъ издать подробный перечень кумысолечебницъ въ губерніяхъ, примыкающихъ къ Казанской губерніи, съ указаніемъ ихъ достоинствъ и недостатковъ.

— Проф. М. Я. Капустинъ недавно знакомилъ на мѣстѣ студентовъ медиковъ IV курса съ устройствомъ боенъ и тюремъ. На дняхъ предполагенъ имъ осмотръ городскихъ рынковъ.

— 23-го Марта епископъ Алексій прочелъ въ зданіи Реального училища публичную лекцію—«о цѣломудріи.» Нельзя не привѣтствовать отъ души жела-

ніе уважаемаго архипастыря притти на помощь въ разрѣшеніи столь важнаго и уже давно назрѣвшаго общественнаго вопроса о половомъ воздержаніи. — Скоро-ли медики возьмутся за всестороннее изученіе этого вопроса, въ которомъ они доселѣ держатся самыхъ неопредѣленныхъ взглядовъ, покоющихся всецѣло на однихъ медицинскихъ предразсудкахъ, давшихъ поводъ нашему великому учителю жизни Льву Николаевичу Толстому бросить врачамъ упрекъ въ санкціонированіи ими разврата среди молодежи.

— На кафедрѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней при Казанскомъ университетѣ избранъ медицинскимъ факультетомъ прив.-доц. Харьковскаго университета Зарубинъ.

А. Оаворскій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ, основанный въ память В. А. Манассеина,

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

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

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) Приложеніе: Краткое содержаніе текущей литературы за истекшіе недѣли и 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 отдѣльные оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача», просить 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. Риккертъ 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 помѣщаться:

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 медицинскою 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 за границей, 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 разобраться 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. и.

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

Цѣна отдѣльнаго № 60 коп.

Съ требованіями просятъ 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

НА

„ВРАЧЕВНО-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 эпидемическую 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-й годъ

НА ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГИЕНЫ

„МЕДИЦИНСКАЯ БЕСТЪДА“

(17-й годъ изданія. Большая золотая медаль на I-й Всероссийской Гигиенической Выставкѣ).

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ по слѣдующей программѣ:

- 1) Правительственныя распоряженія по врачебной части и вѣдомству
- 2) Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи, патологіи,

терапии, хирургии, акушерству и другим частямъ врачебной науки. Медицинская статистика. Школьная гигиена. Аптечное дѣло. 3) Статьи по земской медицинѣ. 4) Исторія медицины. 5) Переводные статьи и рефераты изъ повременныхъ иностранныхъ медицинскихъ изданій. 6) Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющія близкое отношеніе къ медицинѣ. 7) Врачебная хроника и смѣсь. 8) Врачебно-бытовые вопросы. 9) Народная медицина. Врачебныя замѣтки. 10) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Протоколы больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, отчеты о дѣятельности больницъ и подобнаго рода больничныхъ учреждений. 11) Объявленія.

По примѣру прежнихъ лѣтъ въ журналѣ будетъ отведено значительное мѣсто для статей и рефератовъ обще-медицинскаго характера и вообще журналъ будетъ способствовать постановкѣ и разрѣшенію вопросовъ общественной медицины, въ частности городской и земской медицины. Въ 1903 году редакція надѣется нѣсколько расширить мѣстный отдѣлъ.

Съ января въ журналѣ будутъ печататься статьи А. Х. Сабинина по частной патологіи и частной терапіи, которыя въ послѣдствіи составятъ систематическій курсъ по внутреннимъ болѣзнямъ. (Первое изданіе «Курса частной патологіи и частной терапіи по внутреннимъ болѣзнямъ» А. Х. Сабинина уже давно распродано).

Годовая цѣна съ доставкой и пересылкой—5 р., для фельдшеровъ и акушеровъ—3 р. Подписка принимается: въ С.-Петербургѣ, въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера (Невскій прот. 14); въ г. Воронежѣ, въ конторѣ редакціи и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

Г.г. фельдшеровъ фельдшерицъ и акушеровъ просятъ обращаться съ подпискою въ контору редакціи.

Плата за объявленія: цѣлая страница—10 р.; $\frac{1}{2}$ страницъ—5 р.; менѣе $\frac{1}{2}$ страницъ—3 р. Годовымъ абонентамъ уступка 20%, полугодовымъ—10%. Объявленія о справкѣ и предложеніи услугъ 1 р. за 4 строки.

При редакціи имѣется книжный складъ для продажи специальныхъ и общедоступныхъ (популярныхъ) медицинскихъ книгъ и брошюръ; книги и брошюры высылаются наложеннымъ платежомъ. Складъ принимаетъ заказы.

Редакторъ-Издатель А. Х. Сабининъ.

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, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

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

VI отдѣлъ. Рецензіи и библіографія.

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

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

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

Заграницу—10 р. за годъ.

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

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

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

Коммисіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленевъ.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ НА 1903 ГОДЪ.

ЖУРНАЛЬ

РУССКАГО ОБЩЕСТВА

ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

ТРИНАДЦАТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ.

Допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ бібліотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

«Журналъ» выходитъ ежемѣсячно, книжками отъ 5 печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія.—II. Отчеты о засѣданіяхъ отдѣленій Общества: 1—біологическаго, 2—статистическаго, эпидемиологической и медицинско-географіи, 3-го—общественной и частной гігіены, 4-го—гігіены дѣтскаго и школьнаго возрастовъ, 5-го—бальнеологіи и климатологіи.—III. Научныя корреспонденціи.—IV. Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы,—по біологіи, статистикѣ, эпидемиологіи, гігіенѣ, бальнеологіи, климатологіи.—V. Критика и бібліографія.—VI. Хроника.—VII. Частныя объявленія и публикаціи.—VIII. Приложенія.

Въ Приложеніи къ Журналу, между прочимъ, помѣщены въ 1893—1899 гг. «Сравнительная статистика населенія (смертность)», проф. Янсона. «Журналы засѣданія Московск. Гигіен. Общества», «Отчеты Спб. город. санит. комиссіи» за 1892—1898 гг., «Отчеты Спб. гор. лабораторіи» за 1892—1897 г. «Врачебныя учрежденія С.-Петербурга», д-ра А. Липскаго. «Молоко Спб. коровъ», д-ра Архангельскаго. «О санитарномъ надзорѣ за пищевыми продуктами въ Спб.», «Чертежи къ проекту участковой земской больницы», проф. А. А. Веденяпина. «Дѣтскія лечебныя колоніи въ Варшавѣ»; «Труды комиссіи по вопросу о водоснабженіи г. Тулы», «Очеркъ развитія дѣтскихъ лечебныхъ колоній въ Россіи и за границей», д-ра М. Д. ванъ-Шутерп. «Матеріалы по оспопрививанію въ Россіи», «Ривьера», сочин. д-ра Гребнеръ и ин. друг.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ВЪ ГОДЪ 4 РУБ. СЪ ДОСТАВКОЮ И ПЕРЕСЫЛКОЮ.

Подписка принимается: въ С.-Петербургѣ: въ канцеляріи Общества охр. нар. здравія: С.-Петербургъ, Мойка, д. 85, и въ книжныхъ магазинахъ: Риккера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина и др.

«Журналъ» можетъ быть высланъ паложеннымъ платежемъ. Плата за объявленія—за одинъ разъ: за страницу 10 рублей, за $\frac{1}{2}$ страницы 7 руб., за $\frac{1}{4}$ страницы 4 руб. Объявленія впереди текста на 25% дороже. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ. Экземпляры «Журнала» за предыдущіе годы по 3 руб. съ перес. Контора Журнала помѣщается въ канцеляріи Р. Общества охр. народн. здравія: С.-Петербургъ, Мойка, д. 85. Контора редакціи открыта ежедневно, исключая праздниковъ, отъ 6 до 8 часовъ вечера.

Редакторъ А. А. Липскій.

ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“

Семейный гигиеническій 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 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, редакція «Будьте здоровы!»

Редакторъ-Издатель д-ръ И. И. Зарубинъ

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. Анзимірова, А. Воинова, С. В. Бородавскаго, С. А. Гатцука, А. В. Герчика, 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, Ф. И. Косоротова, проф. Н. М. Кулагина, проф. П. Н. Кудешова, Ю. Р. Ланцкаго, В. Л. Максимова, П. В. Отоцкаго, М. А. Опанина, Л. А. Піотрашко, проф. Д. Н. Прянишникова, И. И. Пузыревскаго, Н. И. Радощнова, 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. Сельскохозяйственные 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 новый ежемѣсячный литературный, историческій и научный
журналъ

„Всемирный Вѣстникъ“

Общее направленіе журнала остается тѣмъ же, что было въ «Вѣстникѣ всемирной исторіи», (т. е. общественно-прогрессивнымъ), полнымъ правопреемникомъ котораго явится «Всемирный Вѣстникъ». Литературно-историческія задачи изданія настолько выяснились за 10-ти годовою періодъ существованія журнала, что намъ которые вѣли В. В. И. въ продолженіе этого періода, нѣтъ необходимости повторять о нихъ. Не рекламируя изданіе и не указывая на его предполагаемое содержаніе Редакція всегда стремилась къ тому, чтобы книги журнала представляли собой значительный литературный интересъ. Мы не будемъ указывать на то, что дадимъ, напомнимъ лишь о томъ, что мы уже напечатали. Изъ трудовъ, помѣщ. въ В. В. И., позволимъ себѣ, переименовать слѣд.: проф. Максимъ Ковалевскій: «Эволюція собственности», «Рабочій вопросъ въ среднія вѣка», «Почитаніе предковъ у Кавказскихъ народовъ»; проф. М. А. Рейснеръ: «Языческій Римъ и христіанская совѣсть», «Католичество и религіозная нетерпимость въ среднія вѣка»; проф. А. С. Травчевскій: «Наполеонъ I»—истор.-біогр. оч., «Міръ Ислама», «Французскіе интенданты»; проф. Н. П. Лихачевъ: «Антоній Поссевинъ и Истомъ Шевригинъ»; проф. Н. М. Коркуновъ: «Четыре проекта преобразованія Сената»; проф. С. Θ. Платоновъ: «О титулѣ „думный дьякъ“»; проф. Г. А. Комаровскій: «Англія и Трансвааль»; проф. П. И. Ковалевскій: «Христина королева Шведская»—ист.-психолог. оч.; проф. Э. Марксъ: «Королева Елисавета Англійская и ея время»; проф. И. Н. Ждановъ: «Пушкинъ о Петрѣ Великомъ»; Б. М. Грибовскій: «Алмазъ изъ рода Гиреевъ»—романъ, «Процессъ братьевъ Пушкиныхъ», «Деревенскій Грозный старикъ времени»; проф. Θ. О. Зелинскій: «Первое свѣтопредставленіе»; Д. Л. Мордовцевъ: «За всемірное владычество»—ист. ром.; В. Я. Свѣтловъ: «Даръ слезъ»—ром., «Венеційская лагуна», ром.; Д. Θ. Кобеко: «Директоръ Царскосельскаго лицея Е. А. Энгельгардтъ и его питомцы»; Н. К. Шильдеръ: «Къ исторіи Шкловской командировки Г. Р. Державина въ 1799 г.»; Э. Вестермаркъ: «Матріархатъ Л. Е. Оболенскій: «Механизмъ идеала въ исторіи», А. А. Хахановъ: «Прошлое Грузіи»; П. О. Пирлингъ: «Сорбонна и Россія»; Батуриинскій: «Герценъ и Тургеневъ» (переписка Г. съ Т.); В. С. Соловьевъ: «Воскресное письмо»; Іосифуни Куроно: «Принцъ Ммая-до»—оч. изъ ист. Японіи; К. Каутскій: «Очерки по исторіи

культуры», «Парламентаризмъ и партіи въ Англіи», «Общественныя отношенія во Франціи въ концѣ прошлаго вѣка», І. І. Ясинскій: «Очерки захолустной жизни». В. Смоленскій: «Исторія польскаго народа»—и мн. др. Редакція главнымъ образомъ обращаетъ вниманіе на интересъ содержанія и художественность воспроизведенія беллетристическихъ, историческихъ и научныхъ статей помещаемыхъ въ журналѣ. Обицали свое участіе многіе выдающіеся писатели, ученые и другіе художественныя и общественныя дѣятели. Въ портфель Редакціи имѣется нѣсколько интересныхъ произведеній, съ которыми она предполагаетъ ознакомить своихъ подписчиковъ, между ними рядъ статей: К. И. Арабажина, кн. В. В. Барятинскаго, Батуринскаго, А. М. Бобринскаго-Пушкина, Б. П. Бурдесъ, Н. А. Гастфрейндъ, С. О. Годлевскаго, Е. В. Давыдова, И. И. Забрежнева, И. М. Иванова, проф. Максима Ковалевскаго, проф. П. И. Ковалевскаго, Е. Н. Лебедевой, В. Н. Никитина, Н. К. Никифорова, проф. В. П. Перетца, Н. А. Попова, І. В. Радзивиловича, проф. М. А. Рейснера, Н. Оалѣва, Н. Б. Хвостова, Вс. Чсшежина и мн. др. Затѣмъ будетъ данъ рядъ художественныхъ переводовъ съ иностранныхъ языковъ, подъ ред. А. М. Бобринскаго-Пушкина. Редакція будетъ слѣдить за ходомъ литературы и науки всего міра и по мѣрѣ появленія выдающихся трудовъ въ этой области будетъ знакомить съ ними своихъ читателей. Подписчики получаютъ въ теченіе года двѣнадцать книжекъ (около 300 стр. въ каждой) съ иллюстраціями; при каждой книжкѣ будетъ дано не менѣе двухъ приложеній съ особой послѣдовательной нумераціей страницъ. Никакихъ особыхъ премій не будетъ.

Подписная цѣна съ доставкой и пересылкой: на годъ 6 руб. на полгода 3 руб. за границу на годъ 9 руб.

Допускается расценка по 50 к. въ мѣсяцъ. Для ознакомленія съ журналомъ высылаются книжка за 50 к. Подписка принимается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакція и Контора; СПб., Дмитровскій пер., 15.

Редакторъ-Издатель С. Сухонинъ

Открыта подписка на 1903 годъ

(четыренадцатый годъ изданія)

на общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“

XIV годъ изданія,

посвященный всѣмъ отраслямъ медицины.

Журналъ выходитъ ежемѣсячно, 12 книжекъ (24 №№) въ годъ. Годовая цѣна за 12 книгъ 3 руб., за 1/2 года 6 книгъ 1 р. 50 к., съ доставкой и пересылкой.

Плата за объявленіе по 20 коп. за строку пестита. Подписка принимается въ редакціи «Акушерки» въ Одессѣ (адресъ почтъ извѣстенъ) во всѣхъ книжныхъ магазинахъ и во всѣхъ почтовыхъ конторахъ съ наложеніемъ платежа или переводомъ

Редакторъ-Издатель Акушеръ П. М. Амброжевичъ.

Въ Редакціи продаются: оставшіеся экземпляры «Акушерки» прежнихъ лѣтъ: 1890, 1892, 1893 по одному рублю за сброшюванный полный экземпляръ, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 г., для подписавшихся и на 1903-й по два рубля за экземпляръ, для прочихъ-же по три рубля.

«Руководитель повивальной бабки» д-ра А. Артемьева, 40 к. вмѣсто 1 р.—осталось очень небольшое число экземпляровъ.

«Ребенокъ В. П. Жука. Гигіена ребенка отъ рожденія до 3-хъ лѣтъ—изд. 1897 г.—цѣна 1 р., тоже ограниченное число экземпляровъ. Всѣ цѣны для въ-писывающихъ изъ редакціи съ пересылкою.

Открыта подписка на 1903 годъ.

ЖУРНАЛЪ „ТЕХНОЛОГЪ“.

Годъ изданія 6-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Описаніе техническ. новѣйшихъ изобрѣтеній и усовершенствованій. Техническ. описаніе городскихъ хозяйствъ. Электричество. 2) Описаніе цѣлыхъ техническихъ производствъ. 3) Смѣсь:—краткія техническ. и сельско-хозяйственныя новости. 4) Техн. библіографія. Техническ. образованіе. 5) Распор. касающъ заводской промышленности. Привилегіи. 6) Чертежи, рисунки, планы. 7) Объявленія.

Въ 1903 г. будетъ помѣщено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Рецепты для промышленности и хозяйства.

1) Техническое описаніе фабрикъ, заводовъ, мастерскихъ съ рисунками заводовъ и съ портретами основателей этихъ предпріятій и главныхъ дѣателей и

мастеровъ, изданіе это составитъ за нѣсколько лѣтъ богатую картину состоянія русской промышленности.

2) Новое производство.

Обширная программа съ рисунками.

Цѣна журнала за годъ съ прилож. и перес. 5 р.

Адр. редакціи журнала «Технологъ», Одесса, Театральн. пер., д. № 12.

Подписка принимается у К. Риккера СПб. Въ книжныхъ магазинахъ «Новое Время» въ Петербургѣ, Москвѣ, Харьковѣ, Кіевѣ, 1 г. Оглоблина въ г. Кіевѣ и въ конторѣ редакціи—Одесса, Театральн. пер. с. д. № 12.

Приложенія къ журналу «Технологъ»:

Въ 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 г. были приложенія: Пастеризованный виноградный сокъ (ц. 50 к.).—Кальціумъ карбиды и карборундумъ (ц. 50 к.).—О поляхъ орошенія (цѣна 30 к.).—Успѣхи кожевеннаго производства (ц. 1 руб.).—Объ оползняхъ и обвалахъ въ г. Одессѣ и др. (ц. 30 к.).—Рецепты для промышленности и хозяйства продолженіе въ №№ (ц. по 30 к. №). Профильная сталь.—Бактеріи урожая (ц. 50 к.). Успѣхи техники передъ началомъ XX вѣка, съ многими рисунками (ц. 1 р.).

Рецепты. Производство соснового масла (ц. 50 к.) и др.

Въ 1902 г. при журналѣ «Технологъ» будетъ приложена премія «Ситцевые полы»—привилегія Инженера-Технолога Н. Мельникова—подробное описаніе и образцы. Постороннія лица, не подписчики журнала «Технологъ» получаютъ подробное разъясненіе о ситцевыхъ и обойныхъ полахъ, прилагая дѣй 7 коп. марки.

Ситцевые полы—на что выдана въ Россіи привилегія Инженеру Н. Мельникову на 15 лѣтъ исполнѣ замѣняютъ окраску половъ въ домахъ маслянной краской оклейка половъ ситцемъ или обоями производятся въ одинъ два—дня, что можно дѣлать зимою и получается очень красивый и прочный полъ, который можно мыть водою.

Одесса, Инженеръ Н. П. Мельниковъ соб. домъ. Театр. пер.

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 1901 и 1902 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1903 годъ

(Третій годъ изданія).

Со дня подписки до новаго года **БЕЗПЛАТНО**

„САМОПОМОЩЬ“.

Ежемесячный иллюстрированный популярный семейный журналъ

Подписная цѣна съ пересылкой 4 руб. въ годъ.

Допускается подписка наложеннымъ платежѣмъ. На первый послыаемый № журнала накладывается платежъ 4 р., а остальные №№ высылаются по полученіи денегъ обыкновеннымъ порядкомъ.

Адресъ: С.-Петербургъ, Симеоновская, 3.

«Помогай себѣ самъ!» Вотъ къ чему въ наше время долженъ стремиться каждый. Идѣть самопомощи и служить журналъ «Самопомощь». На его страницахъ читатель найдетъ:

Самопомощь въ болѣзняхъ: сохраненіе здоровья, популярная гигиена, домашняя медицина, леченіе безъ помощи врача, бесплатныя медицинскіе совѣты подписчикамъ.

Самопомощь въ хозяйствѣ: практическое сельское хозяйство горожанина, дачника и деревенскаго жителя, садоводство огородничество, птицеводство, постройки, охота, спортъ.

Самопомощь въ домашнемъ обиходѣ, домашнее хозяйство, домоводство, общедоступная техника, гигиеническая кухня и поваренное искусство, моды, рукодѣлія, музыка.

Самопомощь въ семьѣ: физическое, умственное и нравственное воспитаніе дѣтей, педагогія, гигиена дѣтей и юношества, школьная гигиена игры, развлеченія, занятія.

«Самопомощь» единственный изъ русскихъ журналовъ съ такой широкой программой. Обнимая собою все, что нужно знать среднему интеллигентному человѣку въ области практической жизни и дѣятельности, журналъ «Самопомощь» одинъ замѣняетъ собой нѣсколько популярныхъ журналовъ. Онъ предлагаетъ своимъ читателямъ только практическія, удобоисполнимыя совѣты, указанія и наставленія, изложенныя яснымъ, популярнымъ, понятнымъ всякому языкомъ. При такихъ условіяхъ, и при своей дешевой цѣнѣ журналъ «Самопомощь» можетъ и долженъ сдѣлаться полезнымъ журналомъ въ каждой семьѣ.

Со дня подписки до новаго года бесплатно.

подписка на 1903 годъ на журналъ „ДѢЯТЕЛЬ“.

ВОСЬМОЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- 1) Правительственные распоряженія.
- 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
- 3) Повѣсти, рассказы, стихотворенія и другія статьи бытоваго, нравственнаго и историческаго содержанія.
- 4) Письма изъ провинціи.
- 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизнь.
- 6) Изъ жизни и печати.

- 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.
- 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
- 9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
- 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
- 11) Критика и библіографія.
- 12) Объявленія.

Подписная цѣна за годъ 2 рубля. Полугодовая подписка не принимается.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя бібліотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 **годы** платятъ **12 рублей.**

Адресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДѢЯТЕЛЬ“ можно пріобрѣтать книги допущенныя Ученымъ Комитетомъ для бесплатныхъ народныхъ читальнь и народныхъ чтеній:

- Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова. » р. 20 к.
- Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню. 2 р. * к.
- Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню. 1 р. * к.
- Вино для человека и его потомства—ядъ. За сотню. 2 р. * к.
- Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заблужденіямъ человека. Проф. И. М. Догеля. (Одобр. Ученымъ Комит.) » р. 40 к.
- Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его-же » р. 30 к.
- Высокопросвѣщенный Владимір (некрологъ), съ портретомъ. Проф. А. И. Александрова » р. 10 к.
- Исторія Казани. К. О. Фукса » р. 50 к.
- Простое руководство къ разумному членоводству, съ рисунками. Свящ. В. И. Веселицкаго (Одобр. Учен. Комит.) » р. 30 к.
- Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турнерелли. » р. 50 к.
- Обиженные дѣти. Іеромонаха Михаила. » р. 50 к.

Редакторъ-издатель А. Т. Соловьевъ.

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 1903 г.

ВѢСТНИКЪ ТРЕЗВОСТИ.

12 книгъ въ годъ, цѣна съ доставкою одинъ рубль. Журналъ съ 1902 года выходитъ при постоянномъ и ближайшемъ участіи священника о. Григорія Спиридоновича Петрова.

«Вѣстникъ Трезвости» имѣетъ своею задачею не одну борьбу народнымъ съ пьянствомъ, а вообще проповѣдь трезвыхъ взглядовъ на всѣ явленія личной, семейной, общественной и международной жизни. Трезвость мысли, трезвость чувствъ и трезвость дѣйствій,—вотъ провозвѣстникомъ чего является нашъ журналъ. Лучшимъ средствомъ для достиженія этой трезвости мы считаемъ возможно полное выясненіе евангельскаго ученія, освѣщеніе имъ всѣхъ сторонъ человѣческой жизни.

«Вѣстникъ Трезвости» допущенъ особымъ отдѣломъ Ученаго Комитета Министерства Народнаго Просвѣщенія для учительскихъ библіотекъ начальныхъ школъ, для ученическихъ библіотекъ учительскихъ семинарій и институтовъ и для бесплатныхъ библіотекъ и читаленъ, а равно и для народныхъ чтеній.

Ученымъ Комитетомъ при Св. Синодѣ рекомендованъ для пріобрѣтенія въ библіотеки духовныхъ семинарій, а равно и въ приходскія библіотеки при городскихъ и сельскихъ церквахъ.

Училищнымъ Совѣтомъ при Св. Синодѣ допущенъ въ учительскія библіотеки церковно-приходскихъ школъ.

Подписка принимается во всѣхъ магазинахъ. Для иногороднихъ: Петербургъ Гороховая, 32.

Редакторъ-издатель д-ръ Н. И. Григорьевъ.

1903. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ГОДЪ III.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНИ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,

выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—10 руб., за границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Болѣзней.



Открыта подписка на 1903 годъ.
Годъ XIX
РУССКІЙ
ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ „ХИРУРГИЧ. ВѢСТНИКА И „ЛѢТОПИСИ РУССКОЙ ХИРУРГИИ“).

въ 1903 году будетъ выходить по прежней программѣ и въ прежнемъ объемѣ: каждыя два мѣсяца книжками не менѣе 8 листовъ каждая.

РЕДАКТОРЪ-ИЗДАТЕЛЬ

Н. А. Вельяминовъ,

Профессоръ Академической Хирургической Клиники.

РЕДАКТОРЫ:

А. А. Бобровъ. Профессоръ Факультетской Хирургической Клиники въ Москвѣ. В. И. Разумовскій. Профессоръ Факультетской Хирургической Клиники въ Казани. И. Ф. Сабанѣевъ. Старшій Врачъ Одесской Городской больницы. К. М. Сапѣжко. Профессоръ хирургіи Императорскаго Новороссійскаго Университета. К. П. Серапинъ. Ассистентъ Академической Хирургической Клиники. В. А. Тиле. Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской Академіи. Це ге фонъ-Мантейфель. Профессоръ хирургіи Императорскаго Университета въ Юрьевѣ. Г. Ф. Цейдлеръ. Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

ЖУРНАЛЪ ИЗДАЕТСЯ ПРИ УЧАСТІИ:

д-ра А. Т. Богаевского (Кременчугъ), проф. Н. А. Багуева (Одесса), д-ра М. Н. Бенисовича (Одесса), проф. Э. К. Борнгаупта (Кіевъ), д-ра Р. В. Бутца (С.-Петербургъ), д-ра П. И. Бухмана (С.-Петербургъ), д-ра К. А. Вальтера (С.-Петербургъ), проф. М. А. Васильева (Варшава), проф. А. А. Введенскаго (Томскъ), акад. К. Н. Виноградова (С.-Петербургъ), д-ра С. В. Владиславлева (С.-Петербургъ), прив.-доц. Н. М. Волковича (Кіевъ), д-ра И. Э. Гагенъ-Торна (С.-Петербургъ), д-ра А. А. Глѣбовскаго (С.-Петербургъ), д-ра И. И. Грскова (С.-Петербургъ), д-ра В. Б. Гюббенета (С.-Петербургъ), проф. С. Н. Делицина (Харьковъ), д-ра К. П. Домбровскаго (С.-Петербургъ), д-ра Я. Б. Зельдовича (С.-Петербургъ), проф. І. Ф. Земацкаго (С.-Петербургъ), д-ра В. Н. Зененко (С.-Петербургъ), проф. А. А. Кадьяна (С.-Петербургъ)

ОБЪЯВЛЕНІЯ

д-ра Б. С. Козловскаго (Смѣла), проф. М. М. Кузнецова (Варшава), д-ра А. Г. Кулябко-Корецкаго (Липецкъ), проф. А. И. Лебедева (С.-Петербургъ), проф. Л. Л. Лешина (Москва), проф. В. В. Максимова (Варшава), доц. М. П. Манасина (С.-Петербургъ), д-ра И. Я. Мееровича (Екатеринодаръ), д-ра Н. А. Мейгарда (С.-Петербургъ), д-ра А. В. Минина (С.-Петербургъ), проф. В. М. Мыша (Томскъ), д-ра Г. Г. Надеждина (Гатчина), проф. Д. О. Отта (С.-Петербургъ), д-ра М. Ф. Рабиновича (Новгородъ), проф. В. А. Ратимова (С.-Петербургъ), проф. Г. Е. Рейна (С.-Петербургъ), д-ра I. Г. Родзевича (Нижній-Новгородъ), д-ра Г. Д. Ромма (Вильна), проф. И. К. Спичарнаго (Москва), доц. Н. В. Соломка (Кіевъ), проф. А. И. Таранецкаго (С.-Петербургъ), проф. А. С. Таубера (С.-Петербургъ), проф. Г. Ф. Тишнута (С.-Петербургъ), доц. П. И. Тихова (Кострома), д-ра В. Н. Томашевскаго (С.-Петербургъ), проф. Ю. Ю. Трейберга (С.-Петербургъ), д-ра А. А. Троянова (С.-Петербургъ), д-ра Н. П. Тришклера (Харьковъ), д-ра Б. М. Фабриканта (Харьковъ), д-ра Б. А. Фраткина (С.-Петербургъ), д-ра Е. А. Фрикера (Одесса), д-ра В. В. Хорвата (С.-Петербургъ), д-ра И. И. Чарномской (С.-Петербургъ), проф. И. Э. Шавловскаго (С.-Петербургъ).

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ хирургіи и родственныхъ ей специальностей.

II. Критика и библіографія.

III. Рефераты.

IV. Отчеты и протоколы русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ Обществъ и Съѣздовъ.

V. Корреспонденціи.

VI. Объявленія.

Рукописи (въ заказныхъ бандероляхъ и написанныя, по возможности, четко и на одной сторонѣ листа) просить направлять на имя **К. П. Серапина** (Шпалерная, 30, кв. 1). Статьи, гдѣ-либо уже напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, дѣлать сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ текстѣ печатныхъ статей. Рукописи ненапечатанныхъ самостоятельныхъ работъ хранятся въ редакціи, для возвращеній авторамъ, по ихъ требованію (почтой—на ихъ счетъ), въ теченіе 2 лѣтъ; возвращеніе ненапечатанныхъ рефератовъ, рецензій, корреспонденцій и пр. необязательно. Плата за рефераты и рецензіи—30 рубл. съ листа. Для переговоровъ редакторъ проф. Н. А. Вельяминовъ (Кирочная, 18), принимаетъ по средамъ отъ 10 до 11 час. утра.

Секретарь редакціи д-ръ Б. Е. Гершуни (Подольская, 19, кв. 8).

Цѣна за годъ съ пересылкою и доставкою 8 р., за полгода 4 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, дѣлается бесплатное объявленіе

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. Даршавича.

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 вѣ членовъ Общества 5 руб. въ годъ.

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

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

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