

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ II.
М А Р Т Ъ.
1902 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1902.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 13 мая 1902 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Къ вопросу о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.

(СТАТИСТИЧЕСКАЯ ЗАМѢТКА)

Л. О. Бобровскаго - Корољко,

Ординатора Психіатрическаго отдѣленія Одесской Городской Больницы.

(Окончаніе).

Теперь позволю себѣ коснуться частоты сифилиса у регистрируемыхъ прогрессивныхъ паралитиковъ, причемъ будутъ сообщены свѣдѣнія только относительно мужчинъ, такъ-какъ собираніе свѣдѣній въ этомъ направленіи и у мужчинъ очень трудно, а у женщинъ и подавно, особенно при настоящихъ условіяхъ помѣщенія въ больницу (полиція, знакомые, родственники, рѣдко близкіе родные); относительно только двухъ женщинъ, т. е. 4,25%, твердо установлено, что онѣ перенесли сифилисъ, причемъ мужъ одной изъ нихъ боленъ спинной сухоткой; форма прог. паралича у этихъ больныхъ была депрессивная.

Т А Б Л И Ц А XXIV (мужчины).

	Г О Д А.												Всего.			
	1893		1894		1895		1896		1897		1898				1899	
	Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%
Сифил. перен.	4	11,76	6	16,21	3	9,67	3	7,69	5	11,9	18	52,94	14	35,00	53	20,46
Сиф. въроят.	—	—	—	—	0	0	—	—	—	—	2	5,88	6	15,00	8	3,08
Шанкеръ пер.	—	—	—	—	1	3,22	—	—	—	—	—	—	2	5,00	3	1,15

Если мы возьмемъ цифры за послѣдніе два года (1898 и 1899 г.), въ теченіе которыхъ я старался тщательнымъ образомъ собирать свѣдѣнія относительно сифилиса у поступавшихъ прогр. паралитиковъ, то получимъ, что изъ 74 прогр. паралитиковъ навѣрное были сифились у 32, что составляетъ—43,24%; если присоединить сюда паралитиковъ съ вѣроятнымъ сифилисомъ—8 ч. (10,81%), то получится—54,05%, а если включить еще паралитиковъ, перенесшихъ шанкеръ—2 ч. (2,70%), то найдемъ—56,75%. (Что касается злоупотребленія алкоголемъ, предшествовавшего заболѣванію, то нужно предполагать его у большинства больныхъ, судя по контингенту послѣднихъ; точныя свѣдѣнія собрать еще меньше можно было, чѣмъ относительно сифилиса, такъ-какъ рѣдко когда получался положительный отвѣтъ какъ со стороны большихъ, такъ и со стороны родственниковъ). Проф. Поповъ (I. c.) говоритъ, что сифилису слѣдуетъ приписывать весьма видную роль въ развитіи прогрессивнаго паралича. Проф. Чижевскій¹⁾ пришелъ къ заключенію, что единственная причина прогр. паралича есть нелеченный или плохо леченный сифились; сифилитики, которые долго и тщательно лечились, не заболѣваютъ прогр. параличемъ; наследственность и вырожденіе не играютъ никакой роли въ этиологій прогр. паралича; лица съ явными признаками вырожденія рѣдко получаютъ прогрессивный параличъ или сифились мозга. Въ другомъ мѣстѣ²⁾ проф. Чижевскій сообщаетъ, что изъ 130 прогр. паралит.—сифились имѣли 96 чел. или 73,84%, очень вѣроятенъ сифились у 15 ч. или у 11,53%, отрицался сифились у 19 паралит. или у 14,61%. У д-ра Аптекмана (I. c.) изъ 182 прогр. паралитиковъ мужчинъ зарегистрировано сифились у 43, т. е. у 23,62%. Д-ръ Грейденбергъ (I. c.) заявляетъ, что у большинства прогр. паралитиковъ въ анамнезѣ можно констатировать сифились, но онъ не служитъ единственной причиной прогр. паралича. Dr. Buchholz (I. c.) пришелъ къ выводу, что у больныхъ прогр. параличемъ поразительно часто наблюдается въ анамнезѣ сифились. Д-ръ Sprengeler (I. c.) могъ констатировать у своихъ больныхъ паралитиковъ „навѣрное“ сифились—у 46,2% мужчинъ и у 35,9% женщинъ—парал.; „вѣроятнымъ“—у 8,3% мужч.—паралит., у 18% женщинъ—паралитич.; у него же подробно приведены мнѣнія разныхъ авторовъ—по національностямъ—относительно частоты сифилиса у прогр. паралитиковъ; кромѣ того Sprengeler'омъ составлена таблица, обнимающая 46 статистикъ, гдѣ видно, что частота сифилиса у прогр. паралитиковъ колеблется

¹⁾ Centralblatt für Nervenheilkunde etc., 128.

²⁾ О связи сифилиса съ прогр. паралич. Труды V Съезда русскихъ врачей... 1894 г.

отъ 1,6% (Voisin) до 93% (Dengler). Я упомяну еще о нѣкоторыхъ авторахъ, о коихъ у Sprengeler'a не упоминается. Д-ръ Steinach (l. c.) вывелъ изъ своихъ изслѣдованій, что у 13% прогр. паралитиковъ предшествовалъ сифилисъ; д-ръ Phelps¹⁾ нашелъ у половины прогр. паралитиковъ сифилисъ. Д-ръ Paul Serieux et M. F. Farnarier²⁾ нашли „навѣрное“ сифилисъ у 52,94% прогр. паралитиковъ мужинь, „вѣроятнымъ“ сифилисъ у 23,52% прогр. парал. мужинь; у женщинъ—паралитичекъ „навѣрное“ сифилисъ у 37,5%, „вѣроятнымъ“—у 50%. Luigi Mongeri—въ Константинополѣ—констатировалъ у прогр. паралитиковъ въ анамнезѣ сифилисъ у 89,36%; Fanaoli (l. c.)—у 18%, Jahrmärker³⁾ для женщинъ—паралитичекъ находить частоту сифилиса=33,33%. Мы видимъ, что цифры у разныхъ авторовъ сильно отличаются, тѣмъ не менѣе можно предположить, что у половины прогр. паралитиковъ предшествовалъ сифилисъ.

Приведу свѣдѣнiя объ отсутствii колѣнныхъ рефлексовъ при разныхъ формахъ прогрессивнаго паралича, согласно номенклатурѣ проф. Kräpelin'a:

Т А Б Л И Ц А XXV (мужчины).

Форма прогр. паралича.	Г О Д А														Всего.	
	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899			
	Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%		
Агитирован.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная.	1	25,00	2	66,66	1	12,50	—	—	1	25,00	2	50,00	—	—	7	25,00
Депрессивная.	2	33,33	1	25,00	—	—	1	20,00	1	11,11	—	—	1	12,50	6	15,00
Дементная.	4	15,38	3	10,34	3	16,66	8	25,0	5	17,25	6	23,07	4	14,50	33	17,55
Всего. . .	7	19,44	6	16,21	4	12,90	9	23,07	7	16,66	8	23,52	5	12,50	46	17,76

¹⁾ Annales medico-psycholog. 1900, I.

²⁾ Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 129.

³⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1901. 58 Bd. I.

Т А Б Л И Ц А XXVI (женщины).

Форма прогр.	Г О Д А.														Всего.	
	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		Ч. сл.	%
паралича.	Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%		
Агитирован.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная	1	10,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	50,00	3	30,00
Дементная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	33,33	1	20,0	2	5,71
Всего.	1	16,66	—	—	—	—	—	—	—	—	1	33,33	3	33,33	5	10,63

Разсматривая таблицы XXV и XXVI можно замѣтить, что отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ при прогр. параличѣ рѣже встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ (10,63—17,76); чаще всего у мужчинъ наблюдается при экспансивной формѣ паралича (25%), затѣмъ слѣдуетъ дементная (17,55%) и, наконецъ, депрессивная (15%); при агитированной формѣ не наблюдалось вовсе; у женщинъ чаще при депрессивной, чѣмъ при дементной. Д-ръ Аптекманъ (I. c.) констатировалъ отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ у мужчинъ—паралитиковъ въ 13,7%, у женщинъ—паралитичекъ—въ 8%; проф. Kärrelin (I. c.) нашелъ, что отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ встрѣчается у 20—30% прогресс. паралитиковъ; Dr. Sprengeler (I. c.) замѣтилъ отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ съ обѣихъ сторонъ у 35,2% прогр. паралитиковъ; этотъ авторъ приводитъ, что Siemerling наблюдалъ отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ съ обѣихъ сторонъ въ 28%, Meine—33,3%, Hougberg—у 24,2%, Geill у 19,3%, Mendel—у 15%, Hilleberg—у 30,4%, Westphal—у 22,0%, Gudden—у 18,4%, Wollenberg—у 17%; д-ръ Jahrmärker (I. c.) у женщинъ—паралитичекъ нашелъ отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ въ 29,62%. Итакъ, цифры разнятся въ довольно широкомъ размѣрѣ.

Коснемся частоты галлюцинацій у зарегистрированныхъ больныхъ:

Т А Б Л И Ц А XXVII (мужчины).

Форма прогр. паралича.	Г О Д А.														Всего.		
	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		Ч. сл.	%	
Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%				
Агитиров.	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100,00	2	66,66
Экспансивн.	2	50,00	—	—	1	12,50	—	—	—	—	—	—	—	1	33,33	4	14,28
Депрессивн.	3	50,00	1	25,0	1	20,00	2	40,00	3	33,33	—	—	1	12,50	11	27,50	
Дементная.	1	3,84	5	17,24	2	11,11	2	6,25	4	13,79	4	15,37	4	14,28	22	11,70	
Всего . .	6	17,22	7	18,91	4	12,9	4	10,25	7	16,66	4	11,76	7	17,50	39	15,05	

Т А Б Л И Ц А XXVIII (женщины).

Форма прогр. паралича.	Г О Д А.														Всего.	
	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		Ч. сл.	%
Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%			
Агитирован.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	50,0	2	50,00	3	30
Дементная .	—	—	—	—	1	16,66	—	—	—	—	1	33,33	—	—	2	5,71
Всего . . .	—	—	—	—	1	14,28	—	—	—	—	2	33,33	2	22,22	5	10,63

Таблицы XXVII и XXVIII показывают намъ, что галлюцинаціи наблюдаются у паралитиковъ не часто, причемъ у мужчинъ онѣ чаще, чѣмъ у женщинъ—(15,05% и 10,63%); преимущественно онѣ наблюдаются при агитированной формѣ паралича, затѣмъ при депрессивной, потомъ при экспансивной и наконецъ при дементной. Д-ръ Аптекманъ (I. c.) наблюдалъ галлюцинаціи у 10,4% мужчинъ—паралитиковъ и у 3,9% женщинъ—паралитичекъ; д-ръ Грейденбергъ (I. c.) констатировалъ галлюцинаціи у 15,8% мужчинъ—паралитиковъ и 14,7% женщинъ—паралитичекъ. Проф. Kärnelin (I. c.) говоритъ, что галлюцинаціи играютъ сравнительно незначительную роль при прогрессивномъ параличѣ. Д-ръ Каес¹⁾ нашелъ, что галлюцинаціи наблюдаются у 34,1% мужчинъ—паралитиковъ и у 36,4% женщинъ—паралитичекъ. Д-ръ Jahrmärker (I. c.) относительно женщинъ—паралитичекъ заявляетъ, что процентъ галлюцинацій у нихъ очень малъ.

Прослѣдимъ, какъ часто наблюдаются апоплекти-эпилептиформенные припадки у прогрессивныхъ паралитиковъ.

Т А Б Л И Ц А XXIX (мужчины).

Форма прогр. паралича.	Г О Д А.												Всего.			
	1893		1894		1895		1896		1897		1898				1899	
	Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%
Агитирован.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная.	2	50,00	1	33,33	2	25,0	1	50,0	1	25,0	2	50,0	1	33,33	10	35,71
Депрессивная.	1	16,66	1	25,0	1	20,00	3	60,00	5	55,55	1	33,33	1	25,0	13	32,50
Дементная.	7	26,92	15	51,72	7	38,88	14	43,75	11	37,93	10	38,46	7	25,0	71	37,70
Всего.	10	27,77	17	45,94	10	32,25	18	46,15	17	40,47	13	38,23	9	22,5	94	36,29

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie LI, I.

Т А Б Л И Ц А XXX (женщины).

Форма прогр. паралича.	Г О Д А.														Всего.	
	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899			
	Число случ.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%	Ч. сл.	%
Агитирован.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	1 100,00	—	—	—	—	—	—	1 10,00
Дементная.	—	—	—	—	3 50,00	4 80,00	2 50,00	—	—	—	—	1 20,0	10 28,57	—	—	—
Всего.	—	—	—	—	3 42,85	4 66,66	3 60,00	—	—	—	—	1 11,11	11 23,40	—	—	—

Таблицы XXIX и XXX показывают намъ, что припадки чаще случаются у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ; какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ чаще всего припадки наблюдаются при дементной формѣ прогрессивнаго паралича, затѣмъ при экспансивной (у мужчинъ), рѣже всего при депрессивной, при агитированной не наблюдалось припадковъ; начиная съ 1897 года число припадковъ стало постепенно уменьшаться. Д-ръ Грейденбергъ (l. c.) наблюдалъ паралическіе припадки у 36,7% мужчинъ—паралитиковъ и у 26,5% женщинъ—паралитичекъ. Д-ръ Heilbronner¹⁾ приходитъ при своихъ изслѣдованіяхъ къ выводу, что паралическіе припадки почти одинаковой частоты у обоихъ половъ, именно—у мужчинъ они наблюдаются въ 59,33%, у женщинъ въ 60,38%. Проф. Krapelin заявляетъ, что припадки вѣскольکو чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ; большею частотой припадковъ отличается дементная форма прогр. паралича—больше 40%; при депрессивной формѣ припадки наблюдаются—въ 25%; при агитированной не очень часто; въ общемъ по Krapelin'у припадки наблюдаются въ 29% больныхъ прогр. параличемъ; меньшій процентъ припадковъ сравнительно съ данными другихъ авторовъ Krapelin объясняетъ тѣмъ,

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie I. I.

что въ клиникѣ можно строже и въ болѣе широкихъ размѣрахъ проводить постельный режимъ, чѣмъ въ большемъ больничномъ заведеніи. Smith (I. c.) сообщаетъ, что у больныхъ, которые умерли въ больницахъ, наблюдались въ теченіе болѣзни паралитическіе припадки: у мужчинъ—въ 61,5%, у женщинъ—55,7%; изъ 241 случаевъ прогр. паралича съ спастическими явленіями у 71% были паралитическіе припадки, изъ 44 сл. съ атактическими явленіями—у 47,7%. Д-ръ Behr (I. c.) нашелъ, что паралитическіе припадки у женщинъ чаще, чѣмъ у мужчинъ, а именно у женщинъ они наблюдаются въ 51,3%, у женщинъ въ 58,3%; какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ чаще всего припадки бывають при дементной формѣ прогр. паралича; д-ръ Behr замѣтилъ, что припадки въ последнее десятилѣтіе не только не стали рѣже, какъ заявляетъ Kräpelin, но чаще; объясняетъ это тѣмъ, что увеличилось число случаевъ дементной формы прогр. паралича, при которой чаще всего наблюдаются паралитическіе припадки.

Д-ръ Jahrmärker (I. c.) у женщинъ встрѣчалъ паралитическіе припадки—у 53,7% больныхъ. Д-ръ Berze¹⁾ констатировалъ, что паралитическіе припадки чаще всего бывають при дементной формѣ прогр. паралича. Итакъ, авторы сходятся въ томъ мнѣніи, что при дементной формѣ прогрессивнаго паралича чаще всего встрѣчаются паралитическіе припадки; относительно половъ не всѣ согласны, большинство находитъ, что у мужчинъ чаще бывають паралитическіе припадки, чѣмъ у женщинъ.

Посмотримъ, какаѧ участь постигла паралитиковъ, зарегистрированныхъ въ теченіе изслѣдуемаго періода времени:

Т А Б Л И Ц А XXXI (мужчины).

Форма прогр. паралича.	Поступило.	Взято род. илии.		Отправлено на родину		Отправлено въ больницы другія.		Умерло.		Еще находится въ Пенх. отд.	
Агитирован.	3	—	—	—	—	—	—	3	100,00	—	—
Экспансивная.	28	7	25,00	1	3,57	3	10,71	13	46,42	4	14,28 а)
Депрессивная.	40	3	7,5	1	2,50	3	7,50	27	67,50	6	15,00 б)
Дементная.	188	31	16,48	16	8,51	15	7,97	101	53,72	25	13,29 в)
Всего.	259	41	15,83	18	6,94	21	8,10	144	55,59	35	13,51

¹⁾ Wiener medicinische Wochenschrift, 99 г. 3, 4 и 5.

Т А Б Л И Ц А XXXII (женщины).

Форма прогр. паралича.	Поступило.	Взято под лѣчк.		Отправлено на родину		Отправлено въ болѣн. другія.		Умерло.		Еще нахо- дится въ Псих. Отд.	
		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Агитированн.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная.	2	1	50,00	—	—	—	—	1	50,00	—	—
Депрессивная	10	—	—	1	10,0	1	10,0	6	60,0	2	20 д.
Дементная.	35	5	14,28	3	8,57	4	11,42	19	54,28	4	11,42 е)
Всего. . .	47	6	12,76	4	8,51	5	10,63	26	55,31	6	12,76

а) Одинъ паралитикъ съ 1895 г., одинъ—съ 1897 г., одинъ—съ 1898 г. и одинъ—съ 1899 г.

б) Одинъ паралитикъ съ 1897 г., одинъ—съ 1898 г. и четыре съ 1899 г.

с) Одинъ паралитикъ съ 1896 г., шесть (6)—съ 1897 г., два (2) съ 1898 г. и шестнадцать (16) съ 1899 г.

д) Одна паралитичка съ 1898 г., одна—съ 1899 г.

е) Одна паралитичка съ 1896 г., одна—съ 1898 г., двѣ (2) съ 1899 г.

Изъ таблицъ XXXI и XXXII мы видимъ, что 55,55% (144 м. + 26 ж. = 170) поступившихъ прогр. паралитиковъ умерло въ псих. отдѣленіи Одесской Городской больницы; остается еще 13,39% (35 м. + 6 ж. = 41) на 1900 годъ; остальные 31,06% выбыли изъ отдѣленія (почти одинаковый процентъ для обоихъ половъ—30,8% м. и 31,9% жен.). Что касается умершихъ, то больше всего умерло, какъ между мужчинами, такъ и между женщинами, больныхъ, страдавшихъ депрессивной формой прогрессивнаго паралича (67,5% м. и 60% жен.), затѣмъ слѣдуютъ больные дементной формой (53,72% м. и 54,28% жен.) и наконецъ—экспансивной (46,42 м. и 50% жен.); разумѣется, умерло 3 мужчинъ, страдавшихъ агитированной (галлоцирующей) формой прогрессивнаго паралича; у женщинъ какъ выше упомянуто, таковой формы не наблюдалось. Итакъ относительно смертности поступившихъ мужчинъ и женщинъ паралитиковъ существуетъ только незначительная разница въ количественномъ отношеніи. Д-ръ Аптеманъ (l. c.) нашелъ, что процентъ смертности у зарегистрированныхъ имъ больныхъ—60,94%, причемъ для мужчинъ—61,89%, для женщинъ—58,82%.

Посмотримъ, какой процентъ изъ поступившихъ больныхъ выбывалъ въ первый годъ своего поступления въ отдѣленіе:

Т А Б Л И Ц А XXXIII (мужчины).

Форма прогрессив. паралича.	Г О Д А.																				
	1893			1894			1895			1896			1897			1898			1899		
	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.
Агитированная	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Экспансивная	4	—	—	3	2	66,66	8	—	—	2	—	—	4	2	50,0	4	1	25,0	3	2	66,66
Депрессивная	6	—	—	4	1	25,0	5	1	20,0	5	—	—	9	4	44,44	3	—	—	8	1	12,50
Деметная	26	3	11,53	29	8	27,58	18	3	16,66	32	4	12,50	29	5	17,24	26	10	38,46	28	7	25,00
Всего	36	3	8,38	37	11	29,72	31	4	12,90	39	4	10,25	42	11	26,19	34	11	32,35	40	10	25,00

Т А Б Л И Ц А XXXIV (женщины).

Форма прогрессив. паралича.	Г О Д А.																				
	1893			1894			1895			1896			1897			1898			1899		
	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.	Поступило.	Выбыло.	% выбыв.
Агитированная	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансивная	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	100,0	—	—	—
Депрессивная	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—	4	1	25,00
Деметная	5	3	60,00	7	2	28,57	6	1	16,66	5	—	—	4	1	25,00	3	—	—	5	2	40,00
Всего	6	3	50,0	8	2	25,00	7	1	14,28	6	—	—	5	1	20,0	6	1	16,66	9	3	33,33

Изъ таблицъ XXXIII и XXXIV видно, что процентъ выбывающихъ изъ отдѣленія—по разнымъ причинамъ въ годъ ихъ поступления—довольно сильно колебался какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, причемъ процентъ выбывающихъ мужчинъ—паралитиковъ иногда довольно рѣзко отличался отъ такового у женщинъ; въ общемъ, средній процентъ выбывающихъ „въ годъ поступления“ мужчинъ меньше, чѣмъ у женщинъ (20,84%—23,40%).

Если мы исключимъ изъ числа поступившихъ въ психіатрическое отдѣленіе въ извѣстный годъ тѣхъ больныхъ, которые „выбыли“ и судьба которыхъ намъ неизвѣстна, то получатся данныя, показывающія, сколько больныхъ поступило и вмѣстѣ съ тѣмъ или пребывало до конца того года, въ которомъ они поступили, или же умерло въ годъ своего поступления. Руководясь этими данными опредѣлимъ процентъ смертности въ первый годъ поступления въ психіатрическое отдѣленіе.

Т А Б Л И Ц А XXXVI (жен инд.).

Форма про- грессивнаго паралича.	1893				1894				1895				1896				1897				1898				1899			
	Состояло въ 1893 г. Поступ. въ 1893 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1894 г. Поступ. въ 1894 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1895 г. Поступ. въ 1895 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1896 г. Поступ. въ 1896 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1897 г. Поступ. въ 1897 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1898 г. Поступ. въ 1898 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.	Состояло въ 1899 г. Поступ. въ 1899 г.	Изъ состоявшихъ умерло.	% Смертности.							
Агитированн.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							
Экземплиевидн.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							
Депрессивидн.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	50,0	—	—	—	—							
Дечетливидн.	2	1	50,00	3	3	60,00	3	2	40,00	3	60,00	3	2	66,66	3	—	—	—	3	1	33,33							
Всего. . .	3	1	33,33	6	3	50,00	6	2	33,33	6	50,00	4	2	50,00	5	1	20,00	—	6	3	50,00							

Принявши во вниманіе данныя, показываемыя таблицами XXXV и XXXVI, можемъ сказать, что женщинъ—паралитичекъ умираетъ „въ годъ поступленія“ больше, чѣмъ мужчинъ; средний процентъ смертности „въ годъ поступленія“ у мужчинъ=30,73, а у женщинъ—41,66; кромѣ того, у мужчинъ до 1896 года процентъ смертности въ годъ поступленія былъ больше средняго—(30,73), съ 1896 года меньше средняго; у женщинъ-же этотъ процентъ по годамъ—представлялъ колебанія: чаще былъ больше средняго—(41,66%). Что касается формъ болѣзни, то у мужчинъ больше всего умираетъ „въ годъ поступленія“, послѣ агитированной, болыныхъ депрессивной формой прогр. паралича (средній процентъ—42,42%), затѣмъ слѣдуетъ дементная, наконецъ экспансивная; у женщинъ больше всего дементной (средній процентъ—46,15%), затѣмъ депрессивной, экспансивная форма не дала умершихъ „въ годъ поступленія“. Итакъ, для мужчинъ является самой тяжелой формой, не принимая во вниманіе агитированной, депрессивная форма прогрессивнаго паралича, о чемъ въ своемъ руководствѣ говоритъ проф. Krapelin; для женщинъ—дементная. Д-ръ Каес (l. c.) замѣтилъ, что въ первый годъ поступленія умираетъ мужчинъ—паралитиковъ—51,6%, женщинъ—паралитичекъ—54,4%; Heilbronner ¹⁾ нашелъ, что въ первый годъ поступленія умираетъ мужчинъ—паралитиковъ—55,74%, женщинъ—паралитичекъ—47,16%.

Умерло изъ зарегистрированныхъ нами 306 прогр. паралитиковъ—144 мужчинъ и 26 женщинъ; посмотримъ теперь, какая средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершаго мужчины—паралитика и умершей женщины паралитички:

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, L I, I.

Т А Б Л И Ц А XXXVII (МУЖЧИНЫ).

Форма прогрессивнаго паралича.	Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ въ 1893 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1894 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1895 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1896 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1897 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1898 году и затѣмъ умершихъ.		Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ, поступившихъ въ 1899 году и затѣмъ умершихъ.		Общая средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ поступившихъ въ отдѣленіе и умершихъ затѣмъ.	
	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.	Число умер.	Средняя продол.
легированная.	—	—	1	7 мѣс.	—	—	—	—	—	1	0,5 м.	1	3 мѣс.	3	3,5 м.	
Экспансивная.	4	24,5 м.	1	13 мѣс.	5	13,1 м.	1	32 м.	1	22 м.	1	5 мѣс.	—	13	18,20 м.	
Депрессивная.	5	14 м.	3	12 мѣс.	4	3 мѣс.	5	20,4 м.	5	7,20 м.	2	9 мѣс.	3	4 мѣс.	27	10,59 м.
Деметная.	13	11,25 м.	13	13,00 м.	13	13,33 м.	14	9,80 м.	10	7,75 м.	5	3,06 м.	101	17,6 м.	16,15 м.	

Средняя продолжительность пребывания въ больницѣ паралитиковъ безъ разліи формъ.

Таблица XXXVII показываетъ намъ, что изъ умершихъ прогр. паралитиковъ дольше всего пребывали въ отдѣленіи—страдавшие экспансивной формой прогр. паралича—18,20 мѣс. (средняя продолж.), затѣмъ страдавшие дементной формой—17,60 мѣс. (средняя прод.), далѣе, депрессивной—10,59 мѣс. (средняя прод.), наконецъ, агитированной—3,5 мѣс. (средняя прод.); средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершаго прогр. паралитика безъ различія формы паралича—16,18 мѣсяцевъ. Изъ таблицы XXXVIII получаютъ такія отношенія: дольше всего пребывали въ отдѣленіи женщины—паралитички, умершія отъ экспансивной формы прогр. паралича—13 мѣсяцевъ (средняя прод.), по продолжительности пребыванія данной формы у женщинъ короче, чѣмъ таковая у мужчинъ—(18,20 м. и 13 м.); далѣе, слѣдуютъ страдавшія депрессивной формой—8,91 мѣс., которая у мужчинъ занимала 3-е мѣсто, кромѣ того продолжительность эта опять-таки меньше, чѣмъ у мужчинъ (10,59 м. и 8,91 м.); наконецъ, 3-е мѣсто занимаютъ умершія отъ дементной формы прогр. паралича: средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершихъ отъ этой формы паралитичекъ вдвое меньше, чѣмъ у мужчинъ (17,6 м. и 8,10 м.); средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершихъ паралитичекъ безъ различія формы—8,48 мѣсяцевъ. Итакъ, между полами мы имѣемъ разницу какъ количественную—средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершей женщины—паралитички (безъ различія формы прогр. паралича) безъ малаго вдвое короче, чѣмъ таковая умершаго мужчины—паралитика—такъ и качественную: женщины—паралитички, умершія отъ дементной формы прогр. паралича меньше пребывали, чѣмъ умершія отъ депрессивной, у мужчинъ—наоборотъ. Dr. Kaes (l. c.) нашелъ среднюю продолжительность пребыванія въ больницѣ умершихъ въ ней паралитиковъ—мужчинъ равной 16,8 мѣсяц., женщинъ—паралитичекъ—14,67 мѣсяц. Ascher ¹⁾ считаетъ среднюю продолжительность пребыванія въ больницѣ умершихъ въ ней мужчинъ—паралитиковъ равной 14,5 мѣс. Dr Heilbronner (l. c.) приводитъ въ своей работѣ слѣдующія цифры для средней продолжительности пребыванія въ больницѣ умершихъ въ ней паралитиковъ: для мужчинъ—15 мѣсяц., для женщинъ—20 мѣсяц. Посмотримъ теперь, спустя какое время отъ начала болѣзни прогрессивные паралитики поступаютъ въ больничныя учрежденія. По Heilbronner у (l. c.)—мужчины—паралитики поступаютъ въ больницу чрезъ 1 годъ, 4 мѣсяца и 2 недѣли (въ среднемъ) отъ начала болѣзни, а женщины—паралитички чрезъ 1 годъ и 3 мѣсяца; такую разницу Heil-

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie I, I, I.

Вроннеръ объясняетъ тѣмъ, что мужскія отдѣленія обыкновенно переполнены, поэтому въ эти отдѣленія трудно поступить, чѣмъ въ женскія. Dr. Kaes (I. c.) приводитъ слѣдующія данныя относительно этого вопроса: мужчины поступаютъ въ больницу спустя 13 $\frac{1}{2}$ мѣс. отъ начала болѣзни, а женщины спустя 7 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ; по Ascher'у (I. c.) мужчины—паралитики поступаютъ чрезъ 11 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ отъ начала болѣзни. Dr. Аптекманъ (I. c.) нашелъ, что мужчины—паралитики поступаютъ въ больницу спустя 1 годъ 4 мѣсяца отъ начала болѣзни, женщины—1 годъ и 8 мѣсяцевъ; болѣе продолжительное пребываніе на волѣ женщинъ—паралитичекъ др. Аптекманъ объясняетъ тѣмъ, что продромальный періодъ, видимо, у женщинъ протекаетъ ровнѣе, двигательное возбужденіе отличается болѣе мягкимъ характеромъ; поэтому, ихъ и не снѣшатъ отпѣцать въ больничныя учрежденія. Мы не могли собрать свѣдѣній о нашихъ больныхъ относительно времени, протекшаго отъ начала болѣзни до поступленія въ отдѣленіе; поэтому, для опредѣленія средней продолжительности болѣзни у умершихъ въ отдѣленіи прогр. паралитиковъ воспользуемся данными, приведенными у вышецитированныхъ авторовъ.—Выше была приведена найдепная нами средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ умершихъ въ пей прогр. паралитиковъ, причемъ она оказалась равной у мужчинъ 16,18 мѣсяц., у женщинъ—8,48 мѣсяц.; тогда, средняя продолжительность болѣзни у умершихъ мужчинъ и женщинъ прогрессивн. паралитиковъ выразится слѣдующими цифрами:

а) мужчины: 2 г. 8,68 мѣсяц. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Heilbrunner'у).

2 года 5,68 мѣс. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Kaes'у).

2 года 3,68 мѣс. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Ascher'у).

2 года 8,18 мѣсяц. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Аптекману).

б) женщины: 1 г. 11,48 мѣс. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу по Heilbrunner'у).

1 годъ 3,98 мѣс. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Kaes'у).

2 года 4,48 мѣс. (согласно протекшему времени отъ начала болѣзни до поступленія въ больницу—по Аптекману).

Сообщимъ теперь данныя относительно средней продолжительности болѣзни, почерпнутыя у другихъ авторовъ, Др. Аптекманъ (I. c.) считаетъ продолжительность прогр. паралича у мужчинъ—2 годамъ, 4 мѣсяцамъ, 2 недѣлямъ и 2 днямъ; у женщинъ—4 годамъ, 2 недѣлямъ и 4 днямъ. Какъ видно, наши данныя относительно

мужчинъ мало разнятся отъ данныхъ др. Аптекмана, но относительно женщинъ—огромная разница—почти въ 2 года; объяснить это я не берусь, можно только предполагать, судя по малой продолжительности пребывания въ больницѣ умершихъ въ ней паралитиковъ, что больныя—паралитички настолько спокойны, что дается возможность долгое время держать ихъ въ домашней обстановкѣ, и помѣщаются онѣ въ больницу въ случаѣ крайности и обыкновенно въ тяжеломъ состояніи. Къ этому нужно добавить, что время отъ начала болѣзни до поступления въ больницу трудно опредѣлить, и у разныхъ авторовъ дается оно довольно сильныя колебанія (15 мѣс. Heilbronner, 7½ мѣс. Kaes, 20 мѣс.—Аптекманъ). Др. Грейденбергъ говоритъ, что продолжительность болѣзни у женщинъ—паралитичекъ больше, чѣмъ у мужчинъ. Проф. Поповъ (I. c.) пишетъ, что средняя продолжительность прогр. паралича—величина очень колеблющаяся; болѣзнь можетъ тянуться отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 5—7 лѣтъ. На длительность болѣзни вліяютъ многіе факторы: дементныя формы паралича, по мнѣнію проф. Попова, могутъ тянуться дольше, чѣмъ всѣ остальные. Что касается половъ, то раньше наблюденіями былъ установленъ фактъ, что у женщинъ страданіе затягивается долѣе, чѣмъ у мужчинъ, но въ послѣднее время, замѣчаетъ проф. Поповъ, эта разница начинаетъ явственно сглаживаться. Проф. Kräpelin (I. c.) говоритъ, что онъ не могъ убѣдиться, чтобы средняя продолжительность прогр. паралича у женщинъ была бы больше, чѣмъ у мужчинъ; онъ приводитъ различную продолжительность для разныхъ формъ прогр. паралича; по мнѣнію проф. Kräpelin'a—эксальсивная форма паралича тянется дольше всѣхъ остальныхъ, лишь въ 13% его случаевъ смерть наступила въ теченіе нервныхъ двухъ лѣтъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь простиралась до 14-ти лѣтъ; при дементной формѣ продолжительность болѣзни болѣе чѣмъ въ 60% не превышала 2-хъ лѣтъ; при депрессивной формѣ—продолжительность болѣзни въ 80% не превышала 2-хъ лѣтъ; при агитированной формѣ—болѣе чѣмъ въ 2/3 случаевъ болѣзнь кончалась менѣе 2-хъ лѣтъ, а при агитированной—галлюцирующей смертельный исходъ наступалъ чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ или даже еще скорѣе. Dr. Heilbronner (I. c.) среднюю продолжительность болѣзни даетъ= 2 года, 7 мѣс. и 2 недѣли для мужчинъ, для женщинъ=2 года, 11 мѣсяцевъ. По Kaes'у средняя продолжительность у мужчинъ равняется—2 гд., 10 мѣсяцевъ, для женщинъ—паралитичекъ—1 годъ, 9 мѣсяцевъ. По Behr'у средняя продолжительность прогр. паралича у мужчинъ=2 года, 6 мѣсяцевъ, причемъ, по мнѣнію этого автора, продолжительность болѣзни въ послѣднее десятилѣтіе сравнительно съ прежними не претерпѣла замѣтныхъ измѣненій; онъ можетъ только прибавить, что въ послѣднее десятилѣтіе нѣсколь-

ко уменьшилась продолжительность дементной формы прогрессивнаго паралича; у женщинъ—паралитическѣ, по Behr'у, продолжительность болѣзни=2 год., 8 мѣс.; тутъ онъ добавляетъ, что продолжительность болѣзни у женщинъ—паралитическѣ не больше, чѣмъ у мужчинъ, такъ какъ разница незначительная (2 г. 6 м. и 2 г. 8 мѣс.); въ теченіе послѣдняго десятилѣтія продолжительность болѣзни у женщинъ, по этому автору, не претерпѣла измѣненій сравнительно съ предшествующими. Dr. Sprengeler (l. c.) среднюю продолжительность болѣзни у мужчинъ опредѣляетъ въ 2 года, 6 мѣс., у женщинъ—въ 3 года 5 мѣс. и 15 дней, такъ что продолжительность болѣзни у женщинъ значительно больше, чѣмъ у мужчинъ. По Smith'у (l. c.) средняя продолжительность болѣзни у мужчинъ равняется 1 годъ, 11,8 мѣс., у женщинъ=2 года, 0,4 мѣс., у женщинъ немного больше, чѣмъ у мужчинъ: по мнѣнію Smith'a средняя продолжительность прогр. паралича у мужчинъ въ послѣднее десятилѣтіе стала уменьшаться, а у женщинъ увеличиваться.—Dr. Irwin. H. Neff (l. c.) даетъ среднюю продолжительность болѣзни для мужчинъ равной въ 3 года, для женщинъ въ 4 года. Dr. Jahrmärker (l. c.) опредѣляетъ среднюю продолжительность прогр. паралича у женщинъ—въ 2 года и 8 мѣсцевъ. Итакъ, всѣ авторы даютъ очень сходныя цифры для средней продолжительности прогр. паралича у мужчинъ; относительно продолжительности у женщинъ данныя разнятся и въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно сильно. Посмотримъ, что служило ближайшей причиною смерти у прогр. паралитиковъ, окончившихъ свою жизнь въ отдѣленіи:

Т А Б Л И Ц А XXXIX (мужчины).

Форма прогрессивнаго паралича.	Число въехъ умершихъ.	Апоплекти-эмблеитифор. припадки.	%	Кахексія.	%	Быстрое ослабленіе сердца. дѣятельности.	%	Крупозная пневмонія.	%	Выпотный плевритъ.	%	Туберкулезъ легкихъ и гортани.	%	Острый отекъ гортани.	%	Рожа.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%	Разрывъ мочевого пузыря.	%
Агитированная . . .	3	—	—	—	—	3	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Экспансивная . . .	13	5	38,46	6	46,15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,69	1	7,69	—	—	—	—	
Депрессивная . . .	27	7	25,93	13	51,85	1	3,7	—	—	1	3,7	1	3,7	1	3,7	—	0	0	1	3,7	—	—	
Кеметная . . .	101	33	32,67	47	46,53	10	9,90	2	1,98	1	0,99	2	1,98	—	—	—	1	0,99	1	0,99	1	0,99	
Всего . . .	144	45	31,25	68	47,22	14	9,72	2	1,38	2	1,38	3	2,08	1	0,69	—	0,69	5	3,47	2	1,38	1	0,69

Таблица XXXX (женщины).

Форма прогрессив. парализа.	Число умерших.		Апоплекти-эпилептиф. припадки		Кахексия.		Быстрое ослабление сердечн. деятельности.		Крупозная пневмония		Туберкулезъ легкыхъ.		Рожа.		Флегмона		Септицемия.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Экспансивн.	1	—	—	—	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивн.	6	1	16,66	4	66,66	—	—	—	—	—	—	—	—	1	16,66	—	—	—
Дементная.	19	3	15,78	10	52,63	3	15,78	1	5,26	2	10,52	—	—	—	—	—	—	—
Всего . . .	26	4	15,37	15	57,69	3	11,53	1	3,84	2	7,69	—	—	1	3,84	—	—	—

Итакъ, изъ таблицъ XXXIX и XXXX мы видимъ, что наибольшій процентъ прогр. парализиковъ умершихъ отъ кахексiи—48,82%, причемъ у женщинъ этотъ процентъ больше, чѣмъ у мужчинъ (57,69% и 47,22%); далѣе слѣдуетъ процентъ умершихъ отъ апоплекти-эпилептиформныхъ припадковъ—28,82%, причемъ отъ данной причины умерло больше мужчинъ, чѣмъ женщинъ (31,25% и 15,37%); потомъ идетъ процентъ умершихъ отъ быстро ослабленiя сердечной дѣятельности—10% (муж.—9,72%, женщины—11,53%), почти одинаковый для обоихъ половъ; затѣмъ слѣдуетъ: процентъ умершихъ отъ туберкулеза легкыхъ и гортани—2,94% (2,08% мужчины и 7,69 женщины), процентъ умерш. отъ флегмоны—2,94 (мужчинъ 3, 47%, женщинъ—0), процентъ умершихъ отъ крупозной пневмонiи—1,76% (мужчинъ—1,38%, женщинъ—3,84%), еще меньше процентъ умершихъ отъ рожи—1,17% (мужчинъ—0,69%, женщинъ—3,84%), процентъ умершихъ отъ выпотнаго плеврита—1,17% (мужчинъ 1,38, женщинъ—0), процентъ умершихъ отъ септицемiи—1,17% (мужчинъ

1,38%, женщинъ—0) и послѣднее мѣсто занимаетъ процентъ умершихъ отъ разрыва мочевого пузыря—0,58% (мужчинъ—0,69%, женщинъ—0). Др. Аптекманъ (l. c.) въ своей работѣ приводитъ, что отъ паралическаго истощенія у него умерло прогр. паралич. 64% (60,70% мужчинъ и 76,6% женщинъ-паралитичекъ), отъ паралическихъ припадковъ—23,2% (26,7% мужчинъ и 10% женщинъ-паралитичекъ), отъ случайныхъ причинъ—12,7% (12,6% мужчинъ и 13,3% женщинъ), именно—отъ туберкулеза—2,11% (2,66% мужчинъ-паралитиковъ и 0 женщинъ), отъ крупозной пневмоніи—2,81% (3,57% мужчинъ и 0 женщинъ), отъ рожи—2,11% (1,78% мужчинъ и 3,33% женщинъ-паралитичекъ). Dr. Fajajoli (l. c.) считаетъ самыми частыми причинами смерти паралитиковъ—припадки, маразмъ и параличъ сердца. Dr. Paris¹⁾ говоритъ, что мужчины чаще женщинъ умираютъ отъ паралическихъ припадковъ; женщины обыкновенно достигаютъ крайней степени паралическаго маразма. Dr. Arnaud²⁾ заявляетъ, что очень многіе паралитики умираютъ такъ сказать на ногахъ, вовсе не достигши паралическаго маразма; онъ приводитъ статистику 47 больныхъ, изъ нихъ умерло: отъ случайныхъ причинъ—9 или 19,14%, отъ маразма—2, т. е. 4,25%, отъ припадковъ 36 ч. или 76,59%. По Heilbronner'у отъ паралическихъ припадковъ безъ всякихъ осложненій умираетъ 22,73% всѣхъ мужчинъ и 22,64% всѣхъ женщинъ-паралитичекъ, отъ истощенія—25,36% мужчинъ и 28,21% женщинъ, отъ туберкулеза легкихъ—17,94% мужчинъ и 19,81% женщинъ, отъ крупозной пневмоніи—5,26% мужчинъ и 7,55% женщинъ, отъ зараженія ранъ—8,14% мужчинъ и 3,77% женщинъ, отъ болѣзней сердца—6,22% мужчинъ и 2,81% женщинъ, отъ гангрены легкихъ—6,94% мужчинъ и 5,64% женщинъ-паралитичекъ; другія причины составляютъ незначительный процентъ.

Dr. Kaes (l. c.) изъ своихъ изслѣдованій выводитъ, что 11,4% паралитиковъ умираетъ отъ паралическихъ припадковъ, отъ туберкулеза—26,3%, отъ пневмоніи (крупозной и катарральной) 45,7%, отъ страданія сердца и сосудовъ—35%, отъ кахексїи умираетъ незначительный процентъ. Dr. Jahrmärker (l. c.) приводитъ причины смерти *женщинъ-паралитичекъ*: отъ припадковъ умираетъ—26,19%, отъ маразма—38,09%, отъ туберкулеза—4,76%, отъ страданія сердца 2,38%. Мы видимъ, что данныя относительно ближайшихъ причинахъ смерти прогр. паралитиковъ

¹⁾ Archives de Neurologie, 1898, 26 (Февраль).

²⁾ Revue de Psychiatrie, 1900.

у разных авторов расходятся; даже относительно паралитических припадков, как причинъ смерти, цифры довольно сильно разнятся: 28,82% (у мена), 26,7 (Аптекманъ), 76,59 (Arnaud), 22,7% (Heilbronner), 11,4% (Kaes); относительно другихъ причинъ разница еще больше. Мнѣ кажется, что нужно это приписать тому обстоятельству, что при получении соответственныхъ данныхъ большую роль играютъ мѣстные условия и взглядъ изслѣдователя.

Сопоставимъ причины смерти по годамъ:

Таблица XXXXI (мужчины).

Форма прогресса паралича	1893 годъ.														
	Число умершихъ.	Апоплек. эмблеит. прип.	Кахексия.	Быстр. ослаб. серц. дѣят.	Крупозная пневмония.	Выпоты плевритъ.	Туберкул. легк. и горл.	Острый отекъ сердца.	Рожа.	Флегмона.	Септицемия.	Разрывъ мочеv. пузыря.			
	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	
Агитиров.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспанс.	4	250,00	2	50,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депресс.	5	120,00	4	80,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дементн.	18	527,77	10	55,55	1	5,55	—	—	—	1	5,55	1	5,55	—	—
Всего . .	27	29,62	16	59,25	1	3,70	—	—	—	1	3,70	1	3,70	—	—

Таблица XXXXII (мужчины).

Форма прогр. парал.	1894 годъ.											
	Число умершихъ.	Апоплек. Эпилепт. прип.	Кахексія.	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	Крупозная пневмонія	Выпотный плевритъ.	Туберкул. легк. и горл.	Острый стѣкъ гортани	Рожа.	Флегмона.	Септицемія.	Разрывъ мочеv. пузыря
Агит.	1	—	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—
Эксп.	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—
Депр.	3	1	33,33	—	—	—	—	1	33,33	—	—	—
Демен.	18	7	38,88	7	38,88	2	11,11	1	5,55	—	—	—
Всего.	23	8	34,78	8	34,78	4	17,39	1	4,34	—	—	—

Таблица XXXXIII (мужчины).

Форма прогресс. паралича.	1895 годъ.											
	Число умершихъ.	Апоплек. Эпилепт. прип.	Кахексія.	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	Крупозная пневмонія	Выпотный плевритъ.	Туберкул. легк. и горл.	Острый стѣкъ гортани	Рожа.	Флегмона.	Септицемія	Разрывъ мочеv. пузыря.
Агитиров.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспансив.	5	1	20,00	3	60,0	—	—	—	—	1	20,00	—
Депрессив.	4	1	25,00	3	75,00	—	—	—	—	—	—	—
Дементная	13	3	23,07	9	69,23	1	7,69	—	—	—	—	—
Всего . . .	22	5	22,72	15	68,18	1	4,54	—	—	1	4,54	—

Таблица XXXXIV (мужчины).

Форма прегресса паралича.	1896 годъ.																					
	Число умершихъ.	Ампут. амплент. прип.	%	Вахенсия.	%	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	%	Кружающаяся пневмония.	%	Височный парезъ.	%	Туберкул. легк. в горт.	%	Острый стенозъ гортани.	%	Рожа.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%	Разрывъ мочеv. пузыря.
Ампт.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Эксп.	1	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депр.	5	2	40,00	2	40,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	20,00	—
Демен.	23	7	30,43	11	47,82	3	13,04	—	—	—	—	1	4,34	—	—	—	—	—	1	4,34	—	—
Всего.	29	10	34,48	13	44,82	3	10,34	—	—	—	—	1	3,44	—	—	—	—	—	1	3,44	—	—

Таблица XXXXV (мужчины).

Форма прегресса паралича.	1897 годъ.																					
	Число умершихъ.	Ампут. амплент. прип.	%	Вахенсия.	%	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	%	Кружающаяся пневмония.	%	Височный парезъ.	%	Туберкул. легк. в горт.	%	Острый стенозъ гортани.	%	Рожа.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%	Разрывъ мочеv. пузыря.
Ампт.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Эксп.	1	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депр.	5	2	40,00	2	40,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Демен.	14	4	28,57	4	28,57	1	7,14	1	7,14	1	7,14	—	—	—	—	—	—	—	—	2	14,28	—
Всего.	20	7	35,00	6	30,00	1	5,00	1	5,00	2	10,00	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10,00	—

Таблица XXXXVI (мужчины).

Форма прогр парал	1898 годъ.																						
	Число умершихъ.	Анорак.-энцефалит прил.	0/0	Кахексія.	0/0	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	0/0	Крупозная пневмонія.	0/0	Височный плевроитъ.	0/0	Туберкул легк. и горл.	0/0	Острый отекъ гортани.	0/0	Рожа.	0/0	Флегмона.	0/0	Септицемія.	0/0	Разрывъ мочеисп. пузыря.	0/0
Агит.	1	—	—	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Эксп.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—
Депр.	2	—	—	2	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Демен	10	5	50,00	5	50,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего.	14	5	35,71	7	50,00	1	7,14	—	—	—	—	—	—	—	1	7,14	—	—	—	—	—	—	—

Таблица XXXXVII (мужчины).

Форма прогр паралич.	1899 годъ.																						
	Число умершихъ.	Анорак.-энцефалит прил.	0/0	Кахексія.	0/0	Быстр. ослаб. серд. дѣят.	0/0	Крупозная пневмонія.	0/0	Височный плевроитъ.	0/0	Туберкул легк. и горл.	0/0	Острый отекъ гортани.	0/0	Рожа.	0/0	Флегмона.	0/0	Септицемія.	0/0	Разрывъ мочеисп. пузыря.	0/0
Агитир	1	—	—	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Экспанс.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрес	3	—	—	2	66,66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Демент.	5	2	40,00	1	20,00	2	40,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего .	9	2	22,22	3	33,33	3	33,33	—	—	—	—	—	—	—	1	11,11	—	—	—	—	—	—	—

Какъ видно изъ представленныхъ (XXXXI—XXXXVII) таблицъ, между ближайшими причинами смерти въ каждомъ году преобладали три: припадки, кахексія и быстрое ослабленіе сердечной дѣятельности, причемъ первой по количеству умершихъ была кахексія, затѣмъ припадки и, наконецъ, быстрое ослабленіе сердечной дѣятельности; только у паралитиковъ, поступившихъ въ 1897 году и затѣмъ умершихъ, отношеніе это нарушилось: отъ припадковъ больше умерло, чѣмъ отъ кахексіи, причемъ нужно замѣтить, что особенно много паралитиковъ, поступившихъ въ 1897 годъ и затѣмъ скончавшихся, погибло отъ случайныхъ причинъ (флегмоны, крупозной пневмоніи, выпотнаго плеврита); отношенія между тремя главными причинами смерти (по годамъ) представляли большія колебанія, такъ-что нельзя сдѣлать какого либо вывода въ пользу усиленія или уменьшенія одной причины насчетъ другой въ послѣдніе годы.

Таблица XXXXVIII (женщины).

Форма	1893 годъ.																
	Число умершихъ.	Абсолютн.-значеніе припадковъ.	%	Кахексія.	%	Быстрое ослабленіе сердечной дѣятельност.	%	Крупозная пневмонія.	%	Туберкулезъ легкихъ.	%	Рожь.	%	Флегмоны.	%	Септицемія.	%
прогрессивнаго паралича.																	
Экспансивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дементная.	2	—	—	—	—	1	50,00	—	—	1	50,00	—	—	—	—	—	—
Всего	3	—	—	1	33,33	1	33,33	—	—	1	33,33	—	—	—	—	—	—

Таблица XXXIX (женщины).

Форма прогрессивнаго паралича.	1894 годъ.															
	Число умершихъ. Апоплектично-энцефалич. припадки.	%	Кахексія.	%	Быстрое ослабленіе сердечной дѣятельности.	%	Крупозная пневмонія.	%	Туберкулезъ легкихъ.	%	Рожь.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%
Экспансивная.	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дементная.	5	—	—	5	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	6	—	—	6	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица I. (женщины).

Форма прогрессивнаго паралича.	1895 годъ.															
	Число умершихъ. Апоплектично-энцефалич. припадки.	%	Кахексія.	%	Быстрое ослабленіе сердечной дѣятельности.	%	Крупозная пневмонія.	%	Туберкулезъ легкихъ.	%	Рожь.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%
Экспансивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дементная.	4	2	50,00	1	25,00	—	—	1	25,00	—	—	—	—	—	—	—
Всего	5	2	40,00	2	40,00	—	—	1	20,00	—	—	—	—	—	—	—

Таблица LIII (женщины).

Форма прогрессивнаго паралича.	1898 годъ.																
	Число умершихъ.	Ангины-энцефалитф. припадк.	%	Какхвсия.	%	Быстрое ослабленіе сердечной деятельности.	%	Кружозныя припадкы.	%	Туберкулезъ легкихъ.	%	Рожь.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%
Экспансивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дементная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	1	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблица LIV (женщины).

Форма прогрессивнаго паралича.	1899 годъ.																
	Число умершихъ.	Ангины-энцефалитф. припадк.	%	Какхвсия.	%	Быстрое ослабленіе сердечной деятельности.	%	Кружозныя припадкы.	%	Туберкулезъ легкихъ.	%	Рожь.	%	Флегмона.	%	Септицемія.	%
Экспансивная.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депрессивная.	2	—	—	1	50,0	—	—	—	—	—	—	1	50,00	—	—	—	—
Дементная.	1	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	3	1	33,33	1	33,33	—	—	—	—	—	—	1	33,33	—	—	—	—

Изъ таблицъ XXXXVIII—LIV мы замѣчаемъ, что у женщинъ, какъ и у мужчинъ, преобладали въ каждомъ году тѣ же три причины смерти и почти въ томъ же порядкѣ слѣдованія, только у женщинъ болѣе рѣзка разница между кахексией и паралитическими припадками, какъ причинами смерти и менѣе рѣзка между паралитич. припадками и быстрымъ ослабленіемъ сердечной дѣятельности—какъ причинами смерти отъ прогр. паралича, чѣмъ это констатируется у мужчинъ.

Заканчивая статистическую замѣтку, я упомяну о нѣкоторыхъ случаяхъ трофическихъ измѣненій у паралитиковъ и о травматическихъ поврежденіяхъ. Dr. Arnaud ¹⁾ говоритъ, что трофическія измѣненія не суть необходимая принадлежность прогрессивнаго паралича и что появленію таковыхъ возможно воспрепятствовать.

Dr. Cololian ²⁾ въ своей работѣ о трофическихъ измѣненіяхъ у прогрессивныхъ паралитиковъ, приводя мнѣнія разныхъ авторовъ объ этомъ предметѣ, констатируетъ, что у авторовъ существуютъ разногласія какъ о существованіи вообще трофическихъ измѣненій у прогрессивныхъ паралитиковъ, такъ и о частотѣ ихъ у паралитиковъ; объясняетъ это отъ тѣмъ, что изслѣдованіе прогр. паралитиковъ—при поступленіи ихъ—производится поверхностно, довольствуются только констатированіемъ кардинальных признаковъ данной болѣзни: затѣмъ, трофическія измѣненія у паралитиковъ почти безбомѣзненны, поэтому больные не обращаютъ на нихъ вниманія сами, равно какъ и не обращаютъ вниманія на эти измѣненія пользующихъ ихъ (больныхъ) врачей; по сему поводу, говоритъ Cololian, для констатированія трофическихъ измѣненій нужны частыя и тщательныя, подробныя изслѣдованія прогрессивныхъ паралитиковъ.

Чаще всего у зарегистрированныхъ нами прогрессивныхъ паралитиковъ-мужчинъ наблюдались *oithematoma*, затѣмъ обильный *herpes zoster*, преимущественно на груди; былъ случай сухой *eczemates* по всему тѣлу у паралитика, перенесшаго *lues* и сильно злоупотреблявшаго алкоголемъ, который упорно сопротивлялся всякому леченію: какъ только у больного наступила ремиссія, есшеса быстро зажила; наблюдался случай немфигоидной высылки: у больного—не сифилитика и не алкоголика—послѣ паралическаго припадка осталось паретическое состояніе въ лѣвой половинѣ тѣла; спустя нѣкоторое время у него поднялась тем-

¹⁾ *Annales medico-psycholog.* 1900 (Январь и Февраль)

²⁾ *Archives de neurologie* 1898 г. (Январь и Мартъ).

пература, и на лѣвой половинѣ (рука, нога, лѣвая сторона груди, спина и поясица) появились пузыри, величиной отъ сливы до волонскаго орѣха; пузыри эти допались и на мѣстахъ, подвергавшихся давленію, превращались въ язвы; больной этотъ, при появленіи новыхъ и новыхъ пузырей и превращенія ихъ въ грязныя язвы, погибъ. Встрѣтились *три* случая *trichotillomoniae*—больные выщипывали волосы не только на лобкѣ, подъ мышками, бородѣ и усахъ, но на любой части тѣла—совершенно спокойно, безъ всякой боли; былъ случай—*psoriasis vulgaris* по вебму тѣлу; наблюдалось у паралитика съ отсутствіемъ колѣнныхъ рефлексовъ табетическое пораженіе колѣннаго сустава; у одного паралитика (сифилитика), страдающаго экспансивной формой прогр. паралича, находящагося и теперь еще въ отдѣленіи, наблюдается полная потеря обонянія и почти полная потеря вкусовыхъ ощущеній. У паралитика, страдающаго депрессивной формой дашлой болѣзни, по профессіи кондитера, было отмѣчено пораженіе ногтей какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ: отъ ногтей остались только небольшіе слѣды. Что касается *женщинъ-паралитичекъ*, то можно упомянуть о слѣдующемъ случаѣ: у паралитки, 40 лѣтъ, страдавшей депрессивной формой прогрессивнаго паралича, появился обильный *herpes zoster* на лѣвой сторонѣ шеи и на лѣвой верхней конечности; кромѣ того, у этой же больной наблюдалось во время пребыванія въ отдѣленіи вплоть до смерти отъ кахексіи обильное разрастаніе волосъ на губахъ и на подбородкѣ... Изъ тяжелыхъ поврежденій укажу на переломъ костей: 1 случай перелома шейки плечевой кости послѣ паденія у паралитика, страдавшаго дементной формой болѣзни; одинъ случай перелома ключицы послѣ драки у паралитика, страдавшаго экспансивной формой прогресс. паралича; одинъ случай перелома нижней челюсти у паралитика дементной формы отъ удара, нанесеннаго другимъ больнымъ; три случая перелома шейки бедра послѣ паденія—по одному случаю у паралитиковъ экспансивной, депрессивной и дементной формъ; 2 случая, тоже констатированныхъ, переломовъ реберъ; во всѣхъ случаяхъ наступила консолидація. Dr. Alex. Athanossio ¹⁾ въ своей статьѣ о трофическихъ измѣненіяхъ у прогресс. паралитиковъ говоритъ, что переломы у паралитиковъ происходятъ очень легко, но и хорошо консолидируются, несмотря подчасъ на далеко зашедшую кахексію. Наконецъ, я укажу на случай тяжелаго поврежденія слѣдующаго характера: прогрессивный паралитикъ послѣ ряда припадковъ сдѣлался безногой-

¹⁾ Annales medico-psychol. 1900 г. (Январь и Февраль) гед.

нмъ, но не проявлялъ явныхъ склонностей къ самоповрежденію; ночью, когда наблюдавшій за нимъ служитель отошелъ на нѣсколько минутъ въ сторону, чтобы помочь улечься другому парализованному, описываемый больной разорвалъ мошонку, вырвалъ правое яичко съ кускомъ сѣмянного канатика и бросилъ яичко въ сторону; къ лучевой ранѣ, разумѣется, было примѣнено соответствующее хирургическое леченіе; потомъ, у этого больного возобновились паралитическіе припадки, и онъ умеръ въ припадкѣ спустя 2 недѣли послѣ травматическаго поврежденія съ хорошо гранулирующей раной на мошонкѣ.

Прогрессъ въ ученіи объ анатоміи и патологіи нервной клѣтки ¹⁾.

А. В. Фаворскаго.

Сегодня, въ первую годовщину научныхъ собраній врачей окружной психіатрической лечебницы, на мою долю выпала высокая честь занять Ваше вниманіе научной бесѣдой. Темой для этой бесѣды мнѣ послужить обзоръ успѣховъ въ области анатоміи и патологіи нервной клѣтки, этой главной составной части нервной системы, правильное функціонированіе которой есть главное условіе бытія человѣка и безпорядки въ которой столь тяжело отражаются какъ на физической, такъ и на психической сферѣ разумнаго существа.

Въ первой трети истекающаго столѣтія трудами Helmholtz'a, Valentin'a, Purkinie, Remak'a и др. было установлено впервые въ головномъ и спинномъ мозгу присутствіе такъ назыв. „нервныхъ тѣлецъ“ (corpuscula neurosa), иначе говоря, нервныхъ клѣтокъ. Связь которыхъ съ нервными волокнами была доказана позднѣе Nappeyг'омъ въ 40-хъ годахъ того же столѣтія. Около этого же времени Stilling'омъ и Wallach'омъ были впервые описаны мультиполярныя клѣтки. Такимъ образомъ этими изслѣдованіями былъ положенъ конецъ древнему воззрѣнію на спинной мозгъ, какъ на органъ, не содержащій центровъ и являющійся простымъ нервомъ, отличающимся отъ другихъ только своею толщиной.

Съ 1858 года, благодаря введенію Gerlach'омъ въ технику изслѣдованія микроскопическихъ мозговыхъ препаратовъ метода окрашиванія и именно карминомъ, появляется рядъ работъ, глав-

¹⁾ Рѣчь, читанная въ годичномъ засѣданіи Врачей Казанской Окружной лечебницы 21 декабря 1900 года.

нымъ образомъ, принадлежащихъ Deiters'у. Deiters установилъ какъ законъ, что каждая нервная клѣтка имѣетъ тѣло и отростки двухъ видовъ: одни неровные, многовѣтвистые, окончивающіеся недалеко отъ своего начала или тенеренніе дендриты по His'у, другіе—по одному въ каждой клѣткѣ—осевоцилиндрической отростокъ.

Въ 1873 году появляется методъ окрашиванія клѣтокъ серебромъ, предложенный Golgi, который своими изслѣдованіями подвинулъ впередъ вопросъ объ анатоміи придатковъ клѣтки—ея отростковъ. Съ 1888 года тотъ же методъ, но нѣсколько модифицированный пенанцемъ Ramon у Саја Гемъ, далъ массу цѣнныхъ данныхъ, имѣющихъ въ настоящее время огромное значеніе, данныхъ о строеніи и распредѣленіи въ мозгу клѣточныхъ отростковъ и ихъ отношеніяхъ между собою. Работами по этому методу было установлено, что протоплазматическіе отростки или дендриты коры головного мозга взрослыхъ животныхъ, въ частности и человѣка, отличаются отъ осевоцилиндрическихъ тѣлъ, что первые покрыты массой своеобразныхъ различной величины боковыхъ придатковъ на подобіе шиповъ или грушъ, правильно распредѣленныхъ подѣ прямымъ угломъ къ отростку. Кроме того, въ корѣ поворожденныхъ животныхъ, главнымъ образомъ, тѣхъ, которые являются на свѣтъ въ безпомощномъ состояніи (мышь, котенокъ), можно обнаружить на многихъ протоплазматическихъ отросткахъ т. назыв. варикозное состояніе или четкообразное, или монилморфное состояніе дендритовъ, сказывающееся въ томъ, что на отросткѣ появляется масса четкообразныхъ вздутій. Но и этотъ методъ, являющийся большимъ шагомъ впередъ въ изученіи внѣшняго облика клѣтки, какъ нарочно, подѣ чернымъ толстымъ слоемъ серебра, совершенно скрылъ отъ нашихъ взоровъ таинственное внутреннее строеніе клѣтки. Нужно сказать, однако, что въ 1882 г. Flemming'омъ впервые дѣлается попытка разсѣять эту таинственность. Такъ, онъ отличаетъ въ клѣткахъ мозга зернистость и говоритъ, что зернышки клѣтокъ окрашиваются ядрокрасящими красками; а въ періодъ времени съ 1884 по 1887 г. его ученицы Nitiss, Koneff, Kotlarewsky въ своихъ диссертацияхъ уже различаютъ въ спинальныхъ ганглиозныхъ клѣткахъ элементы хромофильные и хромофобные.

Одновременно съ этими работами въ 1885 г. врачъ городскаго дома для душевно больныхъ во Франкфуртѣ на Майнѣ Franz Nissl (теперь доцентъ въ Гейдельбергѣ) демонстрировалъ свои микроскопическіе препараты на съѣздѣ врачей и естествоиспытателей въ Страсбургѣ. Препараты эти, уплотненные въ алкогольъ и овращенные methylenblau, сразу разсѣяли туманъ, окутывавшій доселѣ нервную клѣтку. Съ 1892 года, когда былъ впервые опу-

бликовавъ Nissl'емъ его методъ, вниманіе изслѣдователей сразу было отвлечено отъ мрачныхъ некрасивыхъ влѣшнихъ силуэтовъ клѣтки внутрь ея: появилась масса работъ, выяснившихъ намъ тончайшее строеніе нервной клѣтки во всей ея изящной законченности. Изъ этихъ работъ мы узнали, что протоплазма клѣтки состоитъ изъ тончайшей сѣти не окрашенной—трофоплазмы по Marinессо или ахроматической сѣти по Nissl'ю, и изъ зернистаго вещества—кинетоплазмы по Marinессо или хроматическаго вещества по Nissl'ю, залегающаго между петлями предыдущей сѣти и хорошо окрашивающагося основными красками. Эта кинетоплазма подъ микроскопомъ даетъ себя знать въ видѣ различной величины и различнаго очертавія зернышекъ, распределенныхъ концентрическими линіями или продольно, или сѣтевидно, или сѣтевидно-линейно. Кинетоплазма имѣетъ по авторамъ для клѣтки значеніе питательнаго матеріала, между тѣмъ какъ трофоплазма служить для проведенія различныхъ импульсовъ. Протоплазматическіе отростки также содержатъ въ себѣ зернышки различной величины и в продолговатой формы. Содержаніемъ этихъ хроматическихъ зернышекъ они рѣзко отличаются отъ осеводипндрическаго отростка, который совершенно лишенъ ихъ и остается на окрашенныхъ препаратахъ почти безцвѣтнымъ. Мѣсто выхода этого отростка отмѣчается интересной подробностью: сегментъ клѣтки, соотвѣтствующій мѣсту выхода отростка, лишенъ хроматическихъ зернышекъ и неокрашенъ совсѣмъ или окрашенъ диффузно. Ядро различной величины ясно отдѣляется оболочкой отъ клѣтки и содержитъ ядрышко, густоокрашенное. Между ядрышкомъ и ядерной оболочкой существуютъ перекладины каріоплазматической сѣти, омываемой безцвѣтной жидкостью—такъ назыв. энхилемой. Ядрышко содержитъ въ себѣ еще нѣсколько нуклеолины. Что касается хроматическихъ зернышекъ въ протоплазмѣ и протоплазматическихъ отросткахъ, то они представляются состоящими изъ двухъ частей: одна сильнѣе окрашивается, а другая слабѣе. Въ живой клѣткѣ, какъ довольно убѣдительно доказалъ д-ръ Полумордвиновъ, хроматическія зерна находятся въ томъ же видѣ, въ какомъ они представляются намъ на препаратахъ, обработанныхъ спиртомъ.

Насколько сходны взгляды относительно хроматическаго вещества, настолько же авторы не согласны между собою на счетъ характера ахроматической субстанціи. Одни (Benda, Nissl, Lugaго, Догель) считаютъ ее за фибриллярную по примѣру старыхъ авторовъ—Schultze, Ranvier, Flemming; другіе (Lenhossek)—губчатымъ; Ramon y Cajal—сѣтчатымъ. За самое послѣднее время Bethe и Apathy посредствомъ своего довольно сложнаго метода обнаружили внутри клѣтки особую

фибрилярную сеть; а Golgi путем обработки нервных клеток серебром съосмием и хлористой платиной открылъ въ клеткѣ тоже особую эндоцеллюлярную сеть, свлугетъ которой получаютъ и на препаратахъ по Nissl'ю. Она, однако, не соотвѣтствуетъ фибриллярной сети другихъ авторовъ и значеніе ея пока загадочно. Эта нитевидная или въ формѣ лепточекъ сеть представляетъ неправильныя петли, на мѣстѣ пересѣченія которыхъ имѣются узловыя точки или бляшки. Периферія откускается отъ себя цѣлую серію отростковъ, которые направляются въ дендриты, гдѣ они вскорѣ и оканчиваются.

Мнѣ не приходится долго останавливаться на результатахъ, добытыхъ способами Bethe и Arathy съ одной стороны и Golgi съ другой, такъ какъ по своей сложности и капризности методы ихъ еще не вошли во всеобщее употребленіе и не дали еще строго опредѣленныхъ и прочно установленныхъ фактовъ.

Послѣ того какъ были установлены анатомическіе факты тончайшаго внутренняго строенія клеткѣ, когда невропатологи болѣе или менѣе основательно познакомились съ этимъ невѣдомымъ до того времени внутреннимъ міромъ клеткѣ, было приступлено съ большимъ рвеніемъ сначала на животныхъ, а потомъ на человѣкѣ, къ изученію тончайшихъ патологическихъ измѣненій клеткѣ. Это рвеніе вполнѣ понятно, такъ какъ по карминнымъ препаратамъ абсолютно ничего не было извѣстно о тонкой патологіи нервной клеткѣ. Результаты дружной работы въ области тонкой патологіи нервной клеткѣ не заставили себя долго ждать. Вскорѣ были изучены разнообразныя тончайшія измѣненія внутри клеткѣ при дѣйствіи самыхъ разнообразныхъ вредныхъ моментовъ. Всѣ эти измѣненія въ принципѣ сводятся къ такъ называемому по Marinессо хроматолізу, т. е. распаденію или растворенію хроматическихъ зернышекъ, частичному или полному, и—ахроматолізу, т. е. распаденію сѣтевидной субстанціи протоплазмы, или—коагуляціонному некрозу ея. Сначала предполагали, что нервная клетка на каждый вредный агентъ реагируетъ съ морфологической стороны различно и даже специфически, каковой взглядъ былъ выставленъ самимъ Nissl'емъ, работавшимъ по вопросу о дѣйствіи различныхъ ядовъ на нервную клетку, и былъ сильно поддерживаемъ, главнымъ образомъ, итальянскими авторами. Но 3 года тому назадъ творецъ этого взгляда отказался отъ своего ученія и сталъ отрицать качественную разницу измѣненныхъ отъ различныхъ причинъ клетокъ. Огромное большинство авторовъ въ настоящее время держится того мнѣнія, что говорить о специфичности измѣненій въ клеткахъ нельзя. По моему, это мнѣніе слѣдуетъ считать наиболѣе вѣрнымъ и вотъ на какомъ основаніи. Вѣдь несмыслимо на самомъ дѣлѣ

даже представить себѣ, чтобы каждый вредный агентъ измѣнялъ клѣтку морфологически настолько различно, чтобы по такой клѣткѣ можно было судить о природѣ подѣйствовавшаго на нея яда. Ни одного подобнаго факта мы не можемъ найти въ целлюлярной патологіи. Если мы и позволяемъ себѣ говорить о специфичности измѣненной подъ вліяніемъ извѣстнаго момента ткани, то здѣсь имѣется въ виду то или другое нарушенное отношеніе составныхъ элементовъ ткани другъ къ другу, извѣстная комбинація этихъ нарушенийъ. Затѣмъ, изъ патологической анатоміи первнаго волокна намъ извѣстно, что оно реагируетъ съ морфологической стороны одинаково, будемъ ли мы его отравлять какимъ-либо ядомъ или перерѣжемъ его, или оно будетъ поражено воспалительнымъ инфекціоннымъ процессомъ и т. д., характеръ патологическаго субстрата будетъ одинъ и тотъ же. А разъ это такъ, то зачѣмъ же намъ ждать, что клѣтка, представляющая одно неразрывное цѣлое съ первнымъ волокномъ, будетъ относиться иначе къ вредному моменту, чѣмъ волокно.

Въ связи съ только-что затронутымъ вопросомъ стоитъ вопросъ и о первичныхъ и вторичныхъ пораженіяхъ клѣтокъ. Подъ именемъ первичныхъ пораженій клѣтокъ разумѣютъ тѣ ея измѣненія, которыя наступаютъ первоначально въ тѣлѣ самой клѣтки; а подъ вторичными имѣются въ виду тѣ, которыя происходятъ въ клѣткѣ подъ вліяніемъ предварительно совершающихся измѣненій осевоцилиндрическаго отростка или вообще первнаго волокна. Первоначально, по почину *Magi nesco*, охотно отличали первичныя и вторичныя пораженія, причемъ вторичныя пораженія считали обыкновенно болѣе легкими, такъ какъ они касались болѣею частью кинетоплазмы, т. е. той части клѣточной протоплазмы, измѣненіе которой не считается опаснымъ для жизни нервной клѣтки. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ вступаетъ обыкновенно внезапное раствореніе хроматическихъ элементовъ, что влечетъ за собою такъ называемую тургescенцію клѣточной протоплазмы, иначе говоря, увеличеніе ея объема. Эта тургescенція можетъ быть по *van-Gee n-sch t e n'у* такъ велика, что ядро выталкивается наружу и, само собою, клѣтка погибаетъ. При сильномъ пораженіи первнаго волокна дѣло можетъ дойти и до 2-го стадія—измѣненія ахроматической субстанции, что считается уже опаснымъ для существованія клѣтки. Первичныя пораженія считались наиболѣе сложными и рѣзкими, гдѣ почти всегда имѣлось и пораженіе ахроматическаго вещества. Но на 12-мъ международномъ конгрессѣ врачей въ Москвѣ *Ballet* и *Dutil* сообщили на основаніи своихъ опытовъ, что строгое разграниченіе вторичныхъ и первичныхъ поврежденій невозможно, что тотъ или другой характеръ измѣненій нервныхъ клѣтокъ зависитъ не столько отъ качества вредныхъ аген-

товъ, сколько отъ интенсивности ихъ дѣйствій. Д-ръ Левковскій на основаніи своихъ работъ и проф. А н ф и м о в ъ приходятъ къ такому же заключенію. Последний говоритъ, что разграбленіе поврежденій клѣтокъ, какъ предлагаетъ *Maginnesco*, не можетъ быть вполне принято; что при экспериментальныхъ леврикахъ встрѣчаются смѣшанныя формы поврежденій клѣтокъ.

Я бы вполне присоединился къ взгляду этихъ авторовъ. На самомъ дѣлѣ, все различіе здѣсь находится на степени морфологическихъ измѣненій клѣтки т. е. на такого рода критеріи, который можетъ поставить въ затрудненіе и самихъ авторовъ, предложившихъ его. Представьте себѣ, что предъ нами 2 препарата отъ двухъ различныхъ мозговъ: въ одномъ случаѣ было рѣзкое пораженіе первичныхъ волоконъ и клѣтки представляютъ разрушеніе своей важной составной части, именно хроматической субстанціи, а въ другомъ пораженіе первичныхъ волоконъ отсутствовало, но тѣмъ не менѣе въ клѣткѣ замѣненъ только хроматозвъ. Въдѣ согласно вышеизложенному принципу, я долженъ буду по наличности морфологическаго измѣненія клѣтки 1-го случая назвать первично-измѣненными, а клѣтки 2-го мозга вторично-измѣненными.

И не буду болѣе останавливаться на этомъ вопросѣ и перейду къ обсужденію значенія явленій хроматолиза и ахроматолиза въ патологіи. Здѣсь предъ нами является предварительно естественный вопросъ: а что эти явленія не наблюдаются-ли и въ физиологическомъ состояніи организма? Неоспоримыхъ доказательствъ существованія хроматолиза и ахроматолиза въ первичныхъ клѣткахъ у здороваго животнаго мы доселѣ не имѣемъ. Впрочемъ, существуютъ работы *Vas'a*, *Man'n'a*, *Lamberto*, *Lugaro*, *Levi*, Ковалевскаго и др., которые изучали измѣненіе клѣтокъ при усиленно дѣятельномъ ихъ состояніи. Всѣ эти авторы получили самыя разнообразныя и притомъ противорѣчивыя результаты на этотъ счетъ. Такъ напримѣръ, хроматофилы по *Vas'у*, *Lambert'у* перемѣщаются въ работающей клѣткѣ къ периферіи, а по мнѣнію остальныхъ авторовъ онѣ не измѣняютъ своего положенія. Количество хроматина ядра по *Vas'у*, увеличивается, а по *Man'n'у* уменьшается. По *Lugaro* клѣтка въ началѣ дѣятельности приходитъ въ состояніе набуханія, тургесценціи съ послѣдующимъ хроматолизомъ. Набуханіе касается не только тѣла клѣтки, но и ея отростковъ, какъ протоплазматическихъ такъ и осеводилиндрическихъ. Такія же явленія хроматолиза были получены и въ опытахъ Ковалевскаго.

Я вполне раздѣляю мнѣніе *van-Gehuchten'a*, что всѣ данныя относительно дѣятельности клѣтокъ, полученные экспериментально путемъ химическаго, механическаго раздраженія или раздраженія фарадическимъ токомъ, нужно считать, скорѣе,

патологическими, чѣмъ нормальными. На самомъ дѣлѣ, въ этомъ не трудно убѣдиться, если обратить вниманіе на постановку экспериментовъ. Возьмемъ для примѣра опыты въ работѣ Ковалева-скаго. Этотъ авторъ перерѣзывалъ сѣдалищный нервъ, впрыскивалъ въ центральный конецъ его хромовую кислоту и наблюдалъ хроматолитическія измѣненія въ клѣткахъ, относя ихъ на счетъ усиленной дѣятельности клѣтки. Но вѣдь уже одна простая перерѣзка нерва сама по себѣ, по Nissl'ю, черезъ 24 часа вызываетъ въ клѣткѣ хроматолизъ; одно прикладываніе кристаллика поваренной соли къ нерву влечетъ за собою, по Nissl'ю, измѣненіе структуры клѣтки. Само собою разумѣется, что если въ перерѣзанное нервное волокно впрыснуть еще такое сильное прижигающее вещество, какъ хромовая кислота, то измѣненіе клѣтки обнаружится еще яснѣе, еще рѣзче.

Точно также нельзя считаться и съ данными объ измѣненіяхъ дѣятельности клѣтки, полученными посредствомъ раздраженія нервнаго волокна фарадическимъ токомъ, да еще притомъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Фарадическій токъ никоимъ образомъ нельзя считать соотвѣтствующимъ естественному физиологическому раздраженію. Всякому, наблюдавшему въ клиникѣ больныхъ, извѣстенъ, напримѣръ, тотъ фактъ, что при начинающейся регенерации нервныхъ стволовъ при полиневритѣ, произвольное сокращеніе мышцъ возможно, а электрической токъ этого сокращенія не вызываетъ. Наконецъ, фарадическій токъ обладаетъ, хотя и слабыми, каталитическими свойствами: припомните фактъ разложенія воды путемъ такъ называемаго тихаго разряда. А разъ это такъ, то мы всегда при приложеніи тока къ нерву получимъ химическіе продукты, могущіе сами по себѣ раздражать нервъ и тѣмъ вызывать измѣненіе въ клѣткахъ. Сказаннаго, по моему, достаточно, чтобы по меньшей мѣрѣ скептически отпестись къ демонстрируемымъ авторами измѣненіямъ клѣтки въ ея дѣятельномъ состояніи.

Нѣтъ сомнѣній, что измѣненія въ клѣткѣ при ея функціональномъ отправленіи въ живомъ организмѣ должны быть, но измѣненія эти вѣроятно очень ничтожны и скоро исправляются. Для констатированія же ихъ путемъ эксперимента необходимо поставить клѣтку въ возможно нормальныя условія проявленія ея дѣятельности, а не ставить ей препятствія въ видѣ перерѣзки ея осевиднаго отростка.

Что касается явленій ахроматолиза, то на существованіе его въ физиологическомъ состояніи организма никто изъ авторовъ не указываетъ. Наоборотъ, всѣ склопы видѣть въ немъ явленіе исключительно патологическое.

Теперь мы перейдемъ къ весьма важному для каждаго клинициста вопросу, насколько клѣточные поврежденія соотвѣтствуютъ

клиническими симптомамъ и какъ мы должны пользоваться патологоанатомическими картинами измѣненныхъ клѣтокъ при объясненіи болѣзненныхъ явленій, какъ на экспериментируемыхъ животныхъ, такъ и на человѣкѣ. Дѣло въ томъ, что тутъ мы встрѣчаемся съ двумя противоположными мнѣніями. Одно мнѣніе указываетъ на несоотвѣтствіе патологоанатомическихъ данныхъ съ клиническими фактами. Такъ, Goldscheider и Flatau видѣли, что отравленные кролики скорѣе оправлялись подъ вліаніемъ антитоксина, чѣмъ восстанавливалась анатомическая картина ихъ клѣтокъ спинного мозга. Ballet и Dütil обратили вниманіе, что быстрота и сила движеній опытныхъ животныхъ (морскія свинки) была одинакова, не смотря на то, что первыя клѣтки однихъ свинокъ были сильно измѣнены, вторыя же клѣтки другихъ были повреждены очень незначительно. На такое же несоотвѣтствіе чаще всего указываютъ при аутопсіи человѣка.

Другое мнѣніе, поддерживаемое большею частью авторовъ, склонно видѣть полное соотвѣтствіе клинической картины съ патологоанатомическимъ субстратомъ клѣтокъ. Это противорѣчіе авторовъ, на мой взглядъ, только кажущееся и происходитъ оно отъ различной точки зрѣнія на измѣненія, совершающіяся въ клѣткахъ. Если одинъ авторъ будетъ считать хроматоллизъ въ клѣткахъ за явленіе, непременно влекущее за собою клинической симптомъ, въ видѣ, положимъ, паралича, то онъ очень легко можетъ не дожидаться этого симптома и будетъ говорить: клѣтки рѣзко измѣнены, а паралича нѣтъ, ergo соотвѣтствія нѣтъ. Такъ было въ работѣ Dütil'a, гдѣ въ клѣткахъ былъ хроматоллизъ. Другой авторъ, не придающій особенно важнаго значенія хроматоллизу клѣтки въ патологіи ея, скажетъ: измѣненія были нерѣзкія въ клѣткахъ, а потому мы и не находимъ клиническихъ симптомовъ. Подтвержденіе этому, Вы можете пайти въ работѣ д-ра Рыбакова, занимавшагося вопросомъ объ отравленіи животныхъ свинцомъ. Онъ прямо говоритъ, что тамъ, гдѣ у животныхъ было незначительное поврежденіе протоплазмы въ видѣ ея хроматоллиза или перемѣщенія ядра, онъ не получалъ параличныхъ явленій, которыя бывали на лицѣ всякій разъ, когда въ клѣткахъ замѣчалось сильное поврежденіе и ахроматического вещества протоплазмы, отсутствіе ядра и ядрышка и пр., словомъ, по его выраженію параличъ былъ тамъ, гдѣ имѣлись „грубыя измѣненія клѣтокъ“.

По поводу отсутствія параличей при первой патологоанатомической картинѣ—при хроматоллизѣ д-ръ Рыбаковъ совершенно справедливо замѣчаетъ, что первое волокно можетъ потерять свой мѣлинь, однако, клѣтка прекрасно проводитъ импульсы чрезъ неповрежденный осевой цилиндръ, стало быть, извѣстный

ненормальный видъ волокна еще не значить, что оно не можетъ функционировать. То же самое, повидимому, нужно сказать и по отношенію къ нервной клѣткѣ. Помимо всего этого, если даже припятъ хроматолъ за явленіе, могущее повлечь за собою, положимъ, слабый парезъ, то какъ Вы констатируете у такихъ животныхъ, какъ морская свинка и кроликъ, этотъ парезъ!.. Конечно, легче всего было бы провѣрить этотъ фактъ при секціи человѣка, но здѣсь доселѣ такихъ чистыхъ наблюденій не имѣется.

Кромѣ того, мы знаемъ, что извѣстный патологоанатомическій субстратъ иногда совершенно не проявляется клинически ничѣмъ или, по крайней мѣрѣ, мы его не умѣемъ констатировать при современныхъ методахъ изслѣдованія. Я могъ бы для примѣра указать хотя бы на недостаточность двустворчатого клапана, обнаруживаемаго на секціонномъ столѣ случайно и клинически ничѣмъ не сказывавшагося. Далѣе, кто изъ насъ не знаетъ случаи изъ литературы, гдѣ полное пораженіе „петли“ не сказывалось никакимъ расстройствомъ чувствительности, и обнаруживалось, къ удивленію, послѣ аутопсіи... При объясненіи такихъ фактовъ слѣдуетъ помнить, что организмъ всякаго животнаго, а въ особенности человѣка, и въ частности его нервная система, обладаютъ огромной приспособляемостью къ вреднымъ для ея жизни условіямъ. За примѣромъ ходить далеко не приходится. Человѣку вычерпываютъ часть коры головного мозга цѣлой операціонной ложечкой, да еще не одной, въ области центра руки, положимъ, а у него, не смотря на это удаленіе цѣсколькихъ сотъ тысячъ клѣтокъ, паралича руки не получается. Что это такое? А это вполне простое въ животномъ организмѣ явленіе: оставшіяся клѣтки взяли на себя роль своихъ погибшихъ товарищей и только. То же самое возможно и въ спинномъ мозгу: если изъ 100,000 клѣтокъ, имѣющихся, по моему приблизительному подсчету въ среднемъ, въ одномъ сегментѣ мозга будетъ поражено 10—20—100 клѣтокъ, неужели на самомъ дѣлѣ это должно сказаться клинически? По моему, едва-ли. Авторъ, обращающій вниманіе только на измѣненныя клѣтки безъ всякаго отношенія ихъ къ числу оставшихся нормальныхъ клѣтокъ, скажетъ въ подобномъ случаѣ: спинной мозгъ измѣненъ, а паралича тѣмъ не менѣе нѣтъ,—явное несоотвѣтствіе, измѣненіе клѣтокъ слишкомъ банальное, методъ Nissl'я не годенъ для патологическихъ цѣлей. Едва ли будетъ соответствовать истинѣ такое отношеніе къ новѣйшимъ приобрѣтеніямъ въ патологій клѣтки, добытымъ новѣйшими методами. Мы должны критически относиться къ картинамъ микроскопа, мы должны обращать главное вниманіе на хотя бы приблизительное количество измѣненыхъ клѣтокъ, степень этого измѣненія и отношенія числа заболѣвшихъ клѣтокъ къ числу нормальныхъ. Тогда только мы получимъ правильные выводы

относительно соответствія анатомическихъ данныхъ съ клиническими.

Всѣ новѣйшіе данныя относительно патологіи нервной кѣтки можно считать установленными только по отношенію къ кѣткамъ спинного мозга, спинномозговыхъ и симпатическихъ узловъ и узловъ сердца. Что же касается кѣтокъ коры головного мозга, то здѣсь еще не добыто положительныхъ опредѣленныхъ результатовъ въ смыслѣ патологіи ихъ, особенно въ приимленіи къ человеку. Nissl, изслѣдовавшій по своему методу болѣе 200 головныхъ мозговъ лицъ, страдавшихъ различными психическими заболѣваніями, не пришелъ ни къ какому положительному выводу относительно возможности пользоваться своимъ методомъ для цѣлей патологическихъ. Мы думаемъ, что здѣсь невропатологи нѣсколько погорочились изучать патологію, такъ какъ до сихъ поръ нормальное внутреннее строеніе кѣтокъ коры головного мозга представляеть слабое мѣсто въ анатоміи кѣтокъ. Кѣтки коры головного мозга, повидному, обладаютъ очень большимъ полиморфизмомъ и потому изученіе ихъ у животныхъ и человека въ частности требуетъ немало специальныхъ и продолжительныхъ изслѣдованій. Въ настоящее же время въ нашемъ распоряженіи имѣется методъ Ramon y Cajal'a, пользуясь которымъ, мы можемъ получить представленіе о нормальномъ или патологическомъ состояніи кѣтокъ коры головного мозга по состоянію ихъ отростковъ.

При патологическихъ процессахъ варикозное состояніе дендритовъ нервныхъ кѣтокъ, встрѣчающееся, какъ мы сказали выше, въ корѣ нормальныхъ и взрослыхъ животныхъ весьма рѣдко, усиливается и притомъ принимаетъ нѣсколько новую форму. Варикозный процессъ, начинаясь съ концевыхъ дендритовъ, постепенно можетъ приближаться къ нервной кѣткѣ и даже переходить на нее. При этомъ варикозное состояніе дендритовъ является несомненнымъ указаніемъ на патологическое состояніе нервной кѣтки, причемъ пораженіе кѣтокъ будетъ тѣмъ интенсивнѣе, чѣмъ больше у нея захвачено дендритовъ варикознымъ процессомъ. Однако, даже при значительномъ распространеніи варикознаго процесса, по наблюденіямъ Сепі, нервная кѣтка сохраняетъ свою трофическую функцію по отношенію къ осевому цилиндру, дегенерация коего наступаетъ обыкновенно тогда, когда вздутія и утолщенія переходятъ на самое кѣточное тѣло.

Варикозное или моплиморфное состояніе наблюдалось при различнаго рода отравленіяхъ какъ то мышьякомъ, свинцомъ, алко-големъ, сульфоналомъ и т. д., при различнаго рода аутоинтоксикаціяхъ, при нарушеніи кровообращенія въ головномъ мозгѣ и при различныхъ психическихъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся, главнымъ образомъ, слабоуміемъ. Кстати нужно замѣтить, что мопили-

морфное состояніе по опытнымъ наблюденіямъ Demoor'a, Стефановской, Суханова, Негера и др. вовсе не является непосредственнымъ доказательствомъ амебозиа нервныхъ элементовъ, на что указываетъ ошибочно D u a l.

Слѣдуетъ также указать, что монилморфное состояніе дендритовъ при различныхъ патологическихъ условіяхъ представляетъ лишь количественное отличіе, а не качественное.

Въ виду небольшого количества работъ съ этимъ методомъ, нельзя еще составить окончательнаго сужденія о его практической пригодности, но несомнѣнно, что онъ есть большой шагъ впередъ и будущность его, повидимому, вполне обезпечена.

При оцѣнкѣ получаемыхъ нами патологическихъ поврежденій клѣтокъ мы должны помнить, что существуютъ такъ назыв. трупныя измѣненія клѣтокъ, какъ внутренняго ихъ строенія, такъ и ихъ дендритовъ. Но какъ измѣненія внутренняго строенія клѣтки, такъ и появленіе варикознаго состоянія дендритовъ обнаруживаются въ слабомъ видѣ у животныхъ только спустя 24 часа послѣ смерти, а у человѣка еще позже. Кромѣ того, характеръ этихъ измѣненій несомнѣнно различается по своему внѣшнему виду, такъ что смѣшать трупное измѣненіе съ патологическимъ при известномъ навыкѣ нельзя.

Подводя итогъ всему сказанному, я не могу, съ одной стороны, не притти къ заключенію, что въ вопросѣ о примѣненіи анатомическихъ данныхъ къ патологіи нервной клѣтки мы пока все-таки находимся въ періодѣ неопредѣленности. Здѣсь еще много не договорено, много окончательно не установлено. Да оно и понятно, если принять въ соображеніе многочисленныя противорѣчія работавшихъ по этому поводу авторовъ. Но, съ другой стороны, несомнѣненъ тотъ фактъ, что въ области тонкой анатоміи нервной клѣтки мы приобрѣли цѣнныя сокровища, на которыя намъ впервые открылъ глаза не анатомъ, не гистологъ, а клиницистъ-невропатологъ.

Случай тератомы легкаго.

Студ. Л. Л. Фофанова.

Всякія новообразованія въ легкихъ встрѣчаются крайне рѣдко; обыкновенно въ легкихъ встрѣчаются узлы злокачественныхъ опухолей, метастазированныхъ сюда изъ первичныхъ узловъ, поселяющихся гдѣ-либо въ другихъ органахъ. Первичныя же новообразованія легкихъ—вещь въ высшей степени рѣдкая. Въ одномъ изъ прошлыхъ засѣданій Вашего общества д-ръ П. П. Заболотновъ приводилъ довольно подробную статистику, касающуюся первичныхъ злокачественныхъ новообразованій легкихъ, изъ которой видно, что процентъ ихъ не выходитъ изъ предѣловъ десятихъ единицы. Что касается новообразованій доброкачественныхъ, то они встрѣчаются въ легкихъ—это несомнѣнно, но встрѣчаются пожалуй еще рѣже, чѣмъ злокачественныя. Такъ въ легкихъ были наблюдаемы *osteoma* (Rokitansky, Virchow, Buhl), остеоидная хондрома (Virchow), хондромы, фибромы, по повидимому ни разу не было описано новообразованіе, послѣднее названіе тератомы, насколько можно было это заключить изъ просмотрѣнной нами литературы. Намъ попадались новообразованія тождественныя съ нашимъ, локализовавшіяся еще болѣе интересно и странно, наиримѣръ: тератома бокового желудочка мозга, тератома легочной артеріи внутри сердечной сорочки, случай Virchow'a—тератома передняго средостѣнія, дермоидныя кисты передняго средостѣнія (Ekenhorn), но случая, аналогичнаго нашему, намъ не встрѣтилось, что вызвало еще болѣе интересъ съ нашей стороны и желаніе подѣлиться этимъ съ Вами—съ обществомъ Врачей. (Правда намъ встрѣтился одинъ случай аналогичный нашему, но почему то онъ носитъ названіе рабдомиомы, хотя это тератома).

Въ концѣ прошлаго академич. года въ пашъ патолого-анатомическій институтъ было прислано врачомъ Воткинскаго завода, докторомъ Н. А. Спасскимъ, легкое, въ которомъ имѣлось какое то новообразованіе. Въ присланной при препаратѣ бумагѣ говорилось, что это правое легкое, выпнутое изъ груди крестьянина деревни Верхней Талпцы, Свѣтляпской волости Вятской губерніи Григорія Андріанова Л—ва 55-ти лѣтъ. Какихъ либо клиническихъ данныхъ, протокола вскрытія и почему было произведено вскрытіе—указаній въ бумагѣ никакихъ на это не имѣлось. По этому поводу д-ру Н. А. Спасскому былъ сдѣланъ запросъ, не имѣется ли у него какихъ либо данныхъ, касающихся этого случая. Докторъ Спасскій сообщилъ, что свѣдѣнія, которыя онъ можетъ доставить намъ, крайне скудны. Дѣло въ томъ, что большаго ему пришлось наблюдать лишь за нѣсколько часовъ до смерти, такъ какъ вскорѣ по доставленіи въ госпиталь онъ умеръ. Вскрытіе произведено было не полное, такъ какъ родственники этому сильно противились. Протокола вскрытія записано не было. Что касается изслѣдованія большаго при поступленіи его въ больницу, то оно дало слѣдующее: Григорій Андріановъ Л—въ, субъектъ хорошо и правильно развитой, высокаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія, наружныхъ уродствъ никакихъ не имѣлось; доставленъ онъ былъ въ госпиталь съ сильнѣйшей одышкой, при слабомъ пульсѣ, съ рѣзко выраженнымъ ціанозомъ всей верхней половины тѣла, въ особенности лица, шеи, рукъ. Пораженный бокъ какъ бы раздутъ и уже на глазъ замѣтно выпяченъ. При перкуссіи звукъ получался тупой, дыхательные шумы отсутствовали. Анамнестическихъ данныхъ никакихъ собрать не удалось: и самъ больной и родственники говорили, что ранѣе онъ былъ совершенно здоровъ и заболѣлъ сравнительно недавно (при чемъ время не указано). При вскрытіи оказалось, что сердце немного увеличено и наполнено кровью, печень тоже немного увеличена, въ правомъ легкомъ оказалось новообразованіе, которое прислано намъ. Больше ничего особеннаго при вскрытіи найдено не было. Препаратъ былъ присланъ разрѣзаемымъ почти на равныя 2 части. При осмотрѣ ни по формѣ, ни по тѣли нельзя было сказать, что мы имѣемъ дѣло съ легкимъ, а не съ какимъ-либо другимъ органомъ, до того оно было обезображено. Обѣ половины представляютъ изъ себя сплошную массу бѣлаго цвѣта, очень плотной консистенціи. Величина правой половины 20 сантим., ширина 10 сант., величина лѣвой 20 сант., ширина 13 сан. Вся опухоль вѣситъ 1300 граммъ. На разрѣзѣ уже макроскопически видно, что здѣсь имѣется костная ткань, участки гіалиноваго хряща, полости, частью пустыя, частью наполненныя какимъ-то содержимымъ. По периферіи, повидимому, осталось незначительное количество легочной паренхимы, представляющей въ видѣ тонкой рыхлой оболочки

темнопигментированной. Левая половина, повидямому, сильно вдавалась въ переднее средостѣніе, потому что она срощена съ сердечной сорочкой, такъ что, чтобы вынуть это новообразование изъ грудной полости, пришлось удалить вмѣстѣ съ ней часть сердечной сорочки и мышцу праваго желудочка сердца, какъ это вы видите здѣсь.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что мы имѣемъ типичную тератому. Прежде однако чѣмъ говорить о томъ, что мы получили при нашемъ изслѣдованіи, надо сказать нѣсколько словъ о тератомахъ вообще.

Уже одно слово „тератома“—„чужесная опухоль“—показываетъ, что этотъ видъ новообразованій стоитъ особнякомъ отъ всѣхъ другихъ опухолей, носящихъ названія по типу тканей, изъ которыхъ онѣ состоятъ. Имѣются опухоли и съ довольно сложной структурой, однако ничего общаго съ тератомой не имѣющія. Тератома вызываетъ представленіе о причудливой, своеобразной комбинаціи тканей, не встрѣчающейся ни въ одномъ изъ другихъ видовъ опухолей. Видовъ тератомъ имѣется 3. Первый и наиболѣе часто встрѣчающійся типъ тератомъ, это—дермоиды, т. е. такія тератомы, въ которыхъ повторяется строеніе кожного покрова со всѣми присущими ему образованіямъ. Тератомы этого вида встрѣчаются далеко не рѣдко и въ различныхъ мѣстахъ, но особенно часто въ яичникахъ. Другой видъ тератомъ, это—тератомы въ собственномъ смыслѣ слова—новообразованія, представляющія изъ себя комплексъ различныхъ тканей, скомбинированныхъ безъ какого либо опредѣленнаго порядка и безъ опредѣленнаго цѣлесообразнаго плана. Въ такихъ случаяхъ встрѣчаются намъ въ этихъ опухоляхъ ткани жировая, соединительная, костная, хрящи, кисты, желёзы различнаго рода—и всё это скомбинировано въ одну массу, безъ плана, безъ цѣли; правда иной разъ можно усмотрѣть въ такой опухоли сходство съ строеніемъ какого либо изъ внутреннихъ органовъ, но очень отдаленное. Тератомы этого рода встрѣчаются уже очень рѣдко и кажется въ литературѣ не имѣется хотя бы 2-хъ тождественныхъ случаевъ при одинаковой локализациі. Изъ такихъ тератомъ можно упомянуть, какъ особенно характерный случай Virchow'a—тератомы передняго средостѣнія. Третій видъ тератомъ—это новообразованія, если такъ можно будетъ выразиться, болѣе высоко организованныя. Обыкновенно они представляются въ видѣ частей и органовъ недоразвитаго плода, заключенныхъ въ плодъ вполне сформированный; это—тѣ новообразованія, которыя носятъ названія *foetus in foetu*. Встрѣчаются онѣ уже совсѣмъ рѣдко,—между прочимъ въ нашемъ кабинетѣ патологич. анатоміи имѣется одинъ изъ лучшихъ случаевъ такого *foetus in foetu*.

Что касается нашего случая, то онъ цѣликомъ подходитъ подъ второй видъ тератомъ, почему о первомъ и третьемъ видахъ мы болѣе говорить и не будемъ. Если бы тератома, имѣющаяся у насъ, локализовалась гдѣ либо въ наружныхъ покровахъ, то она совершенно утратила бы свой интересъ и заслуживала бы вниманія только съ той точки зрѣнія, поскольку часто она встрѣчается; весь интересъ этого случая главнымъ образомъ и заключается въ необычайной локализациі опухоли.

Тератомы этого вида растутъ довольно быстро и могутъ достигать серьезныхъ размѣровъ. Если въ составъ такихъ опухолей входитъ раковая или саркоматозная ткань, то онѣ приобрѣтаютъ характеръ опухолей злокачественныхъ и могутъ давать метастазы, если же этихъ элементовъ не имѣется, то опухоли эти относятся къ разряду доброкачественныхъ—и прямо жизни субъекта не угрожаютъ. Вотъ къ подобнаго рода новообразованіямъ относится и нашъ случай.

Для микроскопическаго изслѣдованія брались кусочки изъ различныхъ мѣстъ даннаго новообразованія, уплотнялись въ алкогольъ и заключались въ целлоидинѣ. Срѣзы дѣлались микрономомъ Schanz'a. Для окраски препаратовъ употреблялся гематоксилинъ, гематейнъ съ эозиномъ или препараты окрашивались по способу V.-Gieson'a. Къ сожалѣнію, надо сказать, что, такъ какъ первоначальный фиксажъ всего присланнаго намъ препарата былъ не строго безупреченъ, то препараты изъ поверхностныхъ слоевъ плохо воспринимаютъ окраску, клеточные элементы потеряли свой прижизненный видъ, скались, что конечно сильно измѣняетъ настоящий видъ препарата.

На микроскопическихъ препаратахъ, окрашенныхъ указанными способами, мы могли констатировать въ данномъ новообразованіи присутствіе почти всѣхъ тканей организма. Такъ мы встрѣчали ткани: соединительную, жировую, костную, хрящевую, эпителиальныя образованія, мышечную, причемъ на различныхъ препаратахъ эти ткани являются въ различныхъ комбинаціяхъ и въ различныхъ количествахъ. Вообще можно сказать, что преобладающей тканью, такъ сказать, основой всего новообразованія можно считать соединительную ткань. Количество ея громадно; она является то въ видѣ толстыхъ и широкихъ цуговъ, то разбивается на тонкія нѣжныя полоски, проникаетъ въ другія ткани, однимъ словомъ нѣтъ почти ни одного мѣста, гдѣ не было бы указаній на присутствіе соединительной ткани. При окраскѣ по методу V.-Gieson'a волокна соединительной ткани особенно рельефно выдаются въ видѣ ярко красныхъ цуговъ. Далѣе мы видѣли на нашихъ препаратахъ громадное количество гиалиноваго хряща. Хрящевая ткань совершенно типичнаго строенія, состоитъ изъ гомогеннаго вещества, въ которомъ зало-

жены типичныя для гиалиноваго хряща клѣтки. Клѣтки эти окружены рѣзкимъ свѣтлымъ двухконтурнымъ ободкомъ.

Вслѣдствіе плохого фиксажа клѣтки сильно сморщены, потеряли свой нормально-полукруглый видъ и сильно отстаютъ отъ всей капсулы, такъ что между ободками и клѣткой имѣется довольно значительное свободное пространство. Клѣтки заложены въ капсулы или по одиночкѣ или попарно. Хрящевая ткань раскидана въ видѣ громаднаго числа небольшихъ островковъ по всему новообразованію. Островки эти, сливаясь, образуютъ участки такой величины, что хрящевая ткань опредѣляется въ данномъ новообразованіи уже ad oculos — макроскопически. Каждый островокъ такого гиалиноваго хряща окруженъ надхрящницей. Кое гдѣ, впрочемъ довольно часто, можно видѣть обызвествлѣніе хрящевой ткани. Обызвествлѣніе это начинается съ того, что основное вещество, которое нормально плохо воспринимаетъ окраску гематоксилиномъ, начинаетъ принимать отъ гематоксилина диффузную синеватую окраску и въ полѣ зрѣнія можно видѣть отложеніе солей извести, сначала въ видѣ крупнокъ, которыя постепенно сливаются въ большія и большія бляшки, рѣзко окрашиваемыя гематоксилиномъ въ синій цвѣтъ. На одномъ изъ препаратовъ мы имѣемъ типичную костную ткань, которую можно было замѣтить уже макроскопически. Костную ткань мы здѣсь видимъ передъ собой въ видѣ вполне сформированной костной пластинки, состоящей изъ компактной—*substant. dura*. Въ ней мы можемъ различить периферическій еще болѣе плотный слой.

По всему костному образованію разбросаны типичныя костныя тѣльца, имѣющія характерную наукообразную форму, съ очень значительнымъ количествомъ отростковъ; при поворотахъ видна микроскопа мы можемъ ясно видѣть какъ эти отростки анастомозируютъ между собой. По периферіи внутренней стороны этой пластинки мы видимъ образованіе, сильно напоминающее намъ по своему гистологическому виду костный мозгъ. Именно, мы видимъ массу лимфоидныхъ элементовъ и среди нихъ клѣтки очень значительной величины съ пѣжлой протоплазмой, окрасившейся отъ эозина въ розовый цвѣтъ. Ядра этихъ клѣтокъ имѣютъ очень значительную величину и неправильную форму.

Далѣе мы должны остановиться на тканяхъ мышечной и эпителиальной. Мышечная ткань является на препаратахъ въ очень значительномъ количествѣ. Она такъ же, какъ и ткань соединительная, идетъ то въ видѣ толстыхъ цуговъ, то въ видѣ тоненькихъ пучковъ. Ея палочкообразныя ядра окрашиваются очень хорошо. Мускулатура встрѣчается только гладкая, поперечно же исчерченная не встрѣтилась намъ ни одного раза. Пучки мышечной ткани не имѣютъ какого либо опредѣленнаго направленія, но перепутаны въ различныхъ направленіяхъ. Мѣстами въ толщѣ мышечнаго слоя

видны глыбки свѣтложелтаго пигмента, образовавшагося, повидному, изъ бывшихъ здѣсь ранѣ кровоизліаній въ толщу ткани. Но ни одна ткань не является въ данномъ новообразованіи въ столь различныхъ формахъ, какъ эпителиальная. Тутъ мы встрѣчаемъ эпителий рѣшительно всѣхъ видовъ: такъ, намъ попадаются огромные пласты плоскаго многослойнаго эпителия, встрѣчаются цѣлые эпителиальные ходы, причѣмъ клѣтки эпителия неправильной формы, слегка сплюснуты, съ рѣзко контурированнымъ ядромъ. Тутъ мы встрѣчаемъ эпителий мерцательный, кубовидный, слизисто-бокаловидныя клѣтки, железистый эпителий. Всѣ эти виды эпителия хотя и встрѣчаются въ различныхъ мѣстахъ, но часто попадаютъ мѣста, заставляющія подозрѣвать, что здѣсь мы имѣемъ переходъ одного вида эпителия къ другой. Такъ, иной разъ на препаратахъ намъ попадались полости, начало которыхъ было выстлано мерцательнымъ эпителиемъ, который смѣнялся кубовиднымъ. Среди этого послѣдняго попадались клѣтки слизи, отдѣляющія, бокаловидной формы и въ концѣ этой полости мы уже встрѣчаемъ эпителий плоскій, многослойный, разрастающійся въ видѣ неправильнаго вида сосочковъ. Въ другомъ мѣстѣ встрѣчаемъ картину тоже не меньшаго интереса, именно переходъ обыкновеннаго плоскаго многослойнаго эпителия въ эпителий железистый—именно въ эпителий сальной железы. Картина, представляющаяся намъ, глубоко интересна: мы видимъ большой слой плоскаго многослойнаго эпителия, клѣтки его неправильной формы сильно сплюснуты, съ круглыми ядрами; затѣмъ мы замѣчаемъ, что на одномъ изъ краевъ этого пласта начинаютъ появляться клѣтки большей величины, съ болѣе ясной протоплазмой и съ круглыми ядрами. Чѣмъ далѣе отъ первоначальнаго пласта будемъ мы удаляться, тѣмъ эпителиальныя клѣтки все болѣе и болѣе принимаютъ характеръ эпителия сальной железы, и въ концѣ концовъ мы видимъ уже совершенно типичный секреторный эпителий сальной железки, но не смотря на это—сказать, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ типичную сальную железу—мы не имѣемъ права, такъ какъ помимо эпителия мы не имѣемъ выводнаго протока, свойственнаго этого рода железкамъ, не видимъ типичнаго расположенія, свойственнаго сальной железнѣ.

Изъ эпителиальныхъ образований мы должны отмѣтить присутствіе, кромѣ железист. эпителия, еще волосъ, которые попадаютъ въ очень значительномъ количествѣ. Такъ, на одномъ изъ препаратовъ, которые здѣсь выставлены, можно видѣть, что въ полѣ зрѣнія имѣются два типичныхъ волоса. Одинъ изъ нихъ срѣзанъ какъ разъ въ поперечномъ направленіи, другой—посвенно. Оба волоса окружены волокнистой тканью. Надо здѣсь оговориться, что опять таки въ силу слабаго фиксажа препараты плохо красятся, въ силу этой же причины въ срѣзахъ волосъ хотя и можно разглядѣть тѣ

слон, изъ которыхъ состоитъ волосяной мѣшокъ, но это въ данномъ случаѣ очень трудно и почти навѣрное здѣсь можно впасть въ ошибку.

Перечисленные сейчасъ ткани играютъ въ нашемъ новообразованіи главныя роли; помимо ихъ мы встрѣчаемъ на препаратахъ еще кое какія ткани, но въ очень незначительныхъ количествахъ: я говорю здѣсь о легочной паренхимѣ и о жировой ткани. Легочная паренхима является макроскопически (какъ уже сказано выше) въ видѣ тонкой рыхлой оболочки, темно-пигментированной, облегчающей опухоль въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Тоже самое про нее можно сказать и при микроскопическомъ изслѣдованіи: такъ мы видимъ кое гдѣ по краямъ препаратовъ остатки легочной паренхимы. Альвеолярнаго строенія тутъ уже не видно, видны только тоненькія сѣтки изъ легочныхъ перегородокъ. Онѣ доведены почти до полного уничтоженія. Альвеолярный эпителий мѣстами исчезъ, мѣстами еще можно разобрать, что здѣсь имѣется эпителий, такъ какъ замѣтны контуры клѣтокъ и ядеръ. Угольный пигментъ обильно попадаетъ въ такихъ участкахъ и служитъ однимъ, пожалуй даже главнымъ опорнымъ пунктомъ для распознаванія въ этой ткани ткани легочной паренхимы. О жировой ткани говорить совершенно почти нечего, такъ какъ она здѣсь ничего особеннаго, замѣчательнаго не представляетъ. Попадаетъ она въ 2—3-хъ мѣстахъ и имѣетъ совершенно типичный видъ.

Разобравшись теперь въ основныхъ элементахъ имѣющагося у насъ новообразованія, мы должны сказать, что помимо всего этого мы встрѣчаемся еще съ очень многимъ, что требуетъ серьезнаго вниманія; именно: мы встрѣчаемъ массу полостей, различной величины, различной формы, частью пустыхъ, частью заполненныхъ какимъ то содержимымъ. Полости эти можно разобрать даже макроскопически, но макроскопическое изслѣдованіе не даетъ намъ рѣшительно никакихъ указаній для рѣшенія вопроса, что это за образованія, чѣмъ и какъ они образованы, каковъ ихъ типъ и чѣмъ они наполнены? Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ намъ, что полости эти—образованія кистовидныя. Стѣнки ихъ образованы частью соединительной тканью, частью гладкомышечной. Въ стѣнкахъ проходятъ сосуды въ довольно значительномъ количествѣ. Внутренняя поверхность стѣнокъ этихъ кистовидныхъ полостей выстлана эндотелиемъ, ядра котораго хорошо видны въ профилѣ: они выступаютъ въ видѣ небольшихъ, хорошо окрашивающихся возвышеній. Мѣстами стѣнки этихъ полостей не имѣютъ эндотелиальнаго покрова; въ такихъ случаяхъ намъ приходится предположить, что эндотелий мацерировался и слущился, потому что иной разъ въ просвѣтъ полостей попадаютъ отдѣльныя клѣтки. Иной разъ полости выстланы не эндотелиемъ, а типичнымъ плоскимъ многослойнымъ

эпителиемъ, причеиъ эпителий сильно разросся и вдается въ просвѣтъ полости или въ видѣ толстаго эпителиальнаго круга, или въ видѣ сосочковъ. Очень часто встрѣчаются и такія картины, что эпителий, разрастаясь въ такой замкнутой полости, совершенно выполняетъ ее до полнаго уничтоженія просвѣта, отчего получается полная облитерация полости. Находясь въ замкнутой полости, слущивающіяся и ороговѣвающія эпителиальныя клѣтки образуютъ концентрическія тѣльца, встрѣчающіяся довольно часто. При этомъ въ центрѣ полости видно тѣло, сильно напоминающее, пожалуй, даже тождественное съ жемчужиной кашпронда; но периферія его видна ороговѣвающія эпителиальныя клѣтки, которыя имѣютъ видъ узенькихъ пластинокъ, но въ которыхъ еще хорошо можно разобрать ядра, стѣнки же полости выстланы толстымъ слоеиъ плоскаго многослойнаго эпителия. Полости, выстланныя эндотелиемъ, почти всѣ заполнены кровью. Повидимому, кровонаполненіе этихъ полостей совершалось постепенно—сначала заполнялась одна, потомъ другая и т. д., потому что въ однихъ полостяхъ мы видимъ уже начинающуюся организацію, между тѣмъ какъ въ другихъ ея не видно. Фибринъ при этомъ пронизываетъ весь кровяной стустокъ сначала въ видѣ толстыхъ цуговъ, которыя постепенно развѣтвляются на тоненькія нити, такъ что весь свертокъ представляется пронизаннымъ фибринозною сѣтью. Красныя кровяныя тѣльца почти всѣ распались, что можно заключить по той безформенной зернистой массѣ, которая залегаетъ въ петляхъ фибрина; впрочемъ кое гдѣ красныя кровяныя тѣльца сохраняютъ свою форму. Среди кровяного распада этихъ полостей иной разъ можно разглядѣть и лейкоциты, но они попадаются крайне рѣдко и въ очень небольшомъ числѣ. Реакція съ желтой кровяной солью и *ас. muriatic.* въ этихъ мѣстахъ обнаруживаетъ присутствіе желѣзосодержащаго пигмента появленіемъ окраски цвѣта берлинской лазури. Другого содержимаго, кромѣ распада кровяныхъ тѣлецъ, въ этихъ полостяхъ намъ на нашихъ препаратахъ видѣть не приходилось.

Далѣе надо сказать, что намъ попадались маленькія дермоидныя кисты. Макроскопически констатировать ихъ присутствіе мы не могли, но микроскопически ихъ отыскать можно. Дермоидныя кисты строенія типичнаго: въ просвѣтъ полости глядитъ эпителиальный покровъ съ ороговѣвшимъ эпителиемъ. Далѣе въ нихъ встрѣчаются волосы, салыныя железы, хорошо и правильно развитыя, видны сосудики проходящіе въ *сogium*. Но типичнаго строенія кожи, правильнаго расположенія сосочковъ, потовыхъ железъ намъ наблюдать не пришлось. Что касается сосудовъ данной опухоли, то надо сказать, что ихъ имѣется очень и очень много. Они анастомозируютъ съ этими кистовидными полостями. Форма и видъ ихъ далеко не нормальны. Большинство сосудовъ повидимому старыхъ,

имѣютъ слабо развитыя стѣнки. съ слабымъ мышечнымъ слоемъ, membranae elasticae въ нихъ не видно, они растянуты, набиты красными кровяными тѣльцами и по своему виду напоминаютъ строеніе венъ. Артеріальныхъ типичныхъ сосудовъ встрѣчается мало. Встрѣчаются сосуды и новообразованные, но тоже въ незначительномъ количествѣ.

Кромѣ всего этого мы должны сказать, что данное новообразование сильно склонно къ обызвествленію. Бляшки известковыхъ солей раскиданы по всему новообразованію и на рѣдкомъ препаратѣ не имѣется ихъ. Величина ихъ довольно различна—отъ простой незначительной инфильтраціи до полного диффузнаго пропитыванія—петрификаціи. Процессу петрификаціи предшествуетъ некрозъ ткани, такъ какъ кое-гдѣ, впрочемъ довольно часто, мы встрѣчаемъ мѣста, гдѣ рѣшительно невозможно разобрать структуру ткани,—мы не видимъ ни клѣтокъ, ни клѣточныхъ ядеръ; на одномъ изъ такихъ мѣстъ намъ встрѣтился хроматолитъ ядерной субстанціи, что мы имѣли право заключить изъ того, что клѣточныхъ элементовъ здѣсь не было—все поле гомогенно и на немъ разбросаны безформенные обломки ядерной субстанціи, жадно воспринимающіе окраску. Вотъ все, что мы могли видѣть при изслѣдованіи этой опухоли.

Не могу не сказать, что при разсматриваніи препаратовъ у меня явилась мысль, нельзя-ли считать исходнымъ пунктомъ для развитія новообразованія элементы, изъ которыхъ состоитъ нормальный бронхъ. Нормально бронхъ состоитъ изъ тканей соединительной, гладкомышечной, гиалиноваго хряща и эпителія. Ту же самую комбинацію видимъ мы и въ данной опухоли. Здѣсь почти все время повторяется комбинація этихъ 4 видовъ ткани. Кистовидныя полости—это можетъ быть по большей части разросшіеся атипически сосуды, въ которыхъ кровь свертывалась по мѣрѣ замедленія кровообращенія. Если это такъ, то съ этой точки зрѣнія случай этотъ приобретаетъ еще большій интересъ, такъ какъ врядъ ли можно добраться до настоящей причины подобнаго явленія. Что касается происхожденія подобнаго рода новообразованій, то обыкновенно за причину происхожденія ихъ считается неправильное развитіе плода въ періодъ дифференціаціи зародышевыхъ листковъ, причемъ происходитъ отшнуровка и развитіе частей одного листка, попавшаго между другими. Взглядъ этотъ былъ затѣмъ обобщенъ Conheim'омъ, который училъ, что всѣ опухоли обязаны своимъ происхожденіемъ уклоненіямъ въ зародышевомъ развитіи и формированіи отдѣльныхъ тканей. Вообще можно сказать, что вопросъ этотъ до сихъ поръ совершенно не выясненъ и всякая гипотеза въ этомъ направленіи врядъ ли будетъ имѣть за собой экспериментальныя данныя. Для сравненія нашего новообразованія съ случаями, ранѣе бывшими, я приведу здѣсь два случая. Первый случай Virchow'a—*teratoma muo-*

matodes mediastini и другой случай Helbing'a — рабдомиома на мѣстѣ лѣваго легкаго. И тотъ и другой случай для насъ крайне интересны.

Въ 53 томѣ Архива патол. anatом. Virchow описываетъ случай тератомы передняго средостѣнія, близко подходящій къ нашему, но отличающійся отъ него локализацией и нѣкоторыми составными элементами. Такъ какъ сообщеніе Virchow'a довольно большое, то я не буду приводить его всего, а только выдержки. Virchow пишетъ, что ему пришлось изслѣдовать опухоль, присланную д-ромъ Winger'омъ въ Эрфуртѣ. Опухоль была вынута изъ трупа молодого сравнительно человѣка (28 л.). Величина опухоли довольно значительная, вся она была обложена жиромъ, особенно на основаніи и на свободномъ краѣ. На поверхности ея были сильно развиты вены. Занимала опухоль главнымъ образомъ правую половину груди, но вдавалась и въ лѣвую. Оба легкѣхъ были срослены съ грудными стѣнками и съ опухолью. Воздухъ находился въ обоихъ легкѣхъ, хотя лѣвое легкое было отечно. Кромѣ этой опухоли была найдена еще маленькая опухоль на 3-емъ ребрѣ съ лѣвой стороны подъ мышечнымъ слоемъ. Поверхность новообразованія, заключавшагося въ грудной клѣткѣ, гладкая, опухоль дольчатая, плотная, въ лѣвой половинѣ ея содержатся полости. При микроскопическомъ изслѣдованіи лѣвой половины было найдено много соединительной ткани. Часть клѣтокъ слагается въ пучки и ткань имѣетъ видъ веретенообразноклѣточной саркомы, другая часть клѣтокъ показывать строеніе гhabdomyom'ы, такъ что въ лѣвой половинѣ опухоли имѣется комбинація веретенообразноклѣточной саркомы съ гhabdomyom'ой. Въ правой половинѣ встрѣчается много кистъ, отдѣленныхъ перегородками; стѣнки ихъ гладки, содержимое кистъ болѣе или серознаго характера. Въ передней части правой половины опухоли имѣется значительная полость, одѣтая плотной кожистой оболочкой и наполненная кашцеобразнымъ содержимымъ, въ которомъ встрѣчаются волосы. Въ мелкихъ полостяхъ иной разъ стѣнки покрыты мерцательнымъ эпителиемъ; вблизи полостей попадаются кусочки гиалиноваго хряща. Хрящъ одѣтъ надхрящницей. Затѣмъ встрѣчаются участки, состоящіе изъ железистой ткани. Въ другихъ мѣстахъ нижняго отдѣла правой доли опухоли выступаетъ строеніе карциномы. Такимъ образомъ правый отдѣлъ опухоли состоитъ изъ дермоидныхъ кистъ, полостей съ железистымъ эпителиемъ, кусочковъ гиалиноваго хряща и гнѣздъ раковаго характера. Въ маленькой опухоли на 3-емъ ребрѣ лѣвой стороны микроскопическое изслѣдованіе показало опять присутствіе элементовъ гhabdomyom'ы, железистаго эпителия и сверхъ того небольшой участокъ, состоящій изъ сѣти грубыхъ эластическихъ волоконъ, напоминающихъ эмбриональное легкое.

Какъ видно изъ сейчасъ приведеннаго описанія случая Virchow'a, разница между его случаемъ и случаемъ нашимъ очень значительная, хотя въ общихъ чертахъ оба эти образованія между собой сильно сходятся. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе то, что въ случаѣ Virchow'a мы встрѣчаемся съ новообразованиемъ злокачественнымъ, между тѣмъ какъ въ нашемъ случаѣ никакихъ указаній на злокачественность не имѣется, такъ какъ хотя несомнѣнно, что большой погубъ отъ новообразованія, но оно погубило его чисто механически—оно его задушило; затѣмъ у больного соотвѣтствующія лимфатическія железы не были увеличены, что было бы при наличности злокачественнаго образованія въ легкихъ; далѣе Григорій Андриановъ Л—евъ былъ мужчина очень крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія, что тоже трудно допустимо при злокачественной опухоли; и при микроскопическомъ изслѣдованіи мы не могли видѣть типичной раковой или саркоматозной ткани. Затѣмъ мы видимъ разницу между случаемъ нашимъ и случаемъ Virchow'a въ локализаци: въ случаѣ Virchow'a опухоль локализуется специально въ средостѣніи, а съ легкимъ только срощено и оба легкихъ совершенно не затронуты имъ; въ нашемъ же случаѣ все правое легкое занято новообразованиемъ, а въ mediastinum anterior оно только вдвинуто. Далѣе мы встрѣчаемъ разницу и въ составныхъ элементахъ: въ случаѣ Virchow'a совершенно не указывается на присутствіе костной ткани, не указывается на присутствіе полостей съ кровянымъ распадомъ, что имѣется въ случаѣ нашемъ, но за то въ нашемъ случаѣ нѣтъ полостей съ содержимымъ серознымъ и коллоиднымъ. Далѣе въ случаѣ Virchow'a нѣтъ указаній на петрификацію ткани, что имѣется въ случаѣ нашемъ. Однимъ словомъ разница этихъ 2-хъ случаевъ настолько значительна, что скорѣе можно говорить объ абсолютной разницѣ между новообразованиями въ случаяхъ Virchow'a и въ нашемъ, чѣмъ объ ихъ сходствѣ.

Гораздо болѣе подходит по своему строенію и по своей локализаци къ нашему случаю случай Helbing'a. Онъ описалъ случай рабдомиомы на мѣстѣ лѣваго легкаго. Не знаю, право, почему онъ отнеситъ новообразованіе, которое ему встрѣтилось, къ рабдомиомамъ. Мнѣ кажется, что здѣсь имѣется именно *teratoma myomatodes*. Я приведу здѣсь этотъ случай по реферату Rothmann'a въ *Centralblatt für medicinischen Wissenschaften* за 1899 г. № 3.

Мужчина, 23 лѣтъ, умеръ при явленіяхъ опухоли лѣваго легкаго. Вскрытіе показало, что большая часть этого легкаго состоитъ изъ бѣловато-желтой фибриноподобной массы, которая ниже переходитъ въ узелъ опухоли. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что составные элементы опухоли состоятъ изъ разнородныхъ элементовъ: изъ мезодермальныхъ образованій, круглыхъ ядѣтокъ,

клетокъ эпителиоидныхъ, волоконъ соединительной ткани, хрящевой ткани и поперечно-полосатой мускулатуры. Далѣе встрѣчаемъ эпителиальныя образования въ формѣ кистъ и железистыхъ разрощеній. Подобнаго рода рабдомиома, занимающая половину грудной клетки, до сихъ поръ не была описываема. Слѣдуетъ думать, что эта рабдомиома развилась на мѣстѣ отсутствующаго легкаго.

Изъ этого описанія видно, что большая часть опухоли состояла изъ элементовъ крайне разнообразныхъ, что даетъ полное право причислить эту опухоль къ тератомамъ, и только въ силу того, что поперечно-полосатая мышечная ткань превалируетъ, она можетъ называться *teratoma myomatodes*. Случай этотъ—единственный, почти аналогичный нашему. Сходство здѣсь почти полное, разница же заключается только въ томъ, что въ нашемъ случаѣ совершенно не имѣется поперечно-исчерченной мускулатуры, а затѣмъ и другой фактъ—въ нашемъ случаѣ можно ясно видѣть остатки легочной паренхимы, т. е. новообразование развилось въ легкомъ и довело его до атрофіи, а въ случаѣ Helbing'a прямо предполагается отсутствіе легкаго.

Итакъ, мы видимъ, что опухоль, локализовавшаяся въ правомъ легкомъ L—ва оказалась тератомой—опухолью доброкачественной. Смерть наступила, какъ это и надо было ожидать, отъ асфиксіи. Всѣ симптомы, съ которыми больной былъ доставленъ въ госпиталь, вполне подтверждаются анатомически. Сильная одышка объясняется доведеннымъ до maximum'a уменьшеніемъ дыхательной поверхности легкихъ, такъ какъ одно легкое уничтожено совершенно, а другое сдавлено оттянутымъ сердцемъ. Синюха верхней половины тѣла объясняется придавливаніемъ верхней полой вены и праваго отдѣла сердца, тѣмъ же объясняется и слабый пульсъ. Остальные симптомы настолько ясны, что и не требуютъ объясненія.

На этомъ я заканчиваю свой докладъ, причѣмъ не могу не выразить своей глубокой благодарности моему высокоуважаемому учителю профессору Н. М. Любимову за его руководительство и помощь при какихъ либо затрудненіяхъ, возникавшихъ у меня во время занятій въ его кабинетѣ. Считаю своимъ же долгомъ выразить благодарность д—ру И. А. Спасскому за доставленіе такого рѣдкаго препарата и за свѣдѣнія, которыя онъ могъ намъ сообщить.

ЛИТЕРАТУРА:

- Проф. Н. М. Любимовъ. Лекціи патологич. анатоміи.
Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, 1899. № 3.
Проф. Никифоровъ. Патологич. анатомія.
Virchow's Archiv für pathologisch. anat. Bd. 53. 1871.

Объясненіе рисунковъ.

№ 1-й. Костная пластинка изъ легкаго при слабомъ увеличеніи: а) костныя тѣльца. б) болѣе плотный периферическій слой кости. в) Гаверсовъ каналъ. г) Ткань, напоминающія костный мозгъ. (Leitz. oc. 2. obj 3).

№ 2-й. Костная пластинка при болѣе сильномъ увеличеніи. а) костныя тѣльца. (Leitz. obj 6. Oc. 1. 4).

№ 3-й. Дермовидная киста изъ легкаго.

а) эпителий ороговѣвающій.

б) волосы.

в) сальныя железы.

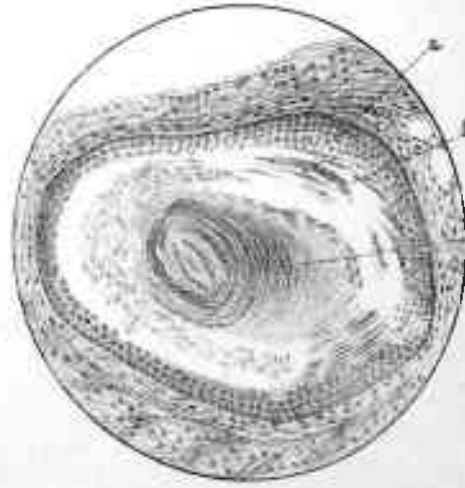
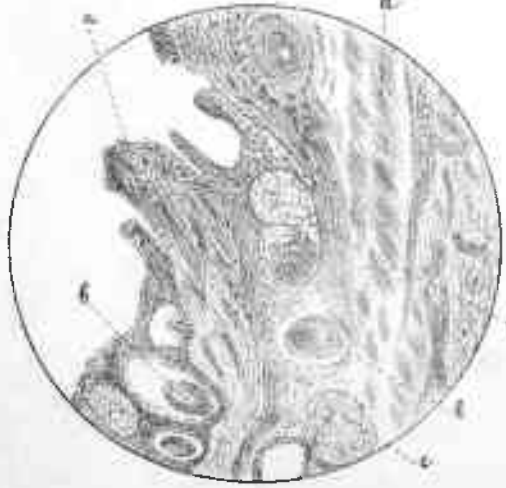
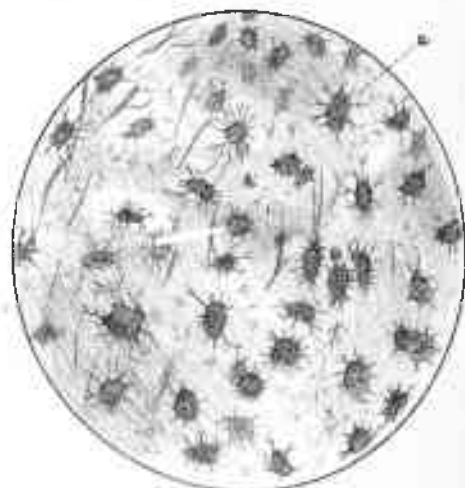
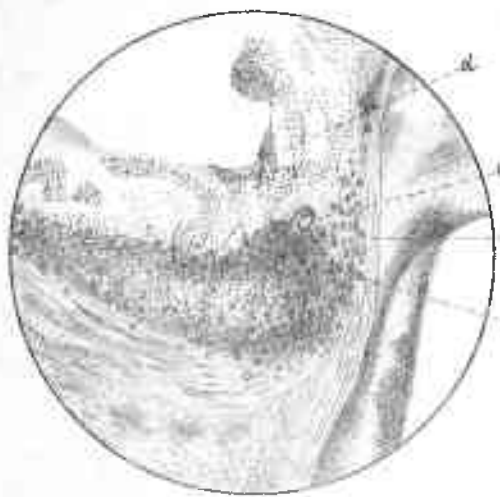
г) гладкая мускулатура. (Leitz. obj 6. Oc. 1. 2).

№ 4-й. Полость съ разрастающимся плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ.

а) плоскій многослойный эпителий.

б) ороговѣвающія отпащія тѣльца.

в) слезетос тѣльце, образованное ороговѣвшими эпителиальн. клетками. (Leitz. Oc. 1. 2. Obj 6).





РЕФЕРАТЫ.

Женскія болѣзни.

Проф. А. П. Губаревъ.—*Профилактика женскихъ болѣзней, связанныхъ съ родовымъ актомъ. (Докладъ, читанный на VIII Пироговскомъ съездѣ въ Москвѣ).* „Практическій Врачъ“. 1902 г. № 3.

Авторъ въ своемъ докладѣ отмѣчаетъ рѣдкость слабыхъ степеней послѣродовой инфекции среди сельскаго населенія, гдѣ нормальные роды протекаютъ обыкновенно безъ всякаго врачебнаго ухода, тогда какъ въ городской практикѣ приходится весьма часто наблюдать болѣзненные формы съ мучительными симптомами, зависящими отъ фиксированныхъ смѣщеній матки или отъ воспаления придатковъ, являющихся прямымъ послѣдствіемъ родовъ или выкидыша. Между тѣмъ, при разспросахъ такого рода больныхъ оказывается, что больная родила благополучно и съ надлежащей медицинской помощью въ родильномъ учрежденіи, что лихорадочныхъ движеній въ послѣродовомъ періодѣ у нея не было, что она довольно скоро встала и занялась своими обычными дѣлами. Такимъ образомъ, о несоблюденіи мѣропріятій обезгниливанія здѣсь не можетъ быть и рѣчи, почему авторъ причину этихъ слабыхъ формъ пuerperальной инфекции видитъ въ неправильномъ сокращеніи послѣродовой матки, вызываемомъ искусственно массажемъ ея и спорыньей. Такой выводъ дѣлается авторомъ на томъ основаніи, что изъ дальнѣйшихъ разспросовъ этихъ же больныхъ выясняется, что послѣ рожденія ребенка и до выхожденія послѣда матка подвергалась растиранію и массируванію, а иногда и выжиманію по способу Credé; что послѣ родовъ родильницѣ давали порошки спорыньи; что кровянистыя очищенія продолжались дольше, чѣмъ это полагается, т. е. больше 3—4 дней; что первые двое и даже трое сутокъ были послѣдовательныя схватки, сопровождавшіяся выхожденіемъ сгустковъ и т. п. Проф. Губаревъ въ соотвѣтствіе поэтому предоставляет маткѣ сокращаться самой, когда это потребуется организмомъ и при томъ

—сокращаться настолько, насколько это необходимо для отправления этого органа, такъ-какъ тетаническое сокращеніе нѣжныхъ волоконъ маточной мышцы, вызванное помощью растиранія, массажа и спорыньи, обуславливаетъ ихъ частичные надрывы, а также смѣшеніе и раздавливаніе свѣжихъ тромбовъ, закрывающихъ зияющій просвѣтъ вены. Кромѣ того, маточная мышца и отдѣльныя ея волокна, утомившись отъ насильственного и неестественнаго, но грубости, сокращенія, часто оказываются не совсѣмъ состоятельными, чтобы своевременно закрыть просвѣтъ зияющихъ сосудовъ, и затрудняются выдвинуть изъ полости матки скопившуюся въ ней кровь и кровяные сгустки, въ особенности, если къ тому-же круговыя волокна шейки будутъ суживать ея каналъ, подъ влияніемъ принятой спорыньи. Присутствіе-же этой крови и кровяныхъ сгустковъ является благоприятной средой для микроорганизмовъ, зародыши которыхъ находятся въ самомъ организмѣ роженицы (въ желѣзахъ маточной шейки, а можетъ быть, и въ самой *desidua*). Такимъ образомъ, уходъ за нормальными родами долженъ сводиться къ устраненію всего того, что можетъ препятствовать природѣ выполнять этотъ физиологическій актъ съ тою-же безопасностью и отчетливостью, съ которой она руководитъ всеми остальными отправлениями организма человѣка и животныхъ. Всего лучше было-бы при нормальныхъ родахъ не прикасаться вовсе къ органамъ дѣтороженія; но такъ-какъ это невозможно, то необходимо: 1) строгое проведеніе принциповъ обезгнизванія въ хирургическомъ смыслѣ этого слова, т. е. 2) асептика по отношенію къ родовому каналу и антисептика для всего того, что можетъ къ нему прикоснуться, напр., инструменты, руки акушера и даже руки самой роженицы—все это должно быть стерилизовано, какъ передъ хирургической операцией. Обходиться при этомъ безъ антисептическихъ средствъ не желательно и не благоразумно. 3) Контролированіе нормальныхъ родовъ помощью однихъ наружныхъ пріемовъ изслѣдованія. 4) Предоставленіе природѣ выполнять отдѣльные моменты родовъ и выжидательное отношеніе къ могущимъ возникнуть осложненіямъ; иными словами, ограниченіе всякихъ мѣропріятій, назначенныхъ для предупрежденія возможныхъ осложненій этого физиологическаго акта, пока они еще не наступили. Отсюда слѣдуетъ, что 5) примѣнять спринцеванія позволительно только при настоятельномъ показаніи, какъ до, такъ и послѣ родовъ; для влагалища лучше всего съ молочной кислотой (1% растворъ), потому-что въ нормальной секретіи этого канала имѣется 0.9% этого могущаго для него антисептическаго средства. 6) Должно избѣгать всего того, что ускоряетъ роды и послѣродовой періодъ—примѣненія выжиманія плода или послѣда (*Dephan* ждалъ 4 часа) и, въ особенности, назначенія спорыньи и иныхъ сокращающихъ матку средствъ. 7) Должно избѣгать того, что замедляетъ правильную, родовую дѣятельность, напримѣръ, для уменьшенія связанныхъ съ нею болей, потому-что все это утомляетъ организмъ и уменьшаетъ его сопротивляемость болѣзненнымъ началамъ. Свой, въ высшей степени интересный, докладъ авторъ заканчиваетъ словами Бэкона: «Чтобы побѣдить природу, надо повиноваться ея законамъ».

Б. Алафоновъ.

ХИРУРГІЯ.

Д-ръ А. Т. Богаевскій. *Къ казуистикѣ дермоидовъ мочевого пузыря.* (Сообщено на 2-мъ създѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ). „Практическій Врачъ“, 1902 г., № 5.

Сообщеніе касается очень рѣдкаго случая дермоидной опухоли мочевого пузыря, оперированной авторомъ въ Кременчугской Земской Больницѣ. У больной—крестьянки 33-хъ лѣтъ, въ виду постоянныхъ (въ теченіе 8 лѣтъ) болѣй при мочеиспусканіи, щелочно гнойной мочи, выхожденія при промываніи пузыря маленькихъ камешекъ и прощупываніи при бимануальномъ изслѣдованіи въ днѣ мочевого пузыря какого-то твердаго тѣла (хотя катетеромъ камня нащупать не удалось), былъ поставленъ діагнозъ камня мочевого пузыря. Однако, во время операціи пальцемъ, введеннымъ черезъ расширенную уретру, въ пузырь пришлось найти не камень, а грушевидную опухоль на тонкой ножкѣ, располагающуюся въ днѣ мочевого пузыря, каковая и была отдѣлена проволочнымъ экстракторомъ Maissonneuve'a. Удаленная опухоль вѣсила 12,0 грм., имѣла съ поверхности видъ морщинистой кожи, была плотна на ощупь и была покрыта жидкими волосиками съ небольшими камешками на концахъ послѣднихъ. При продольномъ разрѣзѣ внутри оказалась жировая ткань, на днѣ опухоли, т. е. въ части, ближе лежащей къ ножкѣ, находится костная пластинка длиною около 2 сант. и $\frac{1}{2}$ сант. толщины; на обоихъ концахъ этой пластинки были костныя образованія въ формѣ зубовъ и тутъ-же по сосѣдству лежали еще отдѣльные зубы.

Б. Алафоновъ.

Д-ръ Б. С. Козловскій. *Влагалищный методъ при операціяхъ на прямой кишкѣ* (Читано на 2-мъ създѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ). „Практическій Врачъ“, 1902 г., № 6-й.

Авторъ вначалѣ разбираетъ методы операцій на прямой кишкѣ женщины, гдѣ путь къ пораженному органу прокладывается черезъ влагалище путемъ расщепленія septi vagino—rectalis, ихъ онъ разли-

чают четыре: 1) простое расщепление перегородки, безъ резекціи кишки; 2) расщепление съ резекціей прямой кишки; 3) расщепление съ ампутаціей гесті и 4) расщепление съ предварительнымъ выключеніемъ гесті (наложеніемъ калового шва). Въ своихъ двухъ случаяхъ злокачественнаго новообразованія гесті авторъ оперировалъ по 3-му методу. У обѣихъ больныхъ пораженіе захватывало область сфинктера, такъ-что о сохраненіи его не могло быть и рѣчи. При операциі П—образнымъ разрывомъ слизистой влагалища поперечно перерѣзанъ задній сводъ, а продольные разрывы проходили черезъ спайку губъ и затѣмъ соединялись на кончикѣ, окруживъ, такимъ образомъ, задній проходъ. Отдѣленіе одухолі вмѣстѣ съ задней стѣнкой влагалища начиналось со стороны ностѣлняго, вскрывался задній сводъ и заднее Дугласово пространство, и оттуда начиналась сепарировка кишки, которая затѣмъ низводилась, ампутировалась въ предѣлахъ здоровой ткани и, послѣ перекручиванія на 180° (по Gersuny), пришивалась къ кожѣ, покрывающей кончиковую область и къ восстановленной (по Lawson—Galeу) промежности. Отверстіе въ брюшинѣ закрывалось швомъ, а задняя стѣнка влагалища восстанавливалась сведеніемъ остатковъ и боковыхъ частей слизистой. Въ обоихъ случаяхъ, однако, получилось образованіе влагалищно—прямокишечнаго свища, вслѣдствіе прорѣзанія спереди швомъ перекрученной кишки; впрочемъ, свищи эти скоро закрывались и гестіи функционировала вполне удовлетворительно. Промежность зажила регрессивн. Вторая больная черезъ 1½ года послѣ операциі родила въ срокъ вполне доношеннаго ребенка, причемъ не произошло разрывовъ ни во влагалищѣ, ни на промежности. Въ первомъ случаѣ черезъ 4 года послѣ операциі еще не было рецидива, во второмъ же—черезъ 3 года появился рецидивъ, и больная умерла послѣ вторичной операциі. Д-ръ Козловскій обращалъ вниманіе на влагалищные методы, еще мало примѣняемые русскими хирургами, но представляющіе несомнѣнно большія техническія удобства, сравнительно съ крестцовыми методами.

Б. Алафоновъ.

Пр.-Доц. М. М. Нузнецовъ. *Къ вопросу о способахъ кровоостановленія при резекціи печени и удаленіи плотныхъ опухолей ея.*
Лѣт. Русск. Хпр., кв. 5, 1901 г.

Отсутствіе гарантіи отъ опаснаго кровотеченія при прежнихъ способахъ резекціи печени побудило автора совместно съ Пенскимъ предпринять рядъ опытовъ съ цѣлью изучить способы кровоостановленія при резекціи печени и разработать техническую сторону этой операциі; послѣ многочисленныхъ неудачъ имъ удалось, прошивая тупыми иглами толщу печени рядомъ послѣдовательныхъ лигатуръ, затягиваемыхъ постепенно до разрыва печеночной ткани и полного

закрѣтїя печеночныхъ сосудовъ, собираемыхъ при этомъ въ одинъ пучекъ, достигнуть полной остановки кровотока при обширной резекціи печени. Опыты надъ свѣжей человѣческой печенью убѣдили, что съ стѣнками печеночныхъ сосудовъ можно обращаться также, какъ и въ другихъ мѣстахъ—захватить въ пинцетъ, изолировать, наложить лигатуру или обколоть. Остановивъ кровотечение при клиновидной резекціи печени по вышеизложенному способу, авторъ рекомендуетъ сшить края раны, захватывая въ катгутный шовъ глїссонovu капсулу и предварительно введенный между краями раны тампонъ. Способъ этотъ былъ опубликованъ въ 1893 г., клинически онъ былъ примененъ съ большимъ успѣхомъ Мисіи'емъ ²/ви 95 г. и Косгер'омъ ¹³/хи 95 г. Въ 1897 г. Ауугау, докладывая въ Парижскомъ хирургическомъ обществѣ о новомъ способѣ резекціи печени, заявилъ, что свой способъ онъ выработалъ одновременно съ Кузисовымъ и Пенскимъ. Доказавъ, что способъ Ауугау является не совсѣмъ удачной модификаціей извѣстнаго ему способа Кузисова и Пенскаго, что упрекъ, слѣданный Ауугау'емъ вышеупомянутому способу, несостоятельны, авторъ приводитъ обширный казуистическій матеріалъ по вопросу о резекціи печени съ применениемъ внутрпеченочныхъ швовъ.

Разбирая предложеніе Holländer'a, Scheidler'a, и Абрамовича принимать для остановки кровотечения горячій воздухъ и паръ, авторъ указываетъ, что способъ этотъ имѣлъ успѣхъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прижиганію подвергалась сухая поверхность печени теср. предварительно обезкровленная жомомъ, въ случаяхъ же, гдѣ рана орошается кровью, по мнѣнію самого Абрамовича, чрезвычайно трудно, а иногда и совершенно невозможно остановить кровотечение; слѣд. способъ этотъ непримѣнимъ при резекціи печени или вылушеніи опухолей, сидящихъ въ глубинѣ, а даетъ только возможность быстро остановить кровотечение изъ разрыва или раны печени. Разборъ казуистическаго матеріала даетъ возможность автору статьи заявить, что внутрпеченочная лигатура, примененная *lege artis*, предотвращаетъ опасность послѣдовательнаго кровотечения и тѣмъ самымъ устрасяетъ необходимость виѣбрюшиннаго выведенія печеночной культи, чѣмъ укорачивается послѣоперационный періодъ. По статистикѣ Tricomi только въ 23 случаяхъ изъ 63 печеночная культа была укрѣплена виѣбрюшино. Процентъ смертности ранъ печени, благодаря шву, палъ съ 67 до 30 и даже 19. Особый интересъ представляетъ случай Charot Prevost'a изъ Рио-Жанейро, которому удалось, благодаря внутрпеченочному шву, съ успѣхомъ разъединить двухъ сестеръ близнецовъ Розалину и Марію, сросшихся грудными и брюшными поверхностями.

Опыты на животныхъ и результаты практическаго примѣненія ихъ способа даютъ возможность автору заявить, что удаленіе плотныхъ опухолей печени и резекціи ея, могутъ считаться въ настоящее время операціями вполне выполнимыми и сравнительно безопасными.

І. Левинъ.

С. А. Люри. *Къ учению объ острыхъ воспаленіяхъ височной кости при гнойныхъ воспаленіяхъ средняго уха.* Лѣт. Русск. Хир., кн. 4, 1901 года.

Въ Сѣдлецкомъ мѣстномъ лазаретѣ въ теченіе 1899 и 1900 года автору пришлось десять разъ оперировать по поводу острого воспаленія височной кости, развившагося при гнойномъ воспаленіи барабанной полости. Разобравъ патологоанатомическую и клиническую сторону этого заболѣванія, авторъ, на основаніи своихъ случаевъ, исторіи болѣзней которыхъ онъ приводитъ, дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Пораженіе сосцевиднаго отростка чаще всего наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше было уже то или другое страданіе средняго уха, или полость носа и глотки подверглись воспалительному процессу.

2) Однимъ изъ наиболѣе раннихъ и при томъ надежныхъ признаковъ пораженія сосцевиднаго отростка служитъ приглушеніе его перкуторнаго тона, при условіи если мягкіе покровы здѣсь не измѣнены.

3) Нормальная температура тѣла не исключаетъ діагноза острого воспаленія височной кости.

4) Острое воспаленіе височной кости можетъ протекать при цѣлости барабанной перепонки или при отсутствіи гноетеченія изъ уха.

5) Раннее оперативное вмѣшательство быстрѣе ведетъ къ излеченію и, не представляя никакой опасности для больного, предотвращаетъ всѣ опасныя и смертельныя осложненія гнойныхъ воспаленій барабанной полости.

6) Ранняя операція сохраняетъ лучшую функцію слухового аппарата.

И. Левинъ.

Дзирне. *Еще два случая трепанации съ образованіемъ вентилля (по способу Kocher'a) при эпилепсiи.* Хирургія. 1901 г. Октябрь.

Больной С. эпилептикъ оперированъ 12 іюля 1900 г. по Kocher'у (1899 г.). Имѣвшаяся прежде разниа въ движеніяхъ лѣвой руки и ноги сравнительно еъ правыми уменьшилась. С. поступилъ въ работники, наблюдаются сокращенные припадки. Результатъ удовлетворительный.

Заболѣвшій 4 года назадъ эпилепсiей П. Г. Б. (нѣсколько приступовъ въ день) оперированъ 12 іюля 1900 г.; за время пребыванія въ больницѣ (до 11 августа) получалъ бромъ. До сего времени припадковъ нѣтъ совсѣмъ, зыканіе, бывшее раньше, пропало. Результатъ блестящій. О всѣхъ 6 оперированныхъ, которые находятся подъ наблюденіемъ, авторъ обѣщаетъ увѣдомлять читателей.

С. Петрулицъ

ГЛАЗНЫЯ БОЛѢЗНИ.

Анинъ. *О дѣйстви тропококаина на глазъ.* Диссертація. Спб. 1901 года.

Авторъ произвелъ наблюденіе надъ предложеннымъ въ началѣ 90-хъ годовъ новымъ anaestheticum—тропококаиномъ, состоящимъ по Ziebertmann'у изъ бензойной кислоты и псевдотропеина; для употребленія въ врачебной практикѣ рекомендована солянокислая соль этого алкалоида.

Авторомъ употреблялись 3—5⁰/₀ растворы, приготовленные на физиологическомъ растворѣ поваренной соли, такъ какъ выяснилось, что водные растворы вызываютъ сильное раздраженіе. При введеніи въ конъюнктивальный мѣшокъ анестетическое дѣйствіе тропококаина проявляется черезъ одну-двѣ минуты и держится въ зависимости отъ крѣпости и количества раствора отъ 4—13 мин. Самостоятельнаго вліянія на зрачекъ и на внутриглазное давленіе этотъ препаратъ не оказываетъ. Ядовитое дѣйствіе его въ 2¹/₂ раза слабѣе кокаина. Испытанный при операціяхъ онъ оказался удовлетворительнымъ въ цѣляхъ быстрой мѣстной анестезіи. Кромѣ этого авторомъ констатировано и значительное бактерицидное дѣйствіе названнаго средства въ 2—5⁰/₀ растворахъ. Къ отрицательнымъ качествамъ тропококаина, говоритъ авторъ, нужно отнести сравнительно малую длительность анестезіи и вызываемое имъ расширеніе сосудовъ, особенно при подкожномъ введеніи.

В. Чирковский.

Баталовъ. *О дѣйстви діонина на глазъ.* Диссертація. Спб. 1901 г.

Діонинъ представляетъ изъ себя дериватъ морфія (солянокислая соль моноэтильного эфира морфина). Онъ легко растворимъ въ водѣ (14: 100), еще легче въ алкогольѣ. Авторъ, приведя имѣющуюся по вопросу о дѣйстви діонина на другіе органы и на глазъ литературу, излагаетъ результатъ своихъ наблюденій надъ этимъ средствомъ

Опыты велись съ растворами діонина различной крѣпости и съ порошкомъ. Слабые растворы діонина (1⁰/₀—3⁰/₀) при введеніи въ конъюнктивальный мѣшокъ даютъ не рѣзкое ощущение жжения, неловкости, объективно обнаруживается конъюнктивальный ипперемія, скоро исчезающая, очень рѣдко появляется хемозъ. Болѣе сильные растворы (10⁰/₀) въ огромномъ большинствѣ случаевъ вызываютъ рѣзко замѣтный хемозъ, продолжающійся отъ 1¹/₂ часа до 7—8 часовъ. Такія же явленія наблюдаются и при введеніи діонина въ порошокъ (приблизительно до ¹/₁₂ грама). Зрачекъ подъ вліяніемъ діонина вслѣдъ за введеніемъ суживается и такимъ держится нѣсколько минутъ. При совѣстномъ введеніи атропина и діонина (10⁰/₀) расширение зрачка получается большее, чѣмъ отъ одного атропина. Относительно вліянія діонина на внутриглазное давленіе авторъ не высказывается категорически, говоря только, что оно во всякомъ случаѣ не повышается. Изъ опытовъ на кроликахъ устанавливается, что діонинъ имѣетъ способность повышать всасываніе изъ конъюнктивального мѣшка въ переднюю камеру, каковымъ свойствомъ и объясняется его удачное примѣненіе вмѣстѣ съ атропиномъ при иритахъ. Для выясненія вопроса, не производитъ ли діонинъ какихъ либо патологическихъ измѣненій въ тканяхъ, авторъ вводилъ изслѣдуемое средство въ конъюнктивальный мѣшокъ одного глаза собаки и затѣмъ во время наибольшаго развитія хемоза животное убивалось. Микроскопическое изслѣдованіе такихъ глазъ показало, что всѣ явленія сводятся къ отеку подконъюнктивальной ткани вѣкъ и глазного яблока, другія же части остаются неизмѣненными. На основаніи полученныхъ данныхъ авторъ относитъ діонинъ къ средствамъ лимфогоннымъ. Въ заключеніи работы приводятся результаты терапевтическаго примѣненія діонина. Надежно анальгезическій эффектъ давалъ только 10⁰/₀ растворъ, при чемъ полной анестезіи роговой оболочки все же не получалось. Лучшіе результаты авторомъ получены при леченіи помутнѣній роговицы, гдѣ въ большинствѣ случаевъ удавалось значительно улучшить зрѣніе, затѣмъ нѣкоторые случаи склерита и эписклерита быстро поддавались излеченію; изъ 7 наблюдаемыхъ случаевъ отслоекъ сѣтчатки въ 3-хъ зрѣніе при долгомъ употребленіи діонина повысилось. При иритахъ, иридоциклитахъ болеуголяющій эффектъ діонина подтверждался неизмѣнно во всѣхъ случаяхъ. Углавкоматозныхъ больныхъ боли прекращались черезъ 10—15 мин. и этотъ эффектъ діонина при главкомѣ, при отсутствіи нежелательнаго вліянія на давленіе, позволяетъ, говоритъ авторъ, пользоваться могущественнымъ анальгезическимъ свойствомъ препарата и при главкомѣ, гдѣ онъ является такимъ же подспорьемъ истинныхъ міотическихъ средствъ, каковымъ при иритахъ, напр., для средствъ мидріатическихъ.

В. Чирковский.

Николаевъ. Фотографированіе глазного дна животныхъ. Диссертация. Казань 1901 года.

Своимъ собственнымъ изслѣдованіямъ авторъ предпосылаетъ историческій обзоръ литературы по данному вопросу, отмѣчая, что попытки многочисленныхъ изслѣдователей фотографировать дно глаза не привели къ положительнымъ результатамъ, полученныя ими фотографии оказались все не удовлетворительными, аппараты, предложенныя ими, отличались несовершенствомъ устройства и въ большинствѣ случаевъ не удовлетворяли самихъ изобрѣтателей. Авторъ въ началѣ своихъ изслѣдованій работалъ съ аппаратомъ Guin Koff'a, но получить фотографии дна глаза ему не удалось. Исходя изъ теоретическаго соображенія, что при офтальмоскопированіи при помощи большого офтальмоскопа Liebreich'a возможно замѣнить глазъ наблюдателя камеръ обскурой и на чувствительной пластинкѣ получить изображеніе дна глаза изслѣдуемаго, авторъ рѣшился испробовать при фотографированіи комбинацію указанныхъ приборовъ—большого офтальмоскопа Liebreich'a и обыкновенной фотографической камеры. Для удачной постановки опыта необходимо обращать вниманіе на возможно тѣсное соприкосновеніе объектива камеры съ трубой офтальмоскопа, на точную установку на одной прямой центровъ всей системы. Авторъ применялъ объективъ Zeiss'a—Aplanigmat. 1:6, 3 съ фокуснымъ расстояніемъ равнымъ 140 мм. пластинки брались фабрики Люмьера и Шлейснера. Источникомъ свѣта служила Аuer'овская горѣлка. Время экспозиціи отъ 10 сек. до 1 минуты. Благодаря такому способу, который авторъ считаетъ предложеннымъ имъ впервые, ему удалось получить удовлетворительныя фотографии нормальнаго дна глазъ, а затѣмъ онъ фотографировалъ сѣтчатку и при различныхъ патологическихъ условіяхъ, при асфиксіи животнаго, при введеніи въ кровь аргоина, стрихнина, атропина, амилнитрита, хлороформа. Образцы фотографий приложены къ диссертации. Роговичные рефлексы, много вредившіе при фотографированіи, устранялись авторомъ соответствующимъ поворотомъ линзы офтальмоскопа. Въ заключеніи работы приводятся слѣдующіе выводы изъ полученныхъ результатовъ:

1. Получены въ большомъ количествѣ фотографии глазного дна животныхъ.
2. Фотографіи сняты съ дѣйствительнаго обратнаго изображенія дна глаза и представляютъ поэтому сѣтчатку въ прямомъ видѣ.
3. Способъ фотографированія сѣтчатки, предложенный нами, вполне пригоденъ для лабораторныхъ изслѣдованій.
4. Фотограммы глазного дна, полученныя нами, превосходятъ ясностью и рѣзкостью изображенія все остальные, опубликованныя другими изслѣдователями.

5. Нами впервые получены фотографии сѣтчатки животныхъ съ измѣненіями кровоснаполненія и размѣра просвѣта сосудовъ подъ вліяніемъ различныхъ лекарственныхъ средствъ амилнитрита, хлороформа, стрихнина, эрготина, и др.

6. Отмѣчено впервые измѣненіе окраски глазного дна подъ вліяніемъ амилнитрита и хлороформа.

7. Проведена параллель между измѣненіями сосудовъ сѣтчатки и измѣненіями сосудовъ всего организма при воздѣйствіи на животное лекарствъ: амилнитрита, хлороформа, стрихнина.

В. Чирковскій.

Психіатрія.

(Подъ редакціей В. И. Левчаткина).

В. В. Вейденгаммеръ и В. И. Семидалавъ.—*Сложная дыхательная судорога у душевно-больной.*—Журналъ невропат. и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г. Кн. 3.

У 58-ми лѣтней крестьянки, имѣвшей нѣсколько разъ обильныя кровотеченія изъ носа, вслѣдъ за послѣднимъ изъ таковыхъ, вызвавшимъ значительную слабость, появилась тоска и бессонница, появились бредовыя идеи грѣховности; однажды ночью больная судорожно вскрикнула и съ тѣхъ поръ „крикъ“ сдѣлался постояннымъ явленіемъ; крикъ произвольный, похожій на громкое оханье, то отрывистое, то протяжное; — сопровождался судорожнымъ сокращеніемъ діафрагмы, грудныхъ, брюшныхъ, шейныхъ мышцъ и мышцъ гортани; въ дальнѣйшемъ теченіи судорога захватила мышцы лица и языка; во время сна судорога прекращается; перерывы между судорогами бываютъ 1—5 минутъ; въ лежачемъ положеніи «крикъ» почти прекращается и судорога ослабѣваетъ. Настроеніе у больной всегда мрачное, иногда у нея наблюдаются импulsive характера поступки; иллюзіи и галлюцинаціи не наблюдались. Авторы записали дыхательныя движенія груди и живота больной въ относительно спокойномъ и болѣзненномъ состояніи при помощи универсальнаго кимографа Mageu'я и пневмографа Verdin'a. Истерическую натуру судорогъ въ данномъ слу-

чаѣ авторы исключаютъ и считаютъ свою больную страдающей хронической меланхоліей.

В. Болдыревъ.

А. С. Розенталь. *О снотворномъ дѣйствіи гедонала у душевнобольныхъ.* Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г. Книга 3.

Авторъ примѣнялъ гедональ въ качествѣ снотворнаго средства у душевнобольныхъ Московскаго Центрального Пріемнаго покоя въ дозахъ отъ 1,5—2,0, повышая въ случаѣ нужды эту дозу до 3,0. На основаніи 19 случаевъ наблюденія съ 44 разовыми пріемами, на что всего было потрачено 77 граммъ гедонала, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: гедональ—довольно безопасное средство. По своему снотворному дѣйствію гедональ—слабое средство. Въ легкихъ случаяхъ бессонницы онъ, хотя и даетъ хорошіе результаты, но далеко не всегда; въ тяжелыхъ же случаяхъ—довольно рѣдко.

Противный вкусъ, нерастворимость въ водѣ затрудняютъ примѣненіе его у душевнобольныхъ, въ особенности безпокойныхъ.

Дороговизна—крупный недостатокъ этого средства.

На основаніи вышеизложеннаго авторъ предполагаетъ, что гедональ не найдетъ большого примѣненія въ психіатрической практикѣ.

А. Сколозубовъ.

Прив.-Доц. Ѡ. Е. Рыбаковъ. *Къ вопросу о существующихъ мѣрахъ ограниченія терапевтическаго примѣненія гипнозизма.* Журналъ Невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г., Кн. 6.

Авторъ признаетъ, что 10 лѣтъ тому назадъ законъ, ограничивающій лечебное примѣненіе гипноза, являлся, можетъ быть, вполне умѣстной мѣрой, такъ какъ тогда почти только начиналось изученіе гипнозизма въ Россіи, и сами врачи были мало знакомы съ гипнотическими явленіями. Но въ настоящее время, когда научное положеніе гипнозизма стоитъ не ниже, а въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ даже и выше, чѣмъ многія другія явленія въ медицинѣ, ограниченія его примѣненія представляются нежелательными.

Авторъ заключаетъ статью слѣдующими соображеніями: 1) Гипнотизмъ есть медицинское средство, въ настоящее время достаточно изученное для того, чтобы оно получило полное право гражданства въ терапіи. 2) Дурныя послѣдствія гипнотизирования, если и наблюдаются, то лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а именно, когда недостаточно взвѣшены всѣ противопоказанія къ нему. 3) Актъ гипнотизирования никоимъ образомъ не можетъ быть приравненъ акту операціи, а потому къ нему и не могутъ быть предъявлены такія требованія, которыя имѣютъ мѣсто по отношенію къ производству операцій. 4) Право пользованія гипнозомъ, какъ медицинскимъ средствомъ, должно быть предоставлено исключительно врачамъ. 5) Это право должно быть предоставлено имъ безъ всякаго ограниченія, на ряду съ другими медицинскими средствами. 6) Каждый врачъ можетъ примѣнять гипнотизированіе по своему усмотрѣнію, не донося о томъ до свѣдѣнія медицинскаго начальства. 7) Правило о приглашеніи присутствовать при гипнотизированіи другихъ врачей не должно считаться обязательнымъ и должно быть всецѣло вѣрено усмотрѣнію врача. 8) Въ обязательство врачу должно быть лишь поставлено, чтобы каждый актъ гипнотизированія совершался имъ съ согласія самого больного или его опекуновъ и попечителей. 9) Примѣненіе гипноза не врачами, съ какою бы то ни было цѣлью, должно быть безусловно воспрещено. 10) Всякаго рода публичные сеансы гипнотизма, а также примѣненіе его, хотя бы и врачами, не съ лечебною цѣлью—нежелательны. Исключеніе могутъ составлять только тѣ случаи, гдѣ гипнотизированіе производится (съ согласія больного) съ натукою цѣлью въ кружкѣ специально заинтересованныхъ лицъ.

И. Топорковъ.

В. И. Семидаловъ. *По поводу острого бреда.* Журналъ невропатологій и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г. кн. 6.

Авторъ описываетъ интересный, въ смыслѣ этиологическомъ, случай душевнаго зболѣванія на сынготной почвѣ. У больной за періодомъ предвѣстниковъ, въ видѣ весьма раздражительнаго состоянія, наступило глубокое затемнѣніе сознанія и двигательное возбужденіе. Вместе съ тѣмъ наблюдались различныя проявленія раздраженія мозга—вынужденныя движенія конечностей ритмическаго характера, подергиваніе лицевыхъ мышцъ, рѣзкій общій треморъ и въ отдѣльности конечностей, незначительныя разстройства глотанія, мимолетный strabismus, рѣчь съ нѣсколькими дизартрическимъ характеромъ; далѣе упорный отказъ отъ пищи, то задержаніе, то недержаніе мочи и т. п. Все это продолжалось 2 недѣли; при чемъ въ 1 недѣлю наблюдалось

пovyшеніє температури до 38,4. Втеченіє послѣдующихъ 2 недѣль всѣ вышеупомянутыя тяжелья разстройства, появляясь рѣже и постепенно ослабѣвая, какъ-бы замѣшались чисто психическимъ разстройствомъ бредового характера, при чемъ сознаніє больной, оставаясь по существу неяснымъ, нѣсколько «раздвинулось». Еще черезъ 2 недѣли наступилъ періодъ реконвалесценціи.

Авторъ, считая наблюдавшійся случай переходнымъ между энцефалитами остраго бреда и энцефалитами типа Strümpel'я, предполагаетъ на основаніи анамнеза геморрагической характеръ кортикальнаго энцефалита въ зависимости отъ свойствъ цинготной болѣзни.

На основаніи своего случая и данныхъ литературы онъ приходитъ къ заключенію, что острый бредъ, чѣмъ далѣе, тѣмъ единокланнѣе признается инфекціоннымъ заболѣваніемъ съ болѣе или менѣе одинаковымъ анатомическимъ субстратомъ, существенно обособляется въ самостоятельную болѣзнь и принадлежитъ къ тяжельшимъ страданіямъ мозга съ возможностью неодинаковыхъ исходовъ.

Л. А. Сертєвъ.

Привать-доцентъ В. Е. Рыбаковъ. *О примѣненіи гипноза при нѣкоторыхъ нервныхъ разстройствахъ и патологическихъ привычкахъ.*

Клвническій журналъ. 1901 г., декабрь.

На основаніи данныхъ пятилѣтняго примѣненія гипноза съ цѣлю леченія разнаго рода страданій нервной системы авторъ устанавливаетъ основныя показанія и противопоказанія при пользованіи этимъ средствомъ. Относительно терапевтическаго значенія послѣдняго авторъ высказываетъ слѣдующій взглядъ: чѣмъ рѣже выражено наследственное предрасположеніє субъекта къ нервному заболѣванію, чѣмъ больше у него существуетъ физическихъ и психическихъ признаковъ дегенераціи, тѣмъ слабѣе терапевтической эффектъ.

Д-ръ Рыбаковъ примѣняетъ гипнозъ при истеріи, составляющей наиболѣе благоприятную почву для примѣненія его, при неврастеніи, дающей менѣе благоприятные результаты, особенно въ тяжельхъ дегенеративныхъ формахъ ея. Нѣкоторое уменьшеніє числа przypadковъ у эпилептиковъ авторъ наблюдалъ, но совершенное исчезновеніє ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ относить на счетъ нераспознанной истеріи. Во многихъ случаяхъ авторъ видѣлъ ту или другую степень благотворнаго вліянія гипноза при хорѣхъ, невралгіяхъ, мигрени, заиканіи.

Переходя къ вопросу о терапевтическомъ значеніи гипноза при патологическихъ привычкахъ авторъ говоритъ, что пьянство представляетъ наиболѣе благоприятную почву для примѣненія его. Авторъ

утверждаетъ, что въ очень многихъ случаяхъ болѣзненнаго влеченія къ алкоголю, гипнотизмъ является незамѣнимымъ средствомъ: такъ изъ общаго числа 250 его больныхъ несомѣнно выздоровѣло 20,8%, понимая подъ выздоровленіемъ отсутствіе рецидивовъ въ теченіе года; 32,8% рецидивировали раньше этого срока, остальные были потеряны изъ вида. Во всякомъ случаѣ гипнотическое внушеніе является прекраснымъ симптоматическимъ средствомъ въ смыслѣ вліянія на перерывъ пьянства. Авторъ указываетъ также на благоприятные результаты примѣненія гипноза при морфинизмѣ, кокаинизмѣ, куреніи и опиизмѣ.

Н. Топорковъ.

Д-ръ Фонъ-Гольсть. *Замѣтки по діагнозу и терапіи истеріи.* Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г. Кн. 5.

По мнѣнію автора заболѣваніе суставовъ слѣдуетъ признать истерическимъ заболѣваніемъ, разъ оно не зависитъ отъ органическаго измѣненія, а вызвано «представленіемъ», вслѣдствіе психическаго воздѣйствія. Напримѣръ, незначительная травма, производящая анатомическихъ поврежденій, можетъ вызвать внезапно у субъекта «представленіе» о заболѣваніи данной части тѣла. Такіе случаи особенно часты при болѣзняхъ суставовъ и получили даже названіе мѣстныхъ травматическихъ неврозовъ, которые есть собственно ничто иное, какъ моносимптоматическая истерія. Діагнозъ такой формы истеріи иногда бываетъ довольно труденъ. Вопреки мнѣнію многихъ, истерія не представляетъ вырожденія, психическаго вырожденія, а есть страданіе, которое можетъ явиться у людей отъ рожденія психически нормальныхъ, съ яснымъ умомъ, сильной волей, твердымъ характеромъ и критической способностью.

Главнымъ критеріемъ должны служить болѣзненные явленія, зависящія отъ «представленія», которое однако не слѣдуетъ смѣшивать со словомъ «воображеніе».

Основываясь на разницѣ въ степени умственнаго развитія больныхъ, истерію можно раздѣлить на двѣ группы—истерію образованныхъ и необразованныхъ.

Съ другой стороны авторъ устанавливаетъ 4 типа истеріи на основаніи психогенной ея природы.

I. Психическая травма, какъ единственная прямая причина, вызвавшая болѣзненный симптомъ.

II. Психическая травма рядомъ съ тѣлеснымъ симптомомъ.

III. Психическая травма, невызывающая тѣлесныхъ симптомовъ, а производящая нарушение психическихъ функций (т. н. истерическій характеръ).

IV. Психическая травма, дѣйствуя постепенно, въ концѣ концовъ вызываетъ тѣлесное дѣйствіе—моментъ, съ котораго обнаруживается истерія.

Первый типъ встрѣчается среди необразованнаго класса; типъ IV—среди образованнаго; II и III смѣшаннаго характера.

Леченіе моносимптоматической истеріи, какъ и истеріи, проявляющейся различными симптомами и стигматами, должно быть психическое, при чемъ необходимо примѣнять различные методы для образованныхъ и необразованныхъ. Для вторыхъ, въ противоположность первымъ, необходимо обращать вниманіе на мѣстные симптомы, ибо необразованный человѣкъ въ устраненіи мѣстнаго симптома часто видитъ устраненіе самой болѣзни.

Въ заключеніе авторъ приводитъ изъ своей практики случай суставнаго невроза у женщины, одержимой различными симптомами и стигматами истеріи. Онъ сумѣлъ обратить вниманіе пациентки на ея длинные и необезображенные обувью пальцы ногъ; развитію этихъ пальцевъ она стала посвящать все свое время, забывая совершенно о страданіи сустава, которое въ это время исчезло.

А. Царевградскій.

Проф. С. С. Корсаковъ. *Къ вопросу объ устройствѣ частныхъ лечебницъ.* Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова. Кн. 5, 1901 г.

Что могутъ дать частныя лечебницы такого, чего нельзя найти въ казенныхъ и общественныхъ заведеніяхъ? У насъ въ Россіи—комфортъ и качество ухода за душевно-больными; но по существу должны быть особый строй—именно сохраненіе семейнаго характера въ частной лечебницѣ: семейная обстановка заведенія можетъ имѣть значеніе въ рукахъ врача, какъ орудіе для леченія душевныхъ болѣзней. Во первыхъ должно-быть лицо, объединяющее мелкіе интересы больныхъ и обладающее тактомъ, умѣніемъ, а главное добрымъ сердцемъ по отношенію къ пациентамъ—это женщина; во вторыхъ, главою семьи, какъ руководящее начало, долженъ быть врачъ, что практически и должно выражаться въ взаимоотношеніяхъ врача и лицъ составля-

ющих главное объединяющее звено в лечебницѣ. Изъ другихъ средствъ, при правильной изоляціи больныхъ, очень важное, это—то, что больные мужчины и женщины могутъ встрѣчаться въ общемъ помѣщеніи, какъ члены семьи, каждый со своими привычками. Для такихъ лечебницъ особенно рекомендуются затяжныя дегенеративныя формы, гдѣ проявленія болѣзни значительно перенутываются съ особенностями характера больного: пѣкаторые виды ипшохондрій, меланхолій, экзальтативныхъ маній, временнаго нравственнаго или религіознаго помѣшательства, первые періоды паранойи и нравственнаго помѣшательства. Семейный характеръ лечебницы дѣйствуетъ благоприятно: ростъ болѣзни тормозится развитіемъ здоровыхъ элементовъ души. Частная лечебница является неудобной какъ для лицъ, которыхъ вообще нельзя помѣщать въ лечебницы—субъекты крайне впечатлительные, помѣщеніе которыхъ стоитъ слишкомъ большого напряженія мозга, такъ и для лицъ, склонныхъ напр. къ распушенности, которыхъ лечебница можетъ баловать, разнѣживать, или для лицъ, у которыхъ домашняя обстановка стоитъ много ниже обстановки лечебницы. Врачъ лечебницы болѣе имѣетъ возможность индивидуализировать больныхъ при изученіи клиническихъ формъ болѣзни, да и сама жизнь въ лечебницѣ даетъ больше разнообразія, чѣмъ въ больницѣ. Частныхъ лечебницъ можетъ быть три типа: 1) лечебница только для душевно-больныхъ, 2) смѣшанная—съ нервнымъ отдѣленіемъ, но въ различныхъ зданіяхъ, 3) врачебно-воспитательное заведеніе; больныхъ должно быть не болѣе 30—40, дабы не терялся семейный характеръ заведенія; лечебница желательна для обоихъ половъ. При специальной постройкѣ частной лечебницы для душевно-больныхъ, нужно имѣть въ виду изолированіе категорій больныхъ,—возможность тщательнаго наблюденія и ланныя гипсны. Авторъ приводитъ рисунки двухъ типовъ построекъ—для большаго и меньшаго количества больныхъ, даетъ указанія относительно внутренней отдѣлки зданій, помѣщенія прислуги, качества послѣдней, намѣчается режимъ жизни лечебницы. Уходъ за больнымъ, непосредственно родственниками, помѣщающимися тутъ-же въ заведеніи, можетъ быть допустимъ лишь при отдѣльномъ въ лечебницѣ домикѣ для такого больного. Половая функція, особенно душевно-больныхъ мужчинъ должна быть индивидуализирована: что допустимо на отдѣльной квартирѣ, то не можетъ быть терпимо въ заведеніи. Въ заключеніе авторъ приводитъ законоположенія какъ относительно пріема и выхода больныхъ изъ лечебницы, такъ и относительно административной зависимости послѣдней.

В. Левчаткинъ.

С. С. Ступинъ. *Къ вопросу о правильной организаціи работъ душевно-больныхъ въ психіатрическихъ больницахъ.* Журналъ Невропатологии и психіатріи, имени С. С. Корсакова. Кн. 5, 1901 г.

Речь идетъ о работѣ больного для больного и въ психическомъ и матеріальномъ отношеніи, такъ какъ это выдвигаетъ нѣкоторыя требованія современнаго леченія душевно-больныхъ. Лечебно-воспитательное значеніе трудового режима несомнѣнно: психическая сторона дѣятвля мышечнаго труда должна быть выдвинута на первый планъ. Однако, работающіе въ тюрьмахъ, работныхъ домахъ и пр. имѣютъ нѣтъ личнаго заработка, трудъ душевно-больныхъ составляетъ предметъ дохода. Имѣетъ ли право душевно-больной на нѣкоторое вниманіе къ своимъ матеріальнымъ интересамъ. Авторъ приводитъ расчетную таблицу изъ практики 1900 г. Алексѣевской психіатрической больницы въ Москвѣ. При самой низкой оцѣнкѣ изъ рабочаго дня больного получается выгода 8,3 к. Отъ больныхъ, уже по существу лишь мало-мальски сохранившихъ свою работоспособность, нельзя и требовать, чтобы они окупали свое содержаніе; но дать имъ личный заработокъ, было бы справедливо и гуманно; отсутствовало бы угнетающее чувство безполезности существованія. Затрудняетъ меркантильность расчетовъ, можетъ быть недовольство и т. п. Во Франціи работающему больному его работа записывается на отдѣльный счетъ; въ Англіи, Германіи—добавочныя порціи, табакъ, сигары, новые костюмы и т. д., а въ нѣкоторыхъ психіатрическихъ заведеніяхъ, напр. въ Альт-Шербицѣ, работающему больному записывается за каждый рабочий день около 1 коп. Въ Россіи, въ Воронежской психіатрической больницѣ (99 г.), заработанная больными деньги распределяются на 2 счета: одинъ на пособіе при выпискѣ больныхъ и улучшеніе ихъ быта (лекарство и проч.), другой составляетъ фондъ для расширенія и оборудованія мастерскихъ.

Работы должны быть разнообразны: на первомъ планѣ ихъ лечебное значеніе, а не доходность—обученіе должно преобладать надъ собственно-кустарнымъ производствомъ. Авторъ рекомендуетъ заработокъ душевно-больныхъ распределять такъ: часть, равная произведенному расходу на занятія больныхъ, поступаетъ въ пользу больницы на вознагражденіе лицъ, наиболее успѣшно обучавшихъ больныхъ и на инвентарь мастерскихъ; вся же чистая прибыль идетъ либо въ распоряженіе благотворительнаго общества при больницѣ, либо въ особую кассу работающихъ, распределяясь сообразно индивидуальности каждаго—кому ежемѣсячное вознагражденіе, кому послать семьѣ и т. п. Однако, больные должны твердо вѣрить въ лечебное назначеніе работъ, для чего при общей заботѣ о больныхъ и служащихъ надлежитъ стремиться къ обученію послѣднихъ; мастерскія для больныхъ, школа для служителей и лабораторія для врачей должны быть помѣщаемы въ одномъ зданіи.

Въ заключеніе авторъ приводитъ проектъ мастерскихъ для душевно-больныхъ при Алексѣевской психіатрической больницѣ. Работо-

способных— $\frac{1}{3}$ наличности больных. Мастерскія, удовлетворяющія требованіямъ гигиены, должны быть уютны и разнообразны по специальностямъ; при мастерскихъ—заль для развлеченій: спектакли, концерты и пр.; мастерами желательны лица, могущія внушить больнымъ уваженіе и довѣріе къ себѣ.

В. Левчаткинъ.

П. П. Шихрановъ. *Къ казуистикѣ „Фобій“.* Русско-медицинскій вѣстникъ. 1901 г. № 23.

Авторъ описываетъ одинъ случай фобіи, которую онъ называетъ «боязнью носовыхъ кровотеченій». Больной—врачъ, съ тяжелой наследственностью, съ третьяго курса университета при одновременно развившейся нейрастеніи сталъ страдать носовыми кровотечениями.

Носовымъ кровотеченіямъ предшествуетъ особое душевное волненіе въ видѣ страха, какъ бы кровотеченіе не прервало занятій больного, или не появилось гдѣ либо въ неподходящемъ для того мѣстѣ. При этомъ имѣются и объективные признаки страха: быстрые переходы отъ блѣдности къ краснотѣ лица, ознобъ, дрожь и т. п.

Этіологическимъ моментомъ въ приводимомъ случаѣ авторъ ставитъ чувство, а навязчивую идею о томъ, что должно появиться кровотеченіе, рассматриваетъ какъ результатъ появленія аффекта страха.

А. Ивановъ.

И. П. Мержевецкій. *Къ патологической анатоміи идиотизма.* Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1901 г. Кн. 1.

Анатомическія измѣненія въ мозгахъ идиотовъ являются слѣдствіемъ извращенія развитія нервной ткани.

Начало извращенія лежитъ или въ утробной жизни, или въ патологическихъ измѣненіяхъ ранняго дѣтства.

Остановки развитія, захватывающей весь мозгъ, никогда не бываетъ; бываетъ лишь остановка въ развитіи той или другой области мозговой ткани, что обнаруживается присутствіемъ невробластовъ.

Авторъ рассматриваетъ тѣ случаи, гдѣ имѣется малое развитіе бѣлаго вещества при чрезвычайномъ богатствѣ сѣраго. Подобные мозги принадлежать микро-или полумикроцефаламъ. По большей части они представляютъ явленіе микрогирии, но могутъ быть и не микроги-

рическими. Они обладают слабо развитым полуовальным центром и громадным объемом желудочковъ. Недостаточность бѣлаго вещества пополяется сѣрымъ, между четвертымъ слоемъ котораго и полуовальнымъ центромъ существуетъ широкій промежуточный слой, состоящій въ однихъ случаяхъ изъ невробластовъ, въ другихъ—изъ неправильно расположенныхъ ганглиозныхъ элементовъ.

Исслѣдованіе подобныхъ мозговъ приводитъ насъ къ тому заключенію, что богатство сѣраго вещества и обиліе кѣтокъ можетъ сопровождаться идиотизмомъ.

Въ данномъ случаѣ остановлено въ развитіи бѣлое вещество т. е. система сообщенія извилинъ между собою. Бѣлое вещество представляетъ изъ себя продолженіе отростковъ нервныхъ кѣтокъ; такимъ образомъ въ мозгахъ съ малоразвитымъ бѣлымъ веществомъ нервныя кѣтки должны быть бѣднѣе отростками и функциональная ихъ дѣятельность ослаблена или нарушена.

Многочисленность и обширность путей сообщенія пирамидальныхъ кѣтокъ между собою есть, повидимому, одно изъ главнѣйшихъ условій умственной жизни.

Обиліе слоя невробластовъ указываетъ на задержку развитія нѣкоторыхъ частей мозговой ткани. Невробласты, сохранившіе въ теченіе нѣкотораго времени свои эмбриональныя формы, подъ вліяніемъ благоприятныхъ условій могутъ преобразовываться въ нервныя кѣтки. Этимъ объясняется улучшеніе умственныхъ способностей, наступающее иногда даже въ случаяхъ глубокаго идиотизма

А. Ивановъ.

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Общество невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Очередное засѣданіе 16 декабря 1901 года.

1. Д-ръ Н. С. Власовъ. Демонстрація оперированныхъ животныхъ (къ вопросу объ иннервации мочевого пузыря).

Докладчикъ, изучающій вышеуказанный вопросъ въ лабораторіи проф. Н. А. Миславскаго, продемонстрировалъ животныхъ (собакъ), какъ представители 3-хъ серій поставленныхъ имъ опытовъ и сообщилъ результатъ своихъ наблюденій надъ животными. У перваго животного были удалены ganglion mesentericum inferior вместе съ отходящими отъ него nervi hypogastrici и кромѣ того резецированы оба п. п. erigentes. Послѣ 1 $\frac{1}{2}$ мѣсячнаго неправильнаго мочеиспусканія, въ видѣ постоянного отдѣленія по каплямъ (3 недѣли), а затѣмъ каплями и нормально, — функція мочевого пузыря восстановилась. У втораго животного, которому была сдѣлана лишь первая половина указанной операціи т. е. п. п. erigentes оставались не тронутыми, — мочеиспусканіе все время было нормальнымъ. Третьему животному сдѣлана резекція п. п. erigentes. Наблюдалось растяженіе мочевого пузыря мочою и рядомъ съ отдѣленіемъ мочи порціями отдѣленіе и по каплямъ. Черезъ 10 дней актъ мочеиспусканія нормаленъ.

Докладчикъ воздержался пока отъ какихъ либо заключеній по этому поводу, т. к. опыты еще будутъ имъ продолжены, продемонстрировалъ же оперированныхъ животныхъ потому, что они подлежатъ вивисекціи въ скоромъ времени.

Проф. К. А. Ариштейнъ замѣтилъ, что тѣ гистологич. данныя, которыя извѣстны ему объ иннервации мочевого пузыря животнымъ, могутъ послужить къ выясненію явленій, отмѣченныхъ докладчикомъ. Такъ, изслѣдуя мочевой пузырь крысы, онъ наблюдалъ существованіе въ немъ особаго рода нервныхъ клетокъ,

задерживающихся въ обильномъ нервномъ сплетеніи на поверхности мочевого пузыря; клетки эти, нельзя было поставить въ связь съ центральной нервной системой, но они можетъ быть играютъ роль автоматическаго нервнаго аппарата для мочевого пузыря.

Проф. Н. М. Поповъ замѣтилъ, что интересныя наблюденія докладчика, полученныя имъ экспериментальнымъ путемъ, не находятъ подтвержденій въ клиническихъ наблюденіяхъ можетъ быть потому, что существуетъ разница въ анатомическомъ строеніи первой системы человека и животныхъ. Докладчикъ отвѣтилъ, что разногласіе это онъ склоненъ объяснить тѣмъ, что больные съ расстройствами мочеиспусканія видимо погибаютъ ранѣе, чѣмъ мочевой пузырь успѣваетъ приспособиться къ самостоятельной функціи, животныя же успѣваютъ дожить до этого срока.

Проф. Н. А. Миславскій ссылаясь на случай Goltz'a, высказался въ томъ смыслѣ, что результаты докладчика, не находясь въ противорѣчій съ наблюденіями другихъ изслѣдователей, даютъ основаніе признать существованіе автоматическаго иннервационнаго аппарата мочевого пузыря.

Докладъ д-ра А. Е. Янишевскаго—«Случай пораженія нервной системы при брюшномъ тифѣ съ расстройствомъ рѣчи» за отвѣдомъ докладчика не былъ заслушанъ.

Годичное засѣданіе 27 января 1902 г.

Открывая засѣданіе предсѣдатель О-ва проф. Н. М. Поповъ обратился съ краткой рѣчью, въ которой указалъ, что 10 лѣтъ тому назадъ среди небольшого кружка лицъ, связанныхъ общими научными интересами, явилась мысль основать при Казанскомъ Университетѣ Общество, задачей котораго служило бы изученіе нервной системы какъ въ ея нормальномъ, такъ и патологическомъ состояніи. Осуществленіе этой мысли встрѣтило сначала препятствія, но, благодаря настойчивости учредителей, препятствія были устранены и въ 1892 году новое Общество начало свою дѣятельность, годъ отъ году съ большимъ и большимъ успѣхомъ, который слѣдуетъ объяснить главнымъ образомъ тѣмъ, что въ основѣ дѣятельности съ первыхъ шаговъ и до сего времени лежитъ жизненность принциповъ и возможность разработкіи вопросовъ при участіи и теоретиковъ и клиницистовъ.

Д-ромъ В. Н. Образцовымъ прочитанъ отчетъ о дѣятельности О-ва за 1901 годъ.

Въ отчетномъ году О-во имѣло 7 научныхъ засѣданій, въ которыхъ слѣдено 20 сообщеній.

Число членовъ равняется теперь 65, при которыхъ 35 мѣстныхъ. Поступило въ теченіе года 3-ое, выбылъ за смертью 1. Касса общества имѣла отъ прошлаго

года 3945 р. 72 к., приходъ 1050 р. 12 к. и расходъ 857 р. 54 к., такъ что къ 1902 году состоить въ кассѣ О-ва 4138 р. 30 к. Библіотека увеличилась на 196 названій, имѣя въ настоящее время 2006 наз. разн. сочиненій. Журналь Общества вышелъ въ свѣтъ IX томомъ въ количествѣ 4 в. въ 61 печатный листъ, вмѣстивъ 22 оригинальныя статьи. Редакція имѣла 61 подписку; разсмѣлся же журналъ въ количествѣ 177 года, экз. подписчикамъ, членамъ, редакціямъ вступающимъ, въ обмѣнъ и за границу. За предыдущіе годы пріобрѣтены 4-мя лицами.

Д-ромъ В. В. Николаевымъ прочитанъ отчетъ за 10—лѣтъ существованія Общества, изъ котораго видно что О-во за это время имѣло 72 научныхъ заслуженія, 9 годичн. и одно—въ день открытія. На нихъ сдѣлано 158 сообщеній 50-ю авторами; 47% докладовъ носили теоретическ. характеръ и 53% имѣли цѣлью разработку матеріала клиническаго по психіатріи и невропатологіи.

Помимо научныхъ вопросовъ О-во разработывало вопросы и пракческаго характера.

Денежныя средства О-ва возросли съ 2000 руб. со времени основанія до 4138 р. 30 к. при расходахъ въ иные годы до 1000 слишкомъ рублей. Библіотека съ 146 изв. повысилась до 2006. 7 лѣтъ О-во издаетъ журналъ «Неврологическій Вѣстникъ» на свои собственныя средства подъ редакціей проф. Н. М. Попова и В. М. Бехтерева. Число подписчиковъ установилось на цифрѣ 60—65 главнымъ образомъ отъ спеціальныхъ лечебницъ и клиникъ; выписывается журналъ и за границу, статьи же, помѣщенные въ Невролог. Вѣстникъ, реферированы въ нѣсколькихъ большихъ нѣмецкихъ и французскихъ журналахъ.

3. Проф. К. А. Ариштейнъ произнесъ рѣчь «Морфологическое и функціоанальное значеніе тканевой фибриллы».

Вкратцѣ содержаніе рѣчи почтеннаго оратора заключается въ слѣдующемъ:

Благодаря методамъ Эриха, Гольджи и Рамонъ-и-Кайяля въ настоящее время является установленнымъ отношеніе нервнаго волокна къ клѣткѣ и нервныхъ клѣтокъ между собою; структура самой клѣтки также благодаря новѣйшимъ методамъ изучена достаточно точно; но эти важныя открытія не въ состояніи пока объяснить специфической дѣятельности нервнаго элемента. Является несомнѣннымъ лишь то, что фибрилла передаетъ раздраженіе и въ этомъ ея специфическая функція. Но нуждается ли—задасться вопросомъ ораторъ—нервная фибрилла въ связи съ клѣткой при отправленіи своей функціи или нѣтъ? Апати и Бетъ рѣшаютъ его въ отрицательномъ смыслѣ, однако поставленный вопросъ долженъ быть подвергнутъ разбору и съ точки зрѣнія общей гистологіи. Фибриллярность является свойствомъ каждой ткани и сама фибрилла находится или въ прямой связи съ клѣткой или обособленно, какъ «фибрилярная основа межучточного вещества», гистологически однако происходя какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ изъ протоплазмы клѣтки. Значеніе фибриллъ, стоящихъ обособленно отъ клѣтокъ, сводится къ ихъ физическимъ свойствамъ къ плотности и эластичности,

при отсутствіи свойствъ живой матеріи—раздражительности. Фибриллы нервной и мышечныхъ тканей, обладающихъ послѣднимъ свойствомъ, находятся въ связи съ клетками; но въ послѣднее время проповѣдуется «эмансипація» мышечной фибриллы отъ клетки. Однако наблюденія въ этомъ отношеніи произведены на такой мышцѣ, существованіе которой многими не признается, а именно на dilatator pupillae. Требуется рѣшить, къ какой ткани должна быть отнесена струйчатая основа membranae Brichtii—къ мускульной или неврогліи, а пока это не рѣшено окончательно и вопросъ о самостоятельности фибриллы нужно считать открытымъ.

Рѣчь проф. К. А. Арнштейна была покрыта рукоплесканіями.

4. По предложенію предсѣдателя проф. Н. М. Попова единодушно избраны въ почетные члены Общества:

Prof. Krafft-Ebing, Erb, Déjérine, Ramon y Cajal, Golgi, Langley, Flechsig и Retzius.

5. Въ должностныя лица О-ва на новый 1902 годъ оказались избранными: Предсѣдателемъ проф. Н. М. Поповъ, товарищемъ предсѣдателя проф. Н. А. Миславскій; секретарями: В. В. Николаевъ и В. П. Образцовъ (онъ же секретарь редакціи), бібліотекаремъ В. С. Болдыревъ и казначемъ А. Е. Янишевскій; въ члены совѣта: проф. К. А. Арнштейнъ, проф. И. М. Догель и А. Э. Гсбергъ; въ члены ревизіонной комиссіи: проф. В. И. Разумовскій, Д. В. Полюмордвиновъ и В. И. Левчаткинъ.

Мѣстнымъ редакторомъ журнала «Неврологич. Вѣстникъ» проф. Н. М. Поповъ, иногородній редакторъ проф. В. М. Бехтеревъ.

В. Н. Образцовъ.

Научныя собранія врачей Казанской Окружной Лечебницы.

Засѣданіе 12 Декабря 1901 года.

Д-ръ А. Д. Сколовубовъ продемонстрировалъ препаратъ мозга больной, у которой было душевное заболѣваніе вслѣдствіе травмы черепа съ кровоизліяніями въ мозговое вещество.

Больная А., 47 лѣтъ, за 6 дней до поступления въ Казанскую Окружную Лечебницу въ состояніи опьяненія упала съ лѣстницы головой внизъ, при чемъ она потеряла сознание. Когда больная пришла въ себя, у нея отмѣчалась спутанность сознания и нелѣпыя поступки, и затѣмъ она сдѣлалась безпокойной и неопрятной; 13 февраля 1901 года была принята въ Окружную Лечебницу. На пріемѣ больная находится въ состояніи рѣзкаго оглушенія: чуть оставить ее безъ вниманія, она сразу засыпаетъ; кожный рефлексъ слѣва отсутствуетъ, справа сильно пониженъ. Походка у больной—атактическая. Артеросклерозъ. Все время спутанность сознания и сонливость. Съ 15 февраля коматозное состояніе, которое съ небольшимъ перерывомъ продолжалось до смерти. Передъ смертью, наступившей 22 февраля, наблюдалось Cheyne-Stokes'овское дыханіе и замедленіе пульса до 48 уд. въ 1 минуту.

При аутопсиі найдено: На основаніи черепа имѣются 2 трещины въ затылочныхъ ямкахъ длиною во всю ямку; трещины распространялись лишь на внутреннюю костную пластинку. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки въ области обѣихъ лобныхъ долей найдены сгустки крови, плотно прикрѣпленные къ ней. Въ веществѣ лобныхъ долей съ той и другой стороны найдены фокусы кровоизліянія съ размягченіемъ вещества мозга, величиною съ куриное яйцо. На нижней поверхности лѣвой доли мозжечка, соотвѣтственно расположенію лѣвой трещины черепа и въ области лѣвой Sylvian'овой борозды, имѣются небольшіе фокусы кровоизліянія съ размягченіемъ вещества мозга. Сосуды мозга рѣзко склерозированы. Докладчикъ обращаетъ вниманіе на своеобразную клиническую картину у больной: медленное нарастаніе симптомовъ, несвойственное церебральнымъ гемиплегіямъ, почти полное отсутствіе кожныхъ рефлексовъ, обусловленное коматознымъ состояніемъ; отклоненіе языка въ сторону, противоположную парализу, что вѣроятно, объясняется кровоизліяніемъ въ области лѣвой доли мозжечка. Клиническая картина душевнаго заболѣванія, не подходящая ни подъ какую форму типическихъ психозовъ, по мнѣнію докладчика, достаточно объясняется постепенно нарастающимъ давленіемъ изливающейся крови на мозгъ и разрушеніемъ изливающейся кровью сфраго и бѣлаго вещества лобныхъ долей. Докладчикъ обращаетъ вниманіе еще на патолого-анатомическую картину: множественность фокусовъ кровоизліяній, довольно обширныя ихъ размѣры.

Пренія.

В. П. Первушинъ, соглашаясь вполне съ докладчикомъ, что въ его случаѣ травма черепа, какъ этиологическій моментъ, имѣла выдающееся значеніе для развитія своеобразнаго душевнаго расстройства у больной, что патологоанатомическія данныя поражаютъ многочисленностью и обширностью кровоизліяній въ вещество мозга, и что въ данномъ случаѣ не было обособленнаго и типическаго

психоза полагалъ бы дать нѣсколько иное толкованіе нѣкоторымъ особенностямъ клинической картины, а именно парезъ п. hypoglossi dextri возможно связать съ имѣвшимся кровоизліяніемъ по сосѣдству съ лѣвой силвіевой бороздой (центр. извилина); отсутствіе или ослабленіе колѣнныхъ рефлексовъ могло обусловливаться ненормальнымъ состояніемъ периферической нервной системы (polyneuritis), спинальныхъ корешковъ или самого спинного мозга, каковой вопросъ протоколомъ вскрытія не разъясняется; атаксія имѣвшаяся, у больной, могла быть слѣдствіемъ или пораженія мозжечка, или отъ размягченія въ лобныхъ доляхъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ отмѣтилъ, что въ данномъ случаѣ интересенъ тотъ фактъ, что трещины черепа произошли въ затылочной кости, между тѣмъ какъ главный фокусъ кровоизліянія локализируется въ лобныхъ доляхъ мозга, т. е. наблюдаются явленія *contre-coup*. Здѣсь Проф. Даркшевичъ напомнилъ одинъ случай, гдѣ послѣ ушиба темянной кости у больной появились эпилептическіе припадки на сторонѣ ушиба. Было предположено, что имѣется кровоизліяніе *par contre-coup*. Треханалія подтвердила правильность діагноза.

В. И. Левчаткинъ, дѣлая заключеніе, сказалъ, что демонстрація докладчика заслуживаетъ вниманія, съ одной стороны, потому, что наблюдавшіяся въ вещество мозга кровоизліянія множественны, а, съ другой стороны, что они велики по своему распространенію. Что касается клинической картины, то В. И. Левчаткину приходилось наблюдать при травмахъ основанія черепа совсѣмъ другую картину—сильное возбужденіе больного, повышеніе чувствительности къ свѣту и звуку, тяжесть въ головѣ, гиперемію лица. Относительно того вопроса, что у больной, которую наблюдалъ докладчикъ, языкъ былъ отклоненъ въ сторону, противоположную параличу, то это, по мнѣнію В. И. Левчаткина, можно, конечно, объяснить кровоизліяніемъ въ вещество лѣвой силвіевой борозды, но и кровоизліяніе въ вещество лѣвой доли мозжечка могло вызвать тотъ же эффектъ.

Д-ръ А. М. Зайцевъ сдѣлалъ сообщеніе на тему: «Случай психической дисфагіи» (Ауторефератъ). Знакомство съ навязчивыми идеями и патологическими страхами относится къ отдаленнымъ временамъ; психическая дисфагія—страданіе, исключительно обусловливаемое психическимъ импульсомъ; оно представляетъ интересъ по своей практической важности и сравнительной рѣдкости. Знакомство съ психической дисфагіей—достояніе послѣднихъ лѣтъ.

Больная, о которой идетъ рѣчь, средняго возраста, вдова, интеллигентная особа, безъ указаній на патологическую наследственность, серьезными болѣзнями не страдала; въ анамнезѣ рядъ истоющающихъ моментовъ. Имѣетъ 3-хъ дѣтей, изъ которыхъ одна дочь страдаетъ истеріей. Около 2-хъ лѣтъ тому назадъ начала страдать головными болями, безсонницей и различными страхами, почерпающими

свой матеріалъ изъ окружающаго—боялась неодушевленныхъ предметовъ, видя въ нихъ опасность по отношенію къ окружающимъ. Она всецѣло подчиняется навязчивымъ идеямъ, опредѣляющимъ все ея поведеніе. Приблизительно въ это же время больная начинаетъ испытывать непреодолимый страхъ за безопасность глотательныхъ и жевательныхъ актовъ—страхъ подавиться. Въ такомъ состояніи больная поступаетъ въ Казанскую Окружную Лечебницу.

Со стороны физической имѣется: значительное общее истощеніе, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, расстройство чувствительности въ смыслѣ парестезій, расширеніе зрачковъ и мелкій треморъ въ рукахъ; съ психической—депрессивное настроеніе, постоянныя жалобы на бессонницу, потерю «чувствъ» и проч.; отмѣчается: нѣкоторая склонность къ преувеличенію, поверхностность чувства тоски, эгоистичность. Изъ всѣхъ симптомовъ особенно останавливаетъ на себѣ вниманіе страхъ подавиться. Впервые онъ возникъ послѣ случайнаго поперхиванія, впоследствии являлся самостоятельно, возникая или въ моментъ акта глотанія, когда пищевой комокъ уже сформировался, или же во время жеванія; и въ томъ и другомъ случаѣ дѣло сводилось къ обратному выведенію пищи. Въ однихъ случаяхъ имѣется только спазмъ глотки, въ другихъ одеревѣніе нижней челюсти въ нихъ—и то и другое одновременно. Иногда къ невозможности глотанія твердой пищи присоединяется, хотя и не въ такой степени, затрудненіе въ проведеніи пищи жидкой. Въ это время больная испытываетъ сильную тоску; у нея сжимаетъ сердце, выступаетъ холодный потъ. Расстройство глотанія у больной—исключительно психическаго характера; развилось подобно прочимъ страхамъ и навязчивымъ идеямъ, на почвѣ дегенеративной; бросаются въ глаза черты истерическаго характера, играющія въ клинической картинѣ видную роль. Терапія—бромиды, различныя топика гидротерапія—не дала никакихъ результатовъ.

Гипно-терапія оказала нѣкоторое вліяніе только на общее состояніе.

П р е и я.

Л. О. Даркшевичъ отмѣтилъ тотъ фактъ, что болѣзненные фобіи весьма часты у дегенерантовъ; иногда онѣ имѣютъ своеобразное отношеніе къ профессіи больного и дѣлаютъ его неспособнымъ къ труду. Такъ ему не разъ встрѣчались больные священники, дьяконы, которыми овладѣвалъ непреодолимый страхъ въ различные моменты церковной службы, напр., при выходѣ на амвонъ или на средину церкви; страхъ былъ различнаго рода: то больному казалось, что у него сорвется голосъ, что онъ упадетъ и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ страхъ былъ настолько силенъ, что больной терялъ всякое самообладаніе: у него кружилась голова, слабѣли ноги. Въ этихъ случаяхъ больнымъ помогало довольно сложное психическое леченіе. Такъ, напр., священнику, котораго охватывалъ страхъ

во время выхода на середину церкви для совершения Литіи во время всенощной, стали сгавить въ такихъ случаяхъ аналой, при чемъ во время приступа страха больной клялъ руку на аналой и страхъ его проходилъ, къ нему возвращалась увѣренность въ своихъ силахъ. Другой подобный примѣръ болѣзненнаго страха касался одного опернаго пѣвца, который подъ вліяніемъ страха чувствовалъ, какъ сжимало его горло и у него появлялось импульсивное стремленіе противъ воли брать невѣрную ноту, но страхъ исчезалъ, какъ только онъ слышалъ свистокъ въ публикѣ. Въ этомъ случаѣ терапия не имѣла успѣха.

Д-ръ Сивре, указывая на извѣстный всѣмъ фактъ, что истеричные очень часто симулируютъ и, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ надъ симуляціей больныхъ истеріей зрянокъ, спрашиваетъ докладчика, не симулировала ли и его больная, хотя и болѣе тонко и умѣло, такъ какъ она интеллигентная женщина.

Д-ръ А. Зайцевъ отрицаетъ у больной симуляцію.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ говоритъ, что симуляція въ данномъ случаѣ была невозможна, такъ какъ за больной былъ неусыпный надзоръ; послѣднее обрекло бы больную на голоданіе; наблюденіе за самымъ актомъ голоданія у данной больной также, по его мнѣнію, исключаетъ возможность симуляціи.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ сказалъ, что на его взглядъ въ основѣ этого спора лежитъ недоразумѣніе, что д-ръ Сивре изъ сложной клинической картины, столь подробно описанной докладчикомъ, взялъ одинъ лишь симптомъ—дисфагію. Относительно дисфагіи, можно, конечно, подымать вопросъ о симуляціи. Но этотъ вопросъ становится несостоятельнымъ, если взять совокупность всей клинической картины. Тогда будетъ видно, что у больной докладчика идетъ дѣло объ рельефномъ случаѣ *psychosis idaeo—obsessivae* и что *dysphagia psychica* у данной больной соединена неразрывной логической связью съ цѣлымъ рядомъ другихъ, родственныхъ ей симптомовъ. Кромѣ этого, по мнѣнію д-ра Н. Н. Топоркова, имѣеть цѣну и отсутствіе у больной какихъ либо мотивовъ къ симуляціи.

Проф. Л. О. Даркшевичъ сказалъ нѣсколько словъ въ защиту истеричныхъ, на которыхъ тяготѣетъ традиціонное обвиненіе въ симуляціи, но что въ дѣйствительности они далеко не такъ часто симулируютъ, какъ объ этомъ учитъ устарѣлый взглядъ: все дѣло въ томъ, что нѣкоторыя проявленія ихъ болѣзни производятъ впечатленіе симуляціи. Одна изъ больныхъ Л. О. Даркшевича, въ искренности которой онъ не сомнѣвается, говорила ему, что если бы она со стороны наблюдала болѣзненные явленія, которыя бывають у нея, она безъ колебанія признала бы ихъ притворными.

Д-ръ А. Сивре, призывая доказательства Л. О. Даркшевича и Н. Н. Топоркова, что это не симуляція, безусловно вѣскими, однако не согласился съ мнѣніемъ Л. О. Даркшевича, что истеричные рѣдко симулируютъ: съ дѣтства онъ зналъ одну истеричную семью, гдѣ вполне доказанную симуляцію онъ могъ ви-

дѣтъ очень часто. Что касается замѣчанія Н. Н. Топоркова, что у данной больной не было мотивовъ для симуляціи, то, по мнѣнію д-ра Сивре, оно не доказательно, такъ какъ мотивы для симуляціи при истеріи очень близко соединены съ самой болѣзью: желаніе больныхъ заинтересовать чѣмъ бы то ни было окружающихъ есть характерная черта истеріи.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ возразилъ, что, если бы дѣло шло о больной съ рѣзко выраженнымъ истерическимъ характеромъ, то послѣднее мнѣніе д-ра Сивре имѣло бы значеніе. На самомъ же дѣлѣ примѣсъ истерическаго элемента у данной больной настолько незначительна, что можно даже сомнѣваться въ существованіи ея, при томъ же у больной не констатировано никакихъ физическихъ признаковъ истеріи.

Д-ръ Сивре на это замѣтилъ, что вѣдь, у этой больной замѣчено стремленіе къ страшнымъ преувеличеніямъ; такъ напр., она говоритъ, что не спала 1½ года.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ отвѣтилъ, что, ему кажется, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи объ умыленномъ преувеличеніи, и дѣло объясняется недостаточнымъ критическимъ отношеніемъ больной къ своей болѣзни. Сонъ душевно больныхъ нерѣдко не приноситъ съ собой привычнаго ощущенія и не освѣжаетъ больного: больной не чувствуетъ, что онъ спитъ, поэтому больные нерѣдко съ полнымъ убѣжденіемъ и искренностью жалуются на бессонницу, которой у нихъ въ дѣйствительности нѣтъ.

Д-ръ А. М. Зайцевъ сказалъ, что въ его случаѣ нельзя говорить о рѣзко выраженной истеріи или истерическомъ характерѣ и что поэтому онъ склоненъ говорить лишь объ истерической окраскѣ нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзни. Д-ръ А. М. Зайцевъ полагаетъ, что симуляція расстройства глотанія у его больной, симуляція, на возможность которой указываетъ д-ръ Сивре, въ данномъ случаѣ невозможна, во первыхъ, потому, что она оплачивалась бы слишкомъ дорогой цѣной, цѣной голоданія, а во вторыхъ и потому, что за больной, какъ представляющей особенный интересъ, былъ постоянный неослабѣвающій надзоръ. Кромѣ этого еще приходится считаться съ очень тяжелымъ впечатлѣніемъ, которое производитъ больная на наблюдателя въ то время, какъ она пытается проглотить положенную въ ротъ пищу—на лицѣ выражается сильный страхъ и тоска; лицо блѣднѣетъ, зрачки расширяются, на лицѣ выступаетъ потъ, а на глазахъ появляются слезы. Все это врядъ ли можно симулировать во всякую данную минуту.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, интересуясь наблюденіемъ д-ра Сивре надъ симуляціей зрянокъ, спросилъ въ чемъ она сказывается?

Д-ръ А. Сивре сообщилъ, что истерія подъ именемъ «икоты» среди замужнихъ зрянокъ наблюдается очень часто. Она заключается въ томъ, что

больная, видя какойнибудь новый или определенной предметъ, начинаетъ выкрикивать или по выраженію зырянъ «икать».

Проф. Л. О. Даркинъ вичъ продолжаетъ защищать мысль, что истеричныя не такъ часто симулируютъ и въ ихъ желаніи обратитъ на себя вниманіе врача своимъ положеніемъ въ большинствѣ случаевъ настолько же мало притворства, какъ въ поведеніи ипохондрика, которой во всякой обстановкѣ, во всякомъ обществѣ будетъ описывать состояніе своего желудка и пр. Что касается примѣра относительно зырянъ, то и въ нашей деревнѣ намъ приходится наблюдать то же явленіе—кликушества, но въ этихъ случаяхъ не приходится отмѣчать ни симуляціи, ни желанія заинтересовать своимъ положеніемъ. Приходится также считаться съ народнымъ обычаемъ, по которому, напр., крестьянка при входѣ врача начинаетъ кричать, что она умираетъ, тогда какъ о дѣйствительной опасности нѣтъ и рѣчи. Чтобы устарѣлый предрассудокъ о симуляціи истеричныхъ не служилъ помѣхой для объективнаго отношенія къ нашимъ больнымъ, необходимо личнымъ анализомъ проверить, насколько часто встрѣчается при истеріи симуляція.

Д-ръ В. П. Первушинъ, пользуясь случаемъ д-ра Зайцева, сообщилъ о своей больной, у которой вмѣстѣ съ проявленіями большой истеріи, были рѣзко выражены нѣкоторые бульбарные симптомы, а въ томъ числѣ—разстройство глотанія—но всей вѣроятности также истерического происхожденія.

Д-ръ Первушинъ имѣлъ возможность наблюдать за различными проявленіями у этой больной (дѣвцы 17—22 л.) въ теченіе 5 лѣтъ. У нея бывала и *paraplegia inf.* въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и монолегія по ишеміямъ и мѣсяцамъ, своеобразныя ритмическія судороги рукъ; въ теченіе всего этого времени амаврозъ и утрата слуха справа въ теченіе 1½—2 лѣтъ; разстройство мочеотдѣленія, упорный кашель, въ высшей степени стойкія анестезіи и проч. Вмѣстѣ съ этимъ отмѣчалось ослабленіе дѣятельности бульбарныхъ нервовъ: одышка, сердцебиеніе, учащеніе пульса до 100—120—160 удар., затрудненіе при жеваніи нищи и при ея проглатываніи, при чемъ пищевая масса проходила въ полость носа, а также повидимому иногда попадала и въ гортань. Эта дисфагія, не смотря на значительное улучшеніе общаго состоянія и другихъ симптомовъ болѣзни, остается и до настоящаго времени, и для нея трудно подыскать какое либо иное объясненіе. Описанный сейчасъ случай, какъ и случай д-ра Зайцева, по мнѣнію д-ра Первушина, заставляютъ отмѣтить тотъ фактъ, что истерія, для которой нерѣдко характерно непостоянство ея проявленій и быстрое ихъ чередованіе, часто обнаруживаетъ, напротивъ, стойкость симптомовъ, однообразіе клинической картины.

Д-ръ М. П. Романовъ привелъ одинъ случай психической дисфагіи, окончившейся благополучно. У больной женщины лѣтъ 40—50 постепенно

развились типичныя дисфагическія явленія; когда болѣзненные явленія достигли значительной силы, больная обратилась за совѣтомъ къ одному знаменитому московскому терапевту, которымъ и былъ діагностицированъ ракъ пищевода. Послѣ того больная стала чувствовать себя все хуже и хуже и когда дисфагія достигла крайней степени, явилась невозможность проглатывать даже жидкую пищу. Затѣмъ больная пріѣхала въ Казань. Здѣсь на консультаціи невропатолога и хирурга была распознана психическая дисфагія; при этомъ удалось свободно провести зондъ въ пищеводъ и это благотворно подѣйствовало на больную. Послѣ этого терапия въ видѣ обертыванія мокрыми простынями черезъ нѣсколько мѣсяцевъ почти совершенно излечила больную. Этотъ случай показываетъ, по мнѣнію д-ра Ромашова, что психическая дисфагія протекаетъ не всегда такъ тяжело, какъ въ случаѣ докладчика, а также этотъ случай заставляетъ обратить вниманіе на ту осторожность, съ которой врачъ долженъ относиться къ діагнозу и терапевтическимъ мѣропріятіямъ у подобныхъ больныхъ, такъ какъ въ такихъ случаяхъ иногда случайно неосторожно сказанное слово врача создаетъ всю картину болѣзни и на долгіе мѣсяцы.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ полагаетъ, что яркіе случаи *psych. idaeo—obsessivae* представляются значительной рѣдкостью. Интересъ случая д-ра Зайцева увеличивается тѣмъ обстоятельствомъ, что навязчивыя идеи у больной переходятъ въ бредовыя, являющіяся логическими антагонистами первыхъ. Психическій механизмъ дисфагіи у данной больной, въ его послѣдовательномъ развитіи, по мнѣнію Н. Н. Топоркова, представляется въ такомъ видѣ: у больной, подъ вліяніемъ случайнаго препятствія при глотаніи, постепенно развилась навязчивая идея, что она не можетъ глотать. Навязчивая идея не ограничилась одной только сферой сознанія и больная начала испытывать дѣйствительныя, чисто физическія затрудненія при актѣ глотанія. Эти физическія реальныя ощущенія, не покидающія больную и видъ акта глотанія, логическимъ путемъ вызвали у нея представленія, что у нея болѣзненный процессъ измѣнилъ самый аппаратъ глотанія. И въ настоящее время, по мнѣнію Н. Н. Топоркова, центральное мѣсто въ симптомокомплексѣ дисфагіи занимаетъ не навязчивая идея, а бредовая—ипохондрическая. Къ этому нужно добавить, что у больной и еще имѣются бредовыя идеи, напр., что больная утратила всѣ свои чувства, что она не можетъ ни радоваться, ни испугаться, ни горевать.

Д-ръ А. М. Зайцевъ замѣтилъ, что у своей больной онъ не подмѣчалъ бредовыхъ, ипохондрическихъ идей, связанныхъ съ нарушеніемъ у нея акта глотанія.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, было ли хотя какое нибудь улучшеніе въ состояніи больной со времени поступленія въ Лечебницу, или же она выписалась въ томъ же состояніи въ какомъ поступила? Сама ли пожелала или ее выписали въ виду невозможности оказать ей помощь?

Д-ръ А. М. Зайцевъ отвѣтилъ, что дисфагія осталась въ прежней силѣ. Улучшеніе подъ вліяніемъ гипноза состояло въ томъ, что больная спала спокойнѣе, улучшился сонъ, она прибыла въ вѣсѣ почти на 20 фунтовъ.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, было ли предпринято внушеніе?

Д-ръ Н. Н. Топорковъ отвѣтилъ, что онъ примѣнялъ внушеніе въ бодрственномъ состояніи и что больная никогда не доводилась до полного сна.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, не примѣнялись ли въ данномъ случаѣ какія либо убѣжденія помимо гипноза, которыя иногда оказываютъ на такихъ больныхъ благотворное вліяніе?

Д-ръ Н. П. Топорковъ отвѣтилъ, что все дѣло въ такихъ случаяхъ сводится къ той конституціональной почвѣ, на которой возникало страданіе и что врядъ ли можно ждать хорошихъ или по крайней мѣрѣ прочныхъ результатовъ тамъ, гдѣ въ основѣ лежитъ глубокая дегенерація.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ, дѣлая заключеніе, сказалъ, что случай, описанный въ докладѣ д-ра Зайцева, представляется очень интереснымъ, что видно также изъ оживленныхъ преній, возникшихъ по поводу его. Затрогивался вопросъ о симуляціи дисфагіи у больной, описанной д-ромъ Зайцевымъ, а также вопросъ о склонности къ симуляціи истеричныхъ вообще. Что касается истеричныхъ вообще, то традиціонная склонность ихъ къ симуляціи сильно преувеличена. Наши кликуши представляютъ, видимо, аналогичное явленіе съ зырянками больными «икотой»; д-ръ Краинскій, написавшій о кликушествахъ очень обстоятельную работу и самъ наблюдавшій эпидемію кликушества, признаетъ кликушъ не симулянтками, а больными *sim genensis*, съ явленіями сомнамбулизма въ смыслѣ Шарко. У больной же, описанной д-ромъ Зайцевымъ, едва ли можно настаивать на при творствѣ, такъ какъ припадки болѣзни тянутся уже цѣлыхъ 2 года, нѣтъ никакихъ мотивовъ къ симуляціи; наконецъ, симуляція исключается тщательностью надзора за больной и отсутствіемъ у нея выраженного истерическаго характера. Излечимость такихъ больныхъ несомнѣнно зависитъ отъ степени дегенеративности субъекта.

Развитіе бредовыхъ ипохондрическихъ идей въ связи съ психической дисфагіей представляется вполне понятнымъ и дѣлаетъ случай еще болѣе интереснымъ. Острота и тяжесть случаевъ, приводимыхъ многуважаемымъ Ливеріемъ Осиповичемъ, дѣлается вполне понятной, если принять во вниманіе тяжелую отвѣтственность, которая возлагается каноническими правилами на лицъ духовнаго званія, священниковъ, діаконъ, въ случаѣ различныхъ нарушеній правилъ церковной службы.

Вячеславъ Колотинскій.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

**Бобровъ Е. Литература и просвѣщеніе въ Россіи XIX в.

**Брусиловскій Е. М. Историческій очеркъ развитія бальнеологіи и гидрологіи, въ связи съ общимъ прогрессомъ медицины. Одесса, 1901 г.

**Викторовъ П. П. Живые вопросы текущей современности. Москва, 1901 г.

**Воробьевъ В. В. Наружное ухо человека. Москва, 1901 г.

**Доклады Московской Губернской Земской Управы. Декабрь, 1901 г.

**Михайловъ И. В. Рѣдкій случай врожденной паралитической импотенціи у 27-лѣтняго мужчины.

Отчеты научн. собраній Врачей СПб. клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней за 1900—1901 г.

Отчетъ о дѣятельности глазного отряда попечительства Импер. Маріи Александровны о слѣпыхъ въ Вилейскомъ и Свѣтцянскомъ уѣздахъ Виленской губ., съ 15 мая по 15 авг. 1901 г. д-ра А. В. Лотина.

Протоколы О-ва Псковскихъ Врачей 1899—1900 г.

**Труды Императ. Вольно-экономическаго О-ва. 1900 г. № 6.

**Труды Императорскаго С.-Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей. 1902 г. Вып. 2-й.

**Труды О-ва Естествоиспытателей при Импер. Казанскомъ Университетѣ. Томъ XXXV. Вып. 2, 3, 4, 6.

**Труды Русскаго Медицинскаго О-ва при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ. 1910 г.

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

II. Журналы, газеты и другія периодическія изданія.

**Акушерка. 1902 г. Кн. 3.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1902 г. Кн. 1-я.

**Больничная Газета Боткина. 1902 г. № 8.—Дьяченко Е. Къ вопросу о примѣненіи атропина при непроходимости кишекъ.—Касторскій Ф. Къ вопросу о межгубернскихъ и межгубернскихъ врачебно-санитарныхъ организаціяхъ. (Продолженіе).—Полянский. О вліяніи нарушенной дѣятельности почекъ на отдѣленіе и составъ желчи. (Окончаніе).

№ 9.—Пацановскій П. А. О вліяніи паровой дезинфекціи на измѣненія нѣкоторыхъ физическихъ свойствъ тканей одежды.—Дьяченко Е. Къ вопросу о примѣненіи атропина при непроходимости кишекъ. (Окончаніе)—Касторскій Ф. (окончаніе).

№ 10.—Поповъ Л. В. О сердечномъ удушѣ (asthma cordiale) и среднихъ съ нимъ болѣзненныхъ припадкахъ.—Вирсаладе С. С. Научные принципы больничнаго строя и дѣйствующее гражданское больничное законодательство въ Россіи. (Продолж.)—Пацановскій П. А. (Окончаніе).

№ 11.—Латухинъ А. И. О больничномъ хозяйствѣ въ связи съ современной постановкой больничнаго дѣла въ городскихъ больницахъ.—Успенскій В. П. Деревенскіе ясли-приюты въ Ворожнежской губ лѣтомъ 1901 г.—Поповъ Л. В. (продолженіе).

№ 12.—Жуковскій В. П. 4 случая врожденныхъ мозговыхъ грыжъ.—Поповъ Л. В. (Продолженіе)—Успенскій В. П. (Продолженіе).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1902 г. № 1.—Конъ С. Морфологія, генезисъ и значеніе гигантскихъ клетокъ въ туберкулезныхъ бугоркахъ.—Винаверъ М. Сравнительная оцѣнка терапевтическаго достоинства щелочныхъ солей и Боржомской воды при заболѣваніяхъ пищеварительныхъ органовъ.

**Венерологическій Вѣстникъ. 1902 г. Январь—Мартъ.—Михайловъ И. В. Рѣдкій случай врожденной паралитической импотенціи у 27-л. мужчииа.

**Вопросы философи и психологіи. 1902 г. Январь—Февраль.

**Врачебная Газета 1902 г. № 8.—Сигристъ В. Ф. и Чечотъ О. А. Къ вопросу о мѣстномъ грязелеченіи на Кавказскихъ Минеральныхъ Водахъ.—Жуковскій В. П. Гемифеалия и наследственный сифилисъ.—Бавдалинь Я. Г. Коффеинъ и его клиническое примѣненіе въ связи съ другими сердечными средствами. (Продолж.).

№ 9.—Образцовъ В. П. О прощупываніи привратника желудка.—Заусайловъ М. А. По вопросамъ асептики и антисептики.—Бавдалинь Я. Г. (Продолженіе).

№ 10.—Чижевъ В. Ф. Плюшкинъ, какъ типъ старческаго слабоумія.—Габриловичъ Д. Л. Кумысъ и его значеніе въ гигиено-діетическомъ режимѣ.—Бандалинъ Я. Г. (Окончаніе).

*Вѣстникъ Гомеопатической Медицины. 1902 г. № 3.

**Вѣстникъ Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины. 1902 г. Февраль.—Скибневскій А. И. Дѣтская смертность въ Богородскомъ уѣздѣ.—Тархановъ И. Р. О фильтраціи питьевыхъ водъ во Франціи.—Шамаковъ П. Н. Записка о народной медицинѣ.

**Вѣстникъ Хирургіи. 1902 г. № 4.—Милицъ В. М. Хирургическое леченіе нефралгіи и пароксизмальныхъ почечныхъ кровотеченій, обусловленныхъ интерстиціальнымъ нефритомъ.

№ 5.—Милицъ В. М. Къ оперативному леченію «Retrocollis spasm».

№ 6.—Оригинальныхъ сообщеній не содержитъ.

**Дѣтская Медицина. 1902 г. № 1-й.—Краснобаевъ Т. П. Spina bifida lumbalis (meningocoele) у 17 дневнаго ребенка.—Васильевъ С. А. Случай эхинококка печени у мальчика 10 лѣтъ.—Тулиновъ А. И. О домовыхъ и семейныхъ эпидеміяхъ сифилиса.—Никольскій И. И. Случай межугочной пневмоніи.

**Дѣятель. 1902 г. № 5.

Журналь Акушерства и Женскихъ болѣзней. 1902 г. Январь.—Новиковъ А. М. О вапоризаціи.—Бобровъ В. Общія причины женскихъ болѣзней и задачи профилактики.—Грейфе Г. А. Къ вопросу о профилактикѣ перелоя.—Калабинъ И. С. Къ вопросу о заболѣваніи нервной системы при гоноррѣ у женщинъ. Марковскій П. И. Краткій отчетъ по Гинекологическому отдѣленію Городской Цесаревича Александра больницы съ 1-го іюля 1900 г. по 1-е іюля 1901 г.

**Журналь Дерматологій и Сифилидологій. 1902 г.

№ 2.—A. van Hartlingen. Современный взглядъ на происхожденіе и сущность herpes zoster'a.—Finger E. Ulcus molle и Syphilis.

**Журналь Русскаго Физико-Химическаго О-ва 1902 г. Вып. 1, 2.

**Земледѣлецъ. 1902 г. № 1, 2, 3.

**Записки Кіевскаго Общества Естествоиспытателей. Т. XVII. Вып. 1. 1901 г.

**Зубоврачебный Вѣстникъ. 1902 г. № 6.

**Извѣстія Императорскаго Русскаго Географическаго Общества. 1901 г. Вып. IV, V.

**Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1902 г. № 2.—Явейнъ Г. Ю. Къ вопросу о причинѣ остраго увеличенія селезенки.—Божовскій В. Г. Отношеніе живыхъ тканей къ нейтральной красной

краскѣ.—Петровъ Н. П. Серотерапія въ хирургіи. (Окончаніе.—Орловъ В. П. и Бонштедтъ Г. Э. Обзоръ важнѣйшихъ работъ по гинекологіи за 1900 г.

**Извѣстія Императорскаго Томскаго Университета, 1902 г. Кн. 19-я. Сочиненій по медицинѣ не содержитъ.

*Извѣстія Московскаго Сельско-хозяйственнаго Института, Годъ VII. Кн. 3—4. 1901 г.

**Лѣтопись Хирургическаго Общества въ Москвѣ, 1901 г. Т. XX. № 3 и 4.

*Медицинская Бесѣда, 1902 г. № 4.—Цезаревскій П. В. Земская медицина въ Смоленской губ.—Иванова-Данилова П. А. Докладъ о Тамбовской фельдшерской школѣ.—Ростовцовъ Т. П. Обь организаціи санитарнаго дѣла въ городахъ.—Холодковскій А. М. Курьордесъ

№ 3.—Игумновъ С. Къ вопросу о постановкѣ земскихъ санитарныхъ совѣтовъ.—Иванова-Данилова П. А. Докладъ о Тамбовской женской фельдшерской школѣ.

*Медицинскій Журналъ д-ра Окса, 1902 г. № 3-й—Эйхгорстъ Г. Гуманность у животныхъ.—Гейфмейстеръ Ф. Руководство къ наложенію повязокъ.—Пестовъ Э. Б. Истерія у дѣтей. (Оконч.)

**Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику, 1902 г. Февраль.—Короленко Н. Г. Обь измѣненіяхъ желудочнокишечнаго канала въ старости.—Брандтъ В. Ф. Береговой лазаретъ учебно-миннаго отряда въ Тейкерсари.—Элленбогенъ К. А. Современный взглядъ английскихъ врачей на переносимый пунктъ и на уборку раненыхъ.—Бензенгръ. Замѣтка о г. Хакодате.—Свѣчниковъ. Нѣсколько случаевъ дизентеріи въ связи съ медико топографическими условіями адмиралтейства Таку.

**Неврологическій Вѣстникъ, 1902 г. Т. X. Вып. 1.—Горшковъ Я. П. Къ вопросу о центральныхъ проводникахъ обонятельныхъ ощущеній.—Горшковъ Я. П. О центральныхъ проводникахъ вкусовыхъ ощущеній.—Маевскій М. М. Дюнинъ при маниакальномъ и половомъ возбужденіи.—Мерингъ М. М. О такъ называемомъ «возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва» (продол.)—Поповъ Н. М. Бульбарный параличъ сосудистаго происхожденія.—Образцовъ В. Н. Мышьяковый параличъ.—Ланинскій М. обь угнетеніи рефлекторныхъ актовъ въ парализованной части тѣла при сдавленіяхъ спинного мозга въ верхнихъ отдѣлахъ его.—Муратовъ В. А. Къ вопросу обь острыхъ истерическихъ психозахъ.—Бобровскій-Королько Л. О. Случай своеобразнаго истерическаго сумеречнаго состоянія.—

**Практическій Врачъ, 1902 г. №8.—Вельямовичъ В. Ф. Къ терапіи острыхъ отравленій морфіемъ и опіатами.—Черномордикъ Я. Э. Два случая порока развитія матки.—Варкер А. О леченіи круглой язвы желудка и ея осложненій.

№ 9.—Архангельская А. Г. Къ вопросу о хирургической помощи сельскому населенію.—Вельямовичъ В. Ф. (продолж.)—Einhorn M, Желудочное удушье.

№ 10.—Поповъ Л. В. Обь относительной временной недостаточности полудунныхъ клапановъ аорты.—Архангельская А. Г. (продолж.).

№ 11.—Гагенъ-Тарнъ И. Э. О значеніи цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ для распознаванія нѣкоторыхъ заболѣваній пузыря и почекъ.—Поповъ Л. В. (продолж.)—Einhorn M. (Окончаніе).

**Русскій Архивъ паталогіи, клинической медицины и бактериологіи. 1902 г. Т. XIII. Вып. I.—Лигницъ С. Включенія остеоиднаго вещества въ протоплазмѣ остеобластовъ.—Коршунъ. Къ вопросу о бактериологическомъ распознаваніи дифтеріи.—Биликъ Л. Б. Аппаратъ д-ра Гилпіуса для пастеризаціи молока и его обеззараживающія свойства.—Козловскій Б. С. Случай къ серотераніи травматическаго столбняка.

Вып. 2.—Ливановъ А. Къ вопросу о вліяніи хроническаго отравленія спиртомъ на развитіе организма и мозга Михайловъ П. П. Къ патологіи желудочныхъ кровотеченій.—Гребнеръ Ф. Начальныя формы атаксіи при сухоткѣ спинного мозга и ихъ леченіе по способу Грепкеля.—Фавръ В. В. Къ вопросу о вліяніи обезпложеннаго воздуха на организмъ животныхъ.

**Русскій Врачъ. 1902 г. № 8.—Груздевъ С. Болѣзнь Вагтi.

№ 9.—Груздевъ С. (Продолженіе).—Жбанковъ Д. Н. XI-ый съѣздъ русскихъ Естествоиспытателей и врачей и VIII-й Пироговскій съѣздъ врачей.—Красвскій В. И. О сравнительномъ вліяніи и различныхъ его производныхъ на дыхательную дѣятельность.—Креисъ М. А. Изъ урологическихъ наблюденій

№ 10.—Зибереъ-Шумова Н. О. Обь окислительныхъ ферментахъ.—Груздевъ С. (Окончаніе)—Жбанковъ Д. П. (Окончаніе).—Жбанковъ Л. П. (Окончаніе)—Крепсъ М. Л. (Окончаніе).—

№ 11.—Оппель В. А. Экспериментальный острый микробный перитонитъ.—Орловскій В. Ф. Къ казуистикѣ сообщеній между аортой и легочной артеріей.—Мацлаковъ А. А. Практическія данныя къ выясненію вопроса о пониженіи работоспособности у кривыхъ.—Кашкадамовъ В. П. Изъ отчета о командировкѣ на чуму въ Астраханскую губернію.

№ 12.—Лавдовскій М. Д. Обь анастомотическихъ связяхъ между нервными клѣтками.—Финкельштейнъ Б. К. О проникающихъ колоторѣзанныхъ ранахъ брюшной полости.—Орловскій В. Ф. (продолж.)—Максутовъ А. М.—Отношеніе палочки дифтеріи человека къ палочкѣ птичьей дифтеріи.—Кашкадамовъ В. П. (Окончаніе).

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней. 1902 г. Февраль.—Гиммель И. М. Плазматическія клѣтки.—Кудишъ В. М. Sarcoma cutis idiopathicum pigmentosum Kaposi.—Тарновскій В. М. Сифилитическая семья и ея нисходящее поколѣніе (Продолженіе).—Поспѣловъ А. И. Радиографія

въ примѣненіи къ распознаванію сифилиса костей.—Черновъ М. Я. О заболѣваніи предстательной железы на почвѣ гонорреи.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1902 г. № 5.—Васильевъ С. М. Лечение пороковъ сердца въ первомъ стадіи—Шентсличъ-Херцеско И. К. Къ разстройству слуха и рѣчи истерическаго характера.

№ 6.—Васильевъ С. М. (Продолж.)—Манасейнъ М. П. Настоящее положеніе вопроса о распространеніи сифилиса въ народонаселеніи питомцами Имп. С.Пб. Воспитательнаго Дома.

**Современная Клиника. 1902 г. № 2.—Sonnenburg E. Аппендицитъ.—Schmidt-Rimpler H. Распознаваніе и леченіе важнѣйшихъ глазныхъ болѣзней, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на вопросъ, когда необходима помощь специалиста.—Lesser E. Ученіе о наследственномъ сифилисѣ.

**Современная медицина и гигиена. 1902 г. № 2.—Брейтманъ М. Я. Новѣйшія лекарственныя средства въ систематическомъ изложеніи за послѣднія 5 лѣтъ.—Пуссонъ А. (Pousson A.) Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей.—Роlederъ (Rohleder) Лекціи для врачей о половомъ влеченіи и половой жизни человѣка.—Фоссіусъ (Vossius). Учебникъ глазныхъ болѣзней.

**Терапевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 4.—Вейшенкеръ О. Б. Обзоръ дальнѣйшаго развитія вопроса о біологическомъ и лечебномъ дѣйствіи желѣза и его препаратовъ и Sanguinol'a.

№ 5.—Zunz Leo. Показанія и противопоказанія къ ѣздѣ на самокатѣ.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1902 г. № 1-й—Сочиненій по медицинѣ не содержитъ.

**Ученныя Записки Императорскаго Казанскаго Университета. 1902 г. Январь Февраль—Сочиненій по медицинѣ не содержатъ

**Ученныя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. Т. XIX. вып. 1.

**Фармацевтъ. 1902 г. № 7, 8, 9, 10, 11.

**Фармацевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 8, 9, 10, 11.

**Фельдшеръ. 1902 г. № 5, 6.

**Хирургія. 1902 г. Февраль—Арановъ А. Б. О новомъ способѣ наложенія кожного шва.—Едоровъ С. П. Вліяніе колебаній внутри черепного давленія на возникновеніе эпилептическихъ припадковъ.—Выставкинъ И. И. Случай краниэктоміи.—Венгловскій Р. І. Къ вопросу о леченіи выпаденій прямой кишки.—Шлеховъ В. В. Случай трижды произведеннаго чревосѣченія у одной и той же больной съ исходомъ въ выздоровленіе.—Праксинъ И. А. Оперативное леченіе istulae rectourethralis черезъ раздѣльное зашиваніе прямой кишки и уретры.

**Электричество. 1902 г. № 1, 2, 3.

М. Романовъ.

НЕКРОЛОГЪ.

ВЛАДИМИРЪ ВЛАДИМИРОВИЧЪ ДЬЯКОНОВЪ.

Усопшій членъ нашего Общества, ассистентъ Дѣтской клиники, Владиміръ Владиміровичъ Дьяконовъ родился въ 1871 году 28 мая, въ 1895 году съ успѣхомъ выдержалъ испытаніе въ Медицинской Испытательной Коммисіи при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, съ 29 января 1896 года былъ утвержденъ сверхштатнымъ ординаторомъ при кафедрѣ Дѣтскихъ болѣзней, каковымъ и состоялъ до 29 января 1899 года, во время своего ординаторства сдалъ экзаменъ на доктора медицины, съ ноября 1899 года занялъ должность сверхштатнаго ассистента, затѣмъ нѣкоторое время исполнялъ обязанности штатнаго ассистента, съ 1 февраля 1901 года перевѣщенъ на должность лаборанта Дѣтской клиники и съ 9 октября 1901 года утвержденъ штатнымъ ассистентомъ.

Все время своей недолгой врачебной дѣятельности покойный товарищъ провелъ въ Дѣтской клиникѣ. Много пришлось ему поработать и похлопотать при переходѣ клиники въ новое помѣщеніе, когда нужно было совершенно заново обставлять нѣсколько аданій новой Дѣтской клиники, несравненно болѣе обширной, чѣмъ прежняя. Владиміръ Владиміровичъ дѣйствительно явился здѣсь умѣлымъ, добросовѣстнымъ и дѣятельнымъ помощникомъ.

Покойный товарищъ не оставилъ послѣ себя печатныхъ трудовъ, но былъ опытный, знающій, умѣвшій найтись въ затруднительныхъ случаяхъ врачъ. Умѣло, сердечно и мягко, порой шутивымъ, порой во время сказаннымъ строгимъ тономъ словомъ, онъ добивался, что его маленькій пациентъ позволялъ осмотрѣть себя и потомъ дѣлался его другомъ. Всякій, имѣвшій дѣло съ дѣтьми, знаетъ, какъ иногда трудно бываетъ заставить ребенка дать себя изслѣдовать и вмѣстѣ съ тѣмъ остаться его пріятелемъ. Автору этихъ строкъ не разъ приходилось слышать выраженія искренняго сожалѣнія отъ многихъ, съ кѣмъ Вл. Вл. приходилось сталкиваться, какъ врачу, сначала о болѣзни, а затѣмъ о смерти покойнаго товарища — друга дѣтей.

А хорошими отзывами публика такъ рѣдко балуетъ врачей. Дѣти дѣйстви- тельно любили своего доктора, не разъ помогавшаго имъ бороться съ налетающими на нихъ злыми недугами. Трогательно было видѣть маленькихъ его пациентовъ, при- ходившихъ на панихину помолиться за своего «Чернаго доктора».

Покойный товарищъ не отличался крѣпкимъ здоровьемъ, да и плохо бе- реть его.

За послѣднюю зиму часто приходилось слышать, что онъ чувствуетъ сильную слабость и одышку, хотя какъ будто ничего не болитъ.

Не смотря на болѣзнь, Вл. Вл., хоть черезъ силу, продолжалъ посѣщать свою любимую клинику, пока все усиливающийся и изнуряющій недугъ не заставилъ лечь въ постель и не позволялъ оставлять ее даже на нѣсколько минутъ. Съ тяжелымъ чувствомъ провожали мы своего товарища на югъ, въ Ялту, сознавая, что едва ли придется еще намъ видѣться. Дѣйствительно роковой конецъ былъ уже близокъ, и спустя немного дней по отъѣздѣ пришла печальная вѣсть, что Вл. Вл. 28 марта не стало.

Живущій братья! пошли же на прощанье
Умершему, что между нами смолкъ,
Привѣтъ любви

В. Зуевъ.



ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— Деканъ медицинскаго факультета Кіевскаго Университета намъ сообщаетъ, что медицинскій факультетъ Императорскаго Университета Св. Владимира, согласно § 100 Университетскаго устава, объявляетъ конкурсъ на вакантную кафедру хирургіи съ госпитальной клиникой. Желающіе конкурировать на занятіе означенной кафедры должны удовлетворять § 99 устава Императорскихъ Россійскихъ Университетовъ и представить декану медицинскаго факультета въ трехмѣсячный срокъ со дня сего объявленія, т. е. не позднее 16 Іюня сего 1902 года: 1) заявленіе о желаніи занять кафедру, 2) свои ученые труды и 3) свою автобіографію (*curriculum vitae*).

— Изъ Берлина намъ сообщаютъ, что въ лѣтнемъ семестрѣ 1902 г. въ Русскомъ Институтѣ для Медицинскихъ Консультаций въ Берлинѣ будутъ читаться спеціально для русскихъ врачей безплатныя лекціи:

I. Prof. Dr. Voas. Ueber habituelle Obstipation und deren Behandlung, 16 мая н. ст.

II. Prof. Dr. A. Baginsky. Ueber Säuglingsernährung, 23 мая н. ст.

III Prof. Dr. Landau. Zur Pathologie und Therapie der Uterusmyome und Bemerkungen zur Diagnose maligner Tumoren der weiblichen Genitalien. Съ демонстраціями, 30 мая н. ст.

IV. Prof. Dr. O. Lassar. Die Therapie der entzündlichen Hautkrankheiten. Съ демонстраціями, 6 іюня н. ст.

V. Prof. Dr. Ewald. Die Therapie der Magenkrankheiten, 13 іюня н. ст.

VI. Prof. Dr. E. v. Leyden. Allgem. Therapie der Herzkrankheiten, 20 іюня н. ст.

VII. Prof. Dr. A. Eulenburg. Sexuale Neurasthenie, 27 іюня н. ст.

VIII. Prof. Dr. B. Baginsky, Die Fremdkörper des Ohres und ihre Behandlung, 4 іюля н. ст.

IX. Prof. Dr. Mendel. Ueber epileptische Psychosen 11 іюля н. ст.

X. Prof. Dr. V. Bergmann. Ueber die erste chirurgische Hülfe bei Verletzungen (по русски). 18 июля н. ст.

XI. Проф. И. В. Заблудовскій. Ueber die Therapie der impotentia virilis (по русски). 25 июля н. ст.

XII. Prof. Dr. Rosner. Ueber Urethroskopie und Kystoskopie. Съ демонстраціями. 1 августа н. ст.

Просятъ желающихъ принять участіе своевременно сдѣлать объ этомъ заявленіе въ Институтъ.

Цѣль Русскаго Института для медицинскихъ совѣщаній оказывать содѣйствіе всѣмъ пріѣзжающимъ изъ Россіи больнымъ въ Берлинъ получать совѣтъ у мѣстныхъ профессоровъ. Русскіе врачи Института сопровождаютъ больныхъ къ соответствующимъ специалистамъ - профессорамъ и участвуютъ въ совѣщаніяхъ. Желательно, чтобы больные имѣли отъ своихъ врачей хотя бы краткія исторіи болѣзни.

Пріемомъ больныхъ завѣдуетъ Д-ръ мед. С. Г. Диллявскій и врачъ В. Гр. Вальтеръ (Харьковъ).

Врачи изъ Россіи, пріѣзжающіе въ Берлинъ съ цѣлью научнаго и практическаго усовершенствованія, встрѣтятъ въ Институтѣ товарищеское гостепріимство, совѣтъ и содѣйствіе.

При Институтѣ имѣется химико-микроскопическая лабораторія подъ завѣдываніемъ д-ра мед. Weissbein'a

— Д-ра медицины П. П. Заболотновъ и В. В. Николаевъ медицинскимъ факультетомъ Казанскаго Университета удостоены званія приватъ-доцентовъ, первый по кафедрѣ патологической анатоміи, второй по кафедрѣ фармакологіи.