

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. НАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ VII

ІЮЛЬ-АВГУСТЪ.

1907 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1907.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Трофическія разстройства кожи и слизистыхъ оболочекъ у истеричной ¹⁾.

(Изъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго университета. Директоръ — проф. Л. О. Даркшевичъ).

(Съ таблицей рисунковъ)

Д-ра мед. А. Ѳаворскаго.

Область трофическихъ разстройствъ представляется до сихъ поръ мало изслѣдованною, въ особенности въ смыслѣ механизма ихъ происхожденія. Клиническія наблюденія съ несомнѣнностью только указываютъ, что при различныхъ заболѣваніяхъ нервной системы, какъ периферическаго ея отдѣла, такъ и центральнаго, нерѣдко встрѣчаются пораженія кожи, мышцъ и даже костей. При этомъ такія страданія нервной системы далеко не всегда имѣютъ основу органическую. Иногда мы должны отнести ихъ къ страданіямъ динамическимъ. Какъ на примѣръ органическаго пораженія нервной системы, дающаго въ результатѣ трофическія разстройства, можно указать на сириноміэлію и невриты. Яркимъ же доказательствомъ существованія трофическихъ разстройствъ при динамическомъ страданіи нервной системы являются трофическія разстройства кожи при различнаго рода невралгіяхъ и неврозахъ.

Намъ въ клиникѣ представился случай наблюдать истеричку, у которой явленія на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ были настолько интересными, что заслуживаютъ быть отмѣченными. Къ описанію этой больной я и перейду.

Больная Г., дѣвица, 16 лѣтъ, грамотная, была прислана 13-го октября 1898 года въ мѣстную нервную клинику изъ терапевтической клиники съ подозрѣніемъ на микседему.

Больная жаловалась на общую слабость, головную боль, отечность лица, шеи и верхней части груди и чувство скованности во

¹⁾ Доложено въ научномъ собраніи врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета, 5-го Марта 1903 года.

всѣхъ членахъ. Изъ разспроса больной было выяснено, что въ семьѣ ея никакихъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній не было. Отецъ умеръ послѣ продолжительной болѣзни (какой—неизвѣстно). Мать жива, но, очевидно, женщина нѣсколько нервная. Въ семьѣ больной было 12 человекъ дѣтей, изъ которыхъ наша больная по счету была 10-ю. Въ живыхъ изъ нихъ осталось семеро, остальные умерли въ возрастѣ отъ 7 до 20 лѣтъ. Указаній на туберкулезъ, сифилисъ и алкоголизмъ въ семьѣ нѣтъ. Г. до настоящаго заболѣванія ничѣмъ не страдала, въ дѣтствѣ судорогъ и припадковъ никакихъ не было. Она, по ея словамъ, *virgo intacta*, появленіе первыхъ регулъ отмѣчаетъ на 15-мъ году, причемъ никакихъ ненормальностей въ теченіи ихъ не было.

Начало своей болѣзни Г. относитъ къ январю 1897 года. Она рассказываетъ, что, проснувшись какъ-то утромъ, она замѣтила, что верхнія вѣки очень сильно распухли, а черезъ два дня появилась синева-красная окраска ихъ, которая постепенно становилась все выраженнѣе. Передъ этимъ злополучнымъ днемъ у больной не было никакихъ непріятностей или сильныхъ огорченій, а равно и простуды. Такъ дѣло обстояло до августа 1897 года, когда отекъ распространился съ вѣкъ по всему лицу и приобрѣлъ такую же окраску, какъ и на вѣкахъ. Съ этого времени начинаются головныя боли. Она обратилась послѣ этого за врачебною помощью въ мѣстную больницу, гдѣ ей были назначены теплыя ванны. Послѣ четырехъ ваннъ наступило какъ бы улучшеніе, но послѣ слѣдующихъ двухъ отеки лица снова усилились, самочувствіе ухудшилось, появилась слабость во всемъ тѣлѣ. Въ такомъ состояніи больная и выписалась изъ больницы; а черезъ два дня послѣ этого у нея отекали шея, грудь и руки. Цвѣтъ отека на груди и шеѣ тоже сталъ скорѣе синева-краснымъ. На рукахъ же этой окраски не было. Затѣмъ, появляется затрудненіе при разгибаніи рукъ въ локтевыхъ суставахъ. Г. должна была слезъ въ постель. Головныя боли становятся очень мучительными, но не сопровождаются ни тошнотою, ни рвотою; тѣмъ не менѣе болѣе на отечныхъ мѣстахъ больная никогда не замѣчаетъ. Ноги въ это время не отекали. Послѣ шестинедѣльнаго пребыванія въ постели Г. стала чувствовать себя крѣпче, начала ходить; головныя боли почти исчезли; отекъ рукъ уменьшился, на лицѣ же, шеѣ и груди оставался въ прежнемъ видѣ и степени. За все это время больная не лечилась, а только, слѣдуя совѣтамъ окружающихъ, часто парилась въ банѣ, чему и приписывала наступившее улучшеніе, которое и длилось до 1-го февраля 1898 года. Тутъ снова безъ всякаго видимаго повода, какъ и при возникновеніи болѣзни, больная почувствовала ухудшеніе: появились сильныя головныя боли, пол-

ный упадокъ силъ при прежнихъ явленіяхъ отека. Больная опять слегла въ постель. Въ это время на спинѣ появились красныя пятна величиною до серебрянаго рубля; пятна эти, просуществовавъ два мѣсяца, исчезли безъ всякаго терапевтическаго вмѣшательства. Послѣ вторичнаго обостренія болѣзни колебалась: временами являлось хорошее самочувствіе, отеки уменьшались, а равно уменьшались головныя боли, и больная оставляла постель; временами же наступало опять ухудшеніе и больная снова ложилась въ постель. Въ сентябрѣ 1898 года послѣ испуга (кошка неожиданно для больной вскочила ей на колѣни), у Г. сразу отекли обѣ ноги; отекъ продержался нѣсколько часовъ и исчезъ безслѣдно.

Status praesens. 25/x. 1898. При осмотрѣ больной все тѣло ея представляется отечнымъ, что особенно замѣтно на лицѣ, которое сильно одутловато и, кромѣ того, обезображено на лѣвой сторонѣ увеличенными лимфатическими железами, лежащими впереди уха и на шеѣ, начиная отъ края нижней челюсти и почти до ключицы. Железы эти при ощупываніи тверды и болѣзненны, кожа надъ ними напряжена, но красноты не видно. При давленіи отечныхъ мѣстъ слѣда въ видѣ углубленія не остается. Кожа на этихъ мѣстахъ блестяща и лоснится. Особенно бросается въ глаза своеобразная голубоватая окраска всего лица, шеи, верхней части груди и спины до линіи, проходящей сзади черезъ середину лопатокъ и спереди черезъ середину грудей. Такая же окраска распространяется и на кожу плечевыхъ костей, и тыльную поверхность пястнофаланговыхъ и фаланговыхъ суставовъ руки, и ладонную поверхность лѣваго предплечья. На щекахъ же и вѣкахъ голубой цвѣтъ становится сине-багровымъ. Окраска эта переходитъ въ нормальную не рѣзко, причемъ граница перехода имѣетъ языкообразный видъ. Помимо того, на измѣненныхъ участкахъ кожи, на основномъ голубоватомъ фонѣ, разбросаны безъ всякаго порядка и симметріи ограниченныя, синеваatokрасныя пятна величиною отъ просаго зерна и до серебряннаго пятачка. Пятна эти на нѣкоторыхъ мѣстахъ, какъ напримѣръ, на нижней части верхняго лѣваго вѣка, около рѣсницъ, имѣютъ видъ выступившихъ капель крови, величиною съ булавочную головку, чернаго цвѣта. Между этими каплями крови вены кожи представляются на ограниченномъ пространствѣ расширенными. Такое же расширеніе венъ въ различныхъ степеняхъ замѣчается и въ остальныхъ вышеупомянутыхъ красныхъ пятнахъ. Подъ давленіемъ пальца окрашенныя мѣста кожи становятся блѣдными, а красныя пятна совершенно исчезаютъ. Если сдавливать пальцемъ тѣ мѣста, гдѣ имѣются такія петехіи, отъ периферіи къ центру, то петехіи сильно блѣднѣютъ; а если сдавливать отъ центра къ периферіи, то онѣ по окраскѣ становятся интенсивнѣе.

Въ области плечевой кости кожа слегка шелушится, а также и на окрашенных мѣстахъ фаланговыхъ суставовъ, гдѣ упомянутыя пятна походятъ на бляшки. По направленію *nervi tibialis postici sinistri* имѣется на нормальной по цвѣту кожѣ рядъ шелушащихся пятенъ краснаго цвѣта съ синеватымъ оттѣнкомъ, характера отчасти розеолъ, а отчасти и папулъ. Кромѣ того, на правой тыльной поверхности кисти имѣется бѣлое пятно, рѣзко ограниченное, величиною съ серебряный пятакъ. Всѣ описанныя пятна не обнаруживаютъ боли, но иногда въ нихъ бываетъ зудъ.

На ощупь кожа окрашенныхъ участковъ представляется нѣсколько болѣе теплою по сравненію съ неокрашенною. Измѣреніе кожной температуры посредствомъ термометра *Immisch'a* показало, что на окрашенныхъ мѣстахъ она равнялась 30° — $31\frac{3}{5}^{\circ}$; а на неокрашенныхъ $28\frac{2}{5}$ до 30 . Имѣются явленія бѣлаго дермографизма, ясно выраженнаго. На мѣстахъ перехода дужекъ въ мягкое небо видны аналогичныя кожныя красноватыя пятна, состоящія изъ расширенныхъ венъ.

Мускулатура у больной въ общемъ развита удовлетворительно, за исключеніемъ *m. bicipitis dex.*, который представляется нѣсколько похудѣвшимъ.

Костный скелетъ развитъ удовлетворительно. На мѣстѣ соединенія 2-го ребра съ грудиною на обѣихъ сторонахъ можно констатировать періоститъ, справа выраженный рѣзче. Позвоночникъ не искривленъ, при постукиваніи безболѣзненъ. Періоститовъ на голеняхъ нѣтъ.

Со стороны нервной системы было обнаружено слѣдующее. Черепные нервы въ порядкѣ. Активные движенія рукъ въ плечевомъ сочлененіи по объему нормальны, по силѣ же вслѣдствіе общей слабости больной нѣсколько ослаблены. Въ локтевомъ сочлененіи сгибаніе и разгибаніе ограничены активно и пассивно вслѣдствіе появляющихся при этомъ болей въ сгибателяхъ. Въ правомъ лучезапястномъ сочлененіи разгибаніе и сгибаніе активно и пассивно ограничены по той же причинѣ. Въ остальныхъ суставахъ движенія по объему въ предѣлахъ нормы. Сила правой руки по динамометру равна 6 kilo., лѣвой 12 kilo. Типъ дыханія грудной. Движенія туловища во всѣхъ направленіяхъ по объему нормальны, а по силѣ нѣсколько ослаблены. Движенія активныя и пассивныя въ тазобедренныхъ суставахъ ограничены нѣсколько вслѣдствіе появляющихся при этомъ болей въ нижнемъ отдѣлѣ четырехглаваго мускула. Всѣ движенія въ остальныхъ суставахъ ногъ по объему нормальны, по силѣ же нѣсколько ослаблены вслѣдствіе общей слабости больной. Координація движеній не нарушена. Разстройства походки нѣтъ. Имѣется легкое трясеніе пальцевъ обѣихъ рукъ. Судорогъ нѣтъ. Божные рефлексы подмышечной впадины, живота, стопы

и лопаточный отсутствуют. Рефлексы съ слизистых оболочек носа, глаза и зѣва нормальны. Сухожильные рефлексы верхних конечностей въ предѣлахъ нормы. Колѣнные рефлексы оживлены. Рефлексъ съ ахиллова сухожиля имѣется, но клонуса стопы нѣтъ. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномерно расширены, на свѣтъ и конвергенцію реагируютъ хорошо. Острота, поле зрѣнія и состояніе глазного дна, по изслѣдованію проф. Е. В. Адамюка, а равно слухъ, вкусъ и обоняніе уклоненій отъ нормы не представляютъ. Болевое чувство разстроено: на верхней части груди, начиная отъ середины маммае, идя вверхъ, задѣвая попутно область плечевыхъ суставовъ, лице, волосистую часть головы и переходя на спину до линіи, раздѣляющей лопатки пополамъ, имѣется ясно выраженная гиперѣстезія. На правомъ предплечьѣ также замѣчается ампутаціонная гиперѣстезія. На бляшкахъ въ области фаланговыхъ сочлененій и на тыльной поверхности первыхъ фалангъ обѣихъ рукъ—анѣстезія. На остальныхъ мѣстахъ болевое чувство нормально. Тактильное чувство на мѣстахъ бляшекъ и на тыльной поверхности первыхъ фалангъ обѣихъ рукъ понижено. „Мышечное“ чувство, температурное и чувство давленія сохранены.

Изслѣдованіе кожной электровозбудимости показало, что замедленія проводимости тока нѣтъ. На мѣстахъ съ измѣненными покровами при раздраженіи фарадическимъ токомъ первое ощущеніе получалось при 100 mm., а ощущеніе боли—при 90 mm.; на остальныхъ же мѣстахъ первое ощущеніе получалось при 85 mm., а болевое при 70 mm. Изслѣдованіе мышечной электровозбудимости уклоненій отъ нормы не обнаружило.

Со стороны внутреннихъ органовъ найдено: легкія вполне нормальны; пульсъ равенъ 62 въ минуту, съ небольшой аритміей въ частотѣ. По изслѣдованію проф. С. В. Левашова, правое сердце у больной слегка гипертрофировано, имѣется легкій систолическій шумъ у верхушки, акцентъ на *arteria pulmonalis*. Моча бѣлка и сахара не содержитъ; суточное количество равнялось 920 к.с.

Температура тѣла 37,3 С. Настроеніе духа угнетенное; психика нормальна.

Больная находилась подъ нашимъ наблюденіемъ по 6-е марта 1899 года, т. е. въ теченіе почти 5-ти мѣсцевъ. Теченіе болѣзни представляется настолько интереснымъ, что я считаю необходимымъ привести нѣкоторые выдержки изъ него.

20 октября 98 г. При визитациі у больной сдѣлался истерическій припадокъ съ крикомъ и плачемъ, но безъ судорогъ.

31. Лице менѣе отечно. Глаза открываются больше.

4 ноября. На кожѣ лба появились такія же quasi-петехіи, какъ и на вѣкахъ. Сыпь на правой ногѣ стала блѣднѣе и болѣе пигментированной.

7. На правой рукѣ, на внутренней поверхности предплечья появились двѣ бляшки.

10. На тыльной поверхности большого пальца правой руки появилась бляшка величиною въ пятнадцатикопѣечную монету, состоящая изъ круга папулъ величиною съ чечевицу. Въ серединѣ круга кожа почти нормальна и не содержитъ папулъ. Бляшка очень напоминаетъ herpes tonsurans или eczema marginata (см. рис. 2). Она не зудитъ.

13. Въ центрѣ бляшки появились папулы.

16. Папулы, составляющія бляшку, стали гораздо блѣднѣе, а въ особенности въ центрѣ. Онѣ болѣе расплывчаты. На лѣвой дужкѣ появилось бѣлое пятно. Красноты на дужкахъ нѣтъ. Ощущаетъ большое напряженіе въ покровахъ носа.

19. Бляшка на большомъ пальцѣ правой руки поблѣднѣла и совершенно потеряла свои очертанія. Эффлоресценціи стали разбросанными.

23. Въ 11 ч. дня и вечеромъ было кровотеченіе изъ носу. На мѣстѣ перехода правой дужки въ мягкое небо появилось ограниченное расширеніе сосудовъ, какое замѣчается на кожѣ пальцевъ рукъ.

25. Появилась капля крови на верхнемъ правомъ вѣкѣ.

26. Окраска лица и груди стала болѣе блѣдной. Бляшка на большомъ пальцѣ правой руки совсѣмъ поблѣднѣла.

27. Пятна на пястнофаланговомъ суставѣ V пальца совсѣмъ поблѣднѣли.

29. Появилась петехія на верхней губѣ.

30. Пятно на пястнофаланговомъ суставѣ правой руки очень поблѣднѣло.

2 декабря Петехія на верхней губѣ стала значительно блѣднѣе. Плохое общее самочувствіе, какъ передъ истерическимъ припадкомъ.

18. На правомъ среднемъ пальцѣ руки появился кровоподтекъ. Въ области 3-й фаланги безымяннаго пальца, на тыльной сторонѣ, около ногтя, кровоподтекъ, величиною съ горошину. Передъ появленіемъ ихъ были боли, какъ при созрѣваніи нарыва.

28. Сильный судорожный истерическій припадокъ, продолжавшійся въ теченіе часа.

16 января 99 г. На лбу появилось много красныхъ quasi-петехій.

20. Распухла верхняя губа. Истерическій припадокъ.

21. На концахъ пальцевъ рукъ выступают капли свѣтло-желтой блестящей жидкости, съ кислой реакціей.

27. Сыпь на правой ногѣ по направленію n. tibialis postici почти исчезла, оставивъ маленькія бурыя чешуйки. Пульсъ 80, съ аритміей.

28. Сильная аритмія пульса. На верхней губѣ появились поперечныя трещины.

1-го февраля. 2 раза шла изъ носу кровь. Указательный палецъ правой руки отеченъ и при давленіи болѣзненъ.

2. На лѣвомъ ухѣ, на внутренней поверхности раковины вчера появились какъ бы двѣ язвочки, неправильно круглаго очертанія, съ слегка желтоватымъ дномъ. Сегодня онѣ покрыты блестящей красновато-желтой коростой. На краю раковины появилась трещина, изъ которой выдѣлялась свѣтлая жидкость. Реакція отдѣляемаго ясно щелочная. На верхнихъ вѣкахъ quasi-петехіи почти исчезли; онѣ остаются въ незначительномъ количествѣ на лѣвомъ вѣкѣ.

5. Ночью 2 раза шла сильно кровь изъ носа.

6. Конъюнктивы глазъ гиперемированы, ломота въ глазахъ. На лѣвомъ вѣкѣ опять появились мелкія красныя петехіи.

8. Ночью сильное кровотеченіе изъ носа.

10. Носовое кровотеченіе.

12. Правая рука въ кисти и предплечьѣ нѣсколько покраснѣла, болѣзненна при давленіи и на ощупь теплѣе лѣвой руки. Кровотеченіе изъ носа.

13. Язвочки на правомъ ухѣ исчезаютъ.

18. Истерическій судорожный припадокъ.

20. Кровотеченіе носовое.

25. Больная выписалась изъ клиники.

По полученнымъ мною свѣдѣніямъ отъ сестры нашей больной, спустя 1½ года со времени выписки всѣ вышеописанныя явленія у больной постепенно исчезли будто-бы подъ вліяніемъ даннаго ей врачомъ какого-то лѣкарства.

Представленная исторія болѣзни и теченіе ея даютъ намъ возможность резюмировать клиническую картину въ главныхъ ея симптомахъ слѣдующимъ образомъ. У больной были наблюдаемы

1. Отечное состояніе подкожной влѣгчатки верхней части груди, спины и лица съ синеватымъ оттѣнкомъ.

2. Различной окраски и разнообразной величины эффлоресценции на кожѣ и слизистой оболочкѣ зѣва, иногда очень быстро появляющіяся и не подходящія ни подъ одинъ изъ извѣстныхъ доселѣ типовъ эффлоресценцій при самостоятельномъ заболѣваніи кожи (проф. А. Ге). Кромѣ того, пятна эти на нѣкоторыхъ мѣстахъ есть ничто иное, какъ вышедшая на поверхность кожи запекавшаяся кровь, а на другихъ они представляютъ только рѣзко ограниченное расширение подкожныхъ венъ. Иногда эти пятна имѣютъ видъ рѣзко ограниченныхъ мѣстъ кожи, очень анэмичныхъ и даже какъ-бы лишенныхъ пигмента; на иныхъ же мѣстахъ они являются настоящими экхимозами. Эти эффлоресценціи появлялись у больной или послѣ предварительнаго зуда мѣста ихъ расположенія или даже послѣ сильной боли, похожей на боль при созрѣваніи нарыва. Чаще же эти кожные явленія развивались безъ всякаго предварительнаго ощущенія, были для больной неожиданны и открывались только наблюдающимъ врачомъ. Продолжительность существованія этихъ эффлоресценцій была различна. Однѣ держались все время нашего наблюденія, другія быстро появлялись и такъ-же быстро исчезали. Огромная часть оставшихся эффлоресценцій претерпѣвала измѣненія въ цвѣтѣ.

3. Появленіе на кожѣ трещинъ, изъ которыхъ выдѣлялась соломенно-желтаго цвѣта жидкость, не содержащая никакихъ форменныхъ элементовъ, щелочной, а иногда и кислой реакціи. Появленіе этихъ выдѣленій не сопровождалось никакими субъективными ощущеніями. На иныхъ мѣстахъ выдѣленіе упомянутой жидкости происходило безъ предварительнаго образованія на кожѣ трещинъ.

4. Носовыя кровотечения, не отличавшіяся упорствомъ и остававшіяся или отъ примѣненія холодной воды или внезапно, сами собою.

5. Гиперѣстезіи и анестезіи пораженныхъ участковъ кожи.

6. Судорожные припадки истерическаго характера, угнетенное настроеніе духа, головныя боли, головокруженія.

7. *Lymphadenitis cervicalis*.

8. Полное исчезновеніе всѣхъ этихъ симптомовъ, спустя нѣкоторое время послѣ начала заболѣванія.

При первомъ нашемъ знакомствѣ съ больной мы не могли безъ дальнѣйшаго наблюденія, вполне отвергнуть подозрѣніе терапевтической клиники на счетъ существованія у нея микседемы. Правда, съ этимъ предположеніемъ не гармонировало нѣсколько отсутствіе психической вялости, наличность у больной по-

тливости кожи на отечныхъ мѣстахъ, наличность кровоподтековъ и своеобразной окраски кожи. Тѣмъ не менѣ мы назначили ей внутрь thyreoidin Wiht'a по 0,06 на приемъ, сначала одинъ разъ въ день, а потомъ два раза. Приемы thyreoidin'a продолжались въ теченіе 2-хъ недѣль. Однако, за это время отечное состояніе нисколько не показывало наклонности къ уменьшенію, самочувствіе больной не улучшилось, наоборотъ, появились истерическіе припадки. Пульсъ сначала поднялся до 78, а затѣмъ опять упалъ до 68. Аритмія продолжалась попрежнему. Въ виду всего этого мы принуждены были здѣсь отказаться отъ діагностики микседемы и thyreoidin былъ отмѣненъ.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ симптомовъ болѣе всего обращали наше вниманіе трофическія разстройства. Съ чѣмъ мы ихъ должны связывать? Существованіе у нашей больной частыхъ носовыхъ кровотеченій въ связи съ появленіемъ на тѣлѣ кровоподтековъ могло бы на первый взглядъ заставить насъ призвать здѣсь наличность гемофиліи, хотя бы въ такъ называемой зачаточной формѣ. Но, не говоря уже о томъ, что у нашей больной наблюдалось, кромѣ кровотеченій и кровоподтековъ и такія кожныя мѣстныя явленія, какъ рѣзко ограниченныя расширенія кожныхъ сосудовъ или, наоборотъ, ихъ спазмъ, что при гемофиліи обычно не встрѣчается, самый характеръ кровотеченій у нашей больной не патогномониченъ для гемофиліи. Чтобы разсѣять наши сомнѣнія, обратимся къ ученію о гемофиліи. Вотъ что говоритъ Immermann ¹⁾ о кровоточивости: „то упорство, съ которымъ держится всякое отъ какой бы то ни было причины происшедшее кровотеченіе, составляетъ вмѣстѣ съ моментальнымъ обиліемъ изливающейся крови главнѣйшую и въ то же время патогномоническую особенность кровоточиваго діатеза“. Сказаннаго, по моему мнѣнію, достаточно, чтобы совершенно отвергнуть существованіе у нашей больной кровоточивости, такъ какъ кровотеченія у нея совсѣмъ не имѣли упорнаго характера и останавливались отъ холодной воды или сами собою, внезапно.

Изъ наблюденій надъ больной, какъ я уже упомянулъ выше, мы убѣдились между прочимъ въ существованіи у нея несомнѣнной истеріи. Посмотримъ теперь, нельзя-ли трофическія разстройства нашей пациентки отнести на счетъ истеріи. Если мы обратимся къ литературѣ, то въ ней найдемъ немалое количество наблюденій, свидѣтельствующихъ, что при истеріи нерѣдко встрѣ-

¹⁾ Immermann. Руководство къ частной патологіи и терапіи. Цимсенъ. Петербургъ, 1881 г., стр. 268. Т. XIII, часть II.

чаются разнообразныя трофическія разстройства. Въ 1882 году Quincke¹⁾ описалъ встрѣчающійся между прочимъ и при истеріи слѣдующій комплексъ трофическихъ симптомовъ: въ кожѣ и под-кожной клѣтчаткѣ появляются ограниченныя отечныя мѣста величиною отъ 2 до 10 сант. Отекомъ поражаются конечности, а равно, туловище и лице. Часто поражаются отекомъ цѣлыя части тѣла, напр. предплечье. Отечныя припуханія не имѣютъ рѣзкихъ границъ. Окраска кожи на такихъ мѣстахъ представляется въ однихъ случаяхъ нѣсколько блѣднѣе нормальной, а въ другихъ краснѣе. При этомъ въ кожѣ существуетъ нѣкоторое напряженіе и зудъ. Одновременно съ кожей могутъ быть поражены слизистыя оболочки губъ, щекъ, гортани, глотки, кишки и желудка. Опуханія появляются и исчезаютъ быстро, въ теченіе часовъ, самое большее въ теченіе дня, но очень часто рецидивируютъ. Страданіе это по своему теченію приближается къ urticaria. Нѣкоторые авторы (Riehl²⁾ и Forssberg³⁾ наблюдали на отечныхъ мѣстахъ маленькіе пузыри. Другіе наблюдатели (Schlesinger, Ormerod, Cuntz, Strübing, Jamieson)⁴⁾ отмѣчали появленіе кровоизліяній, благодаря чему окраска кожи представлялась розоватой или розовато красной.

Описанныя измѣненія близко подходятъ къ тѣмъ, которыя имѣются у нашей больной, но съ другой стороны они представляютъ разницу въ теченіи: у нашей больной отекъ, разъ появившись, не исчезалъ быстро, а держался сравнительно стойко. Затѣмъ, въ нашемъ случаѣ наблюдаются своеобразныя ограниченныя расширенія подкожныхъ сосудовъ или, наоборотъ, спазмъ ихъ, чего при такъ называемомъ ограниченномъ остромъ отеѣ не наблюдается.

Ближе всего трофическія измѣненія у нашей больной под-ходятъ подъ страданіе, которое было еще отмѣчено въ 1799 году Sydenham'омъ⁵⁾, затѣмъ, въ 1880 году Damaschino⁶⁾, въ 1883 году Fabre⁷⁾, въ 1884 г. Weir Mitchell⁸⁾ и, наконецъ, въ 1889 г. Charcot⁹⁾, и извѣстно подъ именемъ

¹⁾ Quincke. Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Richard Cassirer. Berlin, 1901 г., S. 462.

²⁾ Riehl. Ueber acutes umschriebene Oedem d. Haut. Wiener med. Presse, 1888, 11—13. Цитировано по Cassirer, S. 478.

³⁾ Forssberg. Hygiea, 1892, Januar. Цитировано ibidem.

⁴⁾ Цитировано по Cassirer.

⁵⁾ Médecine pratique de Sydenham avec notes, par feu M. A. Jualt., nouv. édit., 5-e partie. Avignon, an VIII, 1799, p. 479. Цитиров. по Athanassio. These pour le doctorat en médecine. Paris, 1890 г., p. 142.

⁶⁾, ⁷⁾, ⁸⁾, ⁹⁾, Цитиров. по Athanassio, p. 143.

истерического отека. Charcot и его ученики (Gilles de la Turrette, Dutil, Voix ¹⁾) на основаніи своихъ многочисленныхъ наблюденій дали довольно подробное описаніе клинической картины этого отека. Отекъ этотъ поражаетъ ту или иную часть тѣла и бываетъ подчасъ выраженъ очень сильно. На ощупь пораженная часть тѣла при немъ тверда. Подъ давленіемъ пальца иногда остается слѣдъ въ видѣ ямки, которая, спустя нѣкоторое время, исчезаетъ. Окраска покрововъ отечнаго мѣста большею частью принимаетъ цвѣтъ голубоватый, почему Charcot и далъ ему названіе „oedeme bleu“, названіе, нерѣдко употребляющееся и теперь, какъ синонимъ истерического отека, что едвали вѣрно, такъ какъ „oedeme bleu“ наблюдается и при органическихъ заболѣваніяхъ нервной системы. Однако, нерѣдко цвѣтъ отечнаго мѣста бываетъ или розовый или даже красный. На этомъ основномъ фонѣ часто встрѣчаются бляшки темно-синяго или бѣлаго цвѣта, что придаетъ пораженной отекомъ части тѣла мраморный видъ. Переходъ пораженной части тѣла изъ одного положенія въ другое (изъ горизонтальнаго въ вертикальное или наоборотъ) не вліяетъ на степень отечности. Температура кожная на мѣстѣ отека бываетъ или пониженной, или повышенной. Часто на отечныхъ мѣстахъ появляются внезапно самопроизвольные экхимозы или красныя папулы, что еще больше пестритъ и безъ того нерѣдко мраморный видъ отечной части тѣла. Отекъ появляется обыкновенно очень быстро, на протяженіи нѣсколькихъ часовъ и представляетъ въ силѣ своей и окраскѣ постоянныя колебанія даже въ теченіе дня. Появленіе его часто не сопровождается никакими субъективными ощущеніями. Иногда же предварительно замѣчаются въ мѣстѣ отека боли или зудъ, или чувство полноты. Въ особенности беспокоятъ больныхъ боли тогда, когда на отечной части появляются произвольныя кровоизліянія. Отекъ держится болѣе или менѣе продолжительное время—до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Онъ обычно встрѣчается на ряду съ другими истерическими симптомами. Что касается патогенеза страданія, то, по мнѣнію Charcot, здѣсь происходитъ параличъ вазоконстрикторовъ, благодаря чему происходитъ застой крови, а отсюда пропотѣваніе крови въ подкожную клетчатку.

Если мы сравнимъ теперь клиническую картину нашей больной съ описаннымъ отекомъ, то должны согласиться, что здѣсь можно говорить о сходствѣ. На самомъ дѣлѣ, мы имѣемъ у на-

¹⁾ Voix. Contribution à l'étude de l'oedeme bleu hysterique. Nouvelle iconographie, 1889 г., p. 65.

шей больной острое начало отека и хроническое теченіе его; отечныя мѣста окрашены въ голубоватый цвѣтъ, тверды при пальпаціи и содержатъ кровоизліянія; наконецъ, у больной существуютъ судорожныя истерическіе припадки. Такое сходство позволяетъ намъ отнести этотъ отекъ у нашей больной къ истерическому. Однако, здѣсь мы должны отмѣтить, что въ нашемъ случаѣ отсутствуетъ наклонность къ рѣзкимъ колебаніямъ отека. Но имѣемъ-ли мы право ставить этотъ недочетъ въ противовѣсъ нашей діагностики? По крайней мѣрѣ изъ наблюденій надъ истеричными больными мы знаемъ, что у нихъ нѣкоторые симптомы могутъ держаться довольно стойко и не обнаруживаютъ характерныхъ колебаній.

Обратимся теперь къ разсмотрѣнію бляшекъ на тылѣ пальцевъ рукъ, сыпи по направленію *p. tibialis postici* и кровяныхъ точекъ на рѣсницахъ.

Какъ я уже упоминалъ выше, дерматологи не нашли возможнымъ признать ихъ за самостоятельное страданіе кожи. По ихъ мнѣнію, здѣсь должна итти рѣчь о нервномъ заболѣваніи кожи. Слѣдуя ихъ указаніямъ и имѣя въ виду, что наша больная страдаетъ ясно выраженнымъ нервнымъ заболѣваніемъ, именно истеріей, представляется интереснымъ выяснить, встрѣчаются-ли подобныя пораженія кожи при истеріи. Судя по тому литературному матеріалу, который имѣется у меня подъ рукой, я долженъ отвѣтить на поставленный вопросъ утвердительно. Роль нервной системы въ происхожденіи трофическихъ разстройствъ кожи была подмѣчена очень давно и съ несомнѣнностью была установлена трудами Gendrin'a, Chauffard, Caizergues, Magnus Huss, Parrot, Bourneville, Vulpian и, наконецъ, Charcot и его учениками, въ особенности Gilles de la Turrette, Legue, Babinski и др. Такіе видные дерматологи, какъ Karosi, Hebra, Leloir также своими наблюденіями подчеркнули большое значеніе нервной системы въ происхожденіи различнаго рода пораженій кожи. Насколько можетъ быть велико это вліяніе я приведу изъ литературы нѣсколько примѣровъ.

Florentinus Laudanus ¹⁾ сообщаетъ, что въ одномъ городѣ, взятомъ приступомъ, одна монахиня, попавшая въ руки необузданныхъ солдатъ, такъ сильно перепугалась, что у нея выступилъ кровавый потъ, отъ котораго она, по словамъ автора, и умерла.

¹⁾ Florentinus Laudanus. Цитировано по Мора.

М. Lordat ¹⁾ описываетъ одну проститутку, очень раздражительную, которая, будучи взята полиціей, пришла въ страшную ярость, причемъ у нея появились геморрагіи изъ носу и рта и сыпь въ видѣ пурпуровыхъ пятенъ, величиною съ дюймъ, покрывавшую все тѣло.

George-Tobie-Durrius ²⁾ описываетъ одного студента, который былъ посаженъ въ тюрьму за „одно ночное преступленіе“. Несчастный былъ такъ пораженъ этимъ обстоятельствомъ, что у него появился на груди, рукахъ (отъ плеча до кисти) кровавый потъ, прекратившійся только тогда, когда его освободили изъ тюрьмы.

По свидѣтельству Boitua и, Александръ Великій, видя, что онъ проигралъ сраженіе, что его войска ударились въ бѣгство, пришелъ въ такой гнѣвъ, что у него пошла обильно кровь изъ всего тѣла.

Въ „*éphémérides des curieux de la nature*“ можно найти примѣры кроваваго пота во время coitus'a.

Я не стану дальше приводить изъ литературы многочисленныхъ примѣровъ могучаго вліянія нервной системы на состояніе кожи, такъ какъ и вышеприведенное вполне, на мой взглядъ, доказываетъ его.

Изъ сказаннаго само собою вытекаетъ, что если извѣстное эмотивное состояніе можетъ вызывать рѣзкое нарушеніе отравленій кожи у лицъ съ сравнительно нормальнымъ состояніемъ нервной системы, то тѣмъ болѣе, конечно, оно возможно при заболеванияхъ нервной системы, какъ общаго такъ и мѣстнаго характера, какъ при органическомъ, такъ и при динамическомъ страданіи ея. Въ подтвержденіе этого положенія мы найдемъ не мало примѣровъ изъ литературы.

Такъ, Charcot ³⁾ въ одномъ изъ своихъ наблюденій (XXXV) отмѣчаетъ у молодой дѣвicy истерички, страдавшей истерическимъ отекомъ лѣвой ноги и правой задней половины груди, внезапное появленіе *rapules rouges*. Эти папулы развились на тыльной поверхности кисти вплоть до запястья и не сопровождались никакими субъективными ощущеніями. Спустя недѣлю, эти папулы исчезли.

Veillon ⁴⁾ описываетъ больную, имѣвшую всѣ стигматы истеріи, у которой въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ постоянно поя-

¹⁾ Lordat. *Traité des hemorrhagies*. Paris. 1808 г.

²⁾ Цитировано по Mora.

³⁾ Charcot. Цитировано по Athanassio, стр. 161.

⁴⁾ Veillon. *Troubles trophiques symétriques des mains et des avant-bras. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 201, 1892.

влялись на кожѣ кистей и предплечій обѣхъ рукъ на симметричныхъ мѣстахъ эффлоресценціи. Эти послѣднія развивались слѣдующимъ образомъ: на здоровой дотолѣ кожѣ, по словамъ больной, вдругъ показывалось маленькое красное пятно, на которомъ черезъ нѣсколько часовъ появлялась припухлость. При осмотрѣ ея врачемъ были, дѣйствительно, констатированы везикулезныя высыпанія, величиною съ чечевицу, имѣвшія въ центрѣ черноватую, вдавленную на подобіе пупка точку, и окруженныя краснымъ ореоломъ. Въ концѣ 4-го дня этотъ пузырь увеличивается, содержимое его дѣлается мутнымъ; въ концѣ концовъ онъ обращается въ пустулу покрытую желтоватой коростой. Если приподнять эту корочку, то мы найдемъ здѣсь нагноеніе. Края язвочки какъ бы разрѣзаны рѣзцомъ; дно покрыто гнойной бѣловато-желтоватой массой. Мало по малу язвочка заживаетъ и оставляетъ послѣ себя пигментированный рубецъ. Полная эволюція каждаго изъ этихъ элементовъ продолжается около мѣсяца. У этой больной можно было найти эффлоресценціи во всѣхъ періодахъ своего развитія. Онѣ были отдѣлены другъ отъ друга здоровой кожей. Субъективно больная ощущала въ моментъ появленія сыпи сильныя боли, гнѣздившіяся глубоко въ мускулахъ. Авторъ произвелъ бактериологическое изслѣдованіе содержимаго пузырей въ начальномъ ихъ періодѣ и въ позднѣйшемъ. Въ начальномъ періодѣ это изслѣдованіе дало отрицательный результатъ; а въ дальнѣйшемъ теченіи этихъ эффлоресценцій содержимое ихъ обнаруживало присутствіе обычныхъ бактерий гноя, что онъ относитъ ко вторичной инфекціи. Авторъ хотя и говоритъ, что эти высыпанія напоминаютъ болѣзнь, описанную Brocq'омъ подъ именемъ „симметрическихъ фолликулитовъ съ наклонностью ихъ къ рубцеванію“, но тѣмъ не менѣе въ виду существованія у больной истеріи считаетъ ихъ за высыпанія истерическаго характера, съ чѣмъ согласился Gilles de la Turette и Charcot, которымъ была эта больная показана. Для устраненія сомнѣнія, не было-ли здѣсь искусственнаго происхожденія этихъ эффлоресценцій Veillon говоритъ, что изслѣдованіе характера больной, ея образъ жизни, свѣдѣнія, собранныя отъ окружающихъ ее, дѣлаютъ подозрѣнія на этотъ счетъ мало вѣроятными.

Однако, по нашему мнѣнію, не смотря на ясное существованіе истеріи у описанной больной, мы должны съ нѣкоторою осторожностью отнести къ истерической натурѣ бывшихъ у нея эффлоресценцій, такъ какъ во-первыхъ изъ описанія автора не видно, чтобы онъ консультировалъ по поводу ихъ съ дерматологами, а во-вторыхъ надо принять къ свѣдѣнію, что здѣсь истерія могла существовать совмѣстно съ самостоятельнымъ пораженіемъ кожи.

Fere ¹⁾ описываетъ больную истеріей, у которой лѣвая грудная железа покрывалась маленькими красными пятнами, на подобіе скарлатинозной сыпи. Сыпь принимала затѣмъ видъ сплошной красноты и не распредѣлялась по направленію извѣстнаго нерва. Железа припухала, въ ней появлялось чувство жженія съ колющими болями. Черезъ нѣсколько минутъ всѣ эти явленія достигали своего апогея.

Lebrin ²⁾ въ своей диссертациі, написанной подъ руководствомъ проф. Leloir, приводитъ 7 наблюденій надъ vitiligo истерическаго происхожденія.

Каросі ³⁾ описываетъ 4 больныхъ истеріей, у которыхъ онъ наблюдалъ поражение кожи, названное имъ herpes zoster gangreneux hysterique. Этотъ zoster отличается отъ обыкновеннаго zoster своими постоянными рецидивами, причемъ сыпь распространялась по направленію тройничнаго нерва обѣихъ сторонъ. Форма эффоресценцій была такова, что Каросі назвалъ сыпь атипическимъ zoster'омъ. Частичный некрозъ эффоресценцій оправдываетъ наименованіе herpes'a гангренознымъ.

Къ сожалѣнію, я не могъ достать подробныхъ исторій болѣзни этихъ больныхъ; въ силу этого у меня является сомнѣніе, не имѣлъ-ли здѣсь Каросі кромѣ истеріи и невритъ, который нерѣдко сопровождается zoster'омъ.

При неврозахъ были наблюдаемы даже такія заболѣванія кожи, какъ pemphigus и пемфигинозные высыпанія. Такъ Mermet ⁴⁾ въ своей диссертациі опубликовалъ случай pemphigus при неврозахъ и душевныхъ разстройствахъ. Franck ⁵⁾ наблюдалъ pemphigus при истеріи. Martius, Schultze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hebra ⁶⁾ описываютъ случаи pemphigus'a истерическаго происхожденія.

¹⁾ Fere. Les douleurs hysteriques et la simulation. Rivista de Neurologia e Psychiatria. 1888, p. 131. Цитиров. по Athanassio, p. 15.

²⁾ Lebrin. Du vitiligo d'origine nerveuse. These de Lille, 1886 г.

³⁾ Каросі. Ueber atypischen zoster gangraenosus und zoster hystericus. Vierteljahreschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1889, H. 4. Цитиров. по Athanassio, p. 19

⁴⁾ Mermet. Цитировано по Athanassio, p. 24.

⁵⁾ Franck. Traité de médecine pratique. Paris, 1842 г. Цитиров. по Athanassio, p. 25.

⁶⁾ Martius, Schultze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hebra, ibidem.

Caizerques, изслѣдуя кожу истеричной больной послѣ припадка, замѣтилъ у нея маленькія пятна свѣтло-желтаго цвѣта, которыя, казалось, находились подъ эпидермисомъ и скоро исчезли.

Magnus Huss описываетъ дѣвушку, страдавшую большой истеріей, у которой во время сильныхъ истерическихъ припадковъ появлялись на всей лѣвой половинѣ тѣла, на туловищѣ и особенно вокругъ плеча экхимозы и сугилляціи. Они были вначалѣ краснаго цвѣта, неправильнаго очертанія, діаметромъ отъ 4—6 сант.

Приведенныхъ литературныхъ данныхъ, на мой взглядъ, достаточно, чтобы убѣдиться въ существованіи геморрагическихъ кожныхъ явленій у истеричныхъ субъектовъ. Съ другой же стороны эти данныя даютъ намъ возможность признать трофическія разстройства кожи у нашей больной очень сходными съ измѣненіями кожи, описываемыми при истеріи, въ особенности если примемъ во вниманіе внезапное начало этихъ пятенъ и геморрагій, сопровождающихся нерѣдко чувствомъ зуда, а иногда и боли въ мѣстахъ ихъ появленія, причудливый характеръ ихъ расположенія, наличность гиперестезіи или анестезіи этихъ мѣстъ, а также и нерѣдко быстрое исчезаніе этихъ явленій.

Покончивъ съ выясненіемъ характера эффлоресценцій у нашей больной, мнѣ остается еще сказать относительно lymphadenitis шейныхъ железъ.

Какъ я уже говорилъ выше, эти железы расположены тамъ, гдѣ кожа представляется наиболѣе сильно отеочной. Получается впечатлѣніе, что въ кожѣ имѣется процессъ воспалительный, на который железы и отвѣчаютъ своимъ увеличеніемъ. Но съ этимъ не согласуется, на примѣръ, тотъ фактъ, что когда явленія на кожѣ не только не уменьшаются, но какъ будто увеличиваются (появляются новыя геморрагіи въ ней), распухшія железы становятся значительно меньше и легче, а самостоятельныя боли въ нихъ исчезаютъ. Быть можетъ, и это увеличеніе железъ вызывается той же причиной, что и отекъ кожи, быть можетъ, и они находятся въ отеочномъ состояніи. Что касается періоститовъ на мѣстѣ соединенія вторыхъ реберъ съ грудиною, то, конечно, здѣсь очень трудно доказать, что они—результатъ простаго трофическаго разстройства, но съ другой стороны настаивать на люическомъ ихъ происхожденіи мы не имѣемъ никакихъ вѣсскихъ основаній.

Переходя къ обсужденію вопроса о сущности трофическихъ разстройствъ даннаго случая, мы должны отмѣтить, что они вы-

⁴⁾ Magnus Huss, ibidem.

ражаются, главнымъ образомъ, явленіями со стороны сосудистой системы, какъ кровеносной, такъ и лимфатической. Отсюда само собою слѣдуетъ, что центръ тяжести здѣсь лежитъ въ нарушеніи функций этой системы. Это нарушение сказывается, главнымъ образомъ, въ мѣстномъ угнетеніи дѣятельности вазоконстрикторовъ кровеносныхъ сосудовъ, а, можетъ быть, въ усиленной дѣятельности вазодилататоровъ, что клинически и обнаруживается въ видѣ сильнаго расширенія сосудовъ. Съ другой же стороны здѣсь имѣетъ мѣсто и спазмъ вазоконстрикторовъ, что опять таки обнаруживается наличностью безкровоныхъ, блѣдныхъ пятенъ. Такое расширение кровеносныхъ сосудовъ, очевидно, можетъ давать въ результатъ геморрагіи.

Однако, Brown Sequarede ¹⁾ думалъ, что исходная точка геморрагій нервного происхожденія заключается въ васкулярномъ спазмѣ. Но здѣсь нужно скорѣе согласиться съ Vulpiаномъ ²⁾, который, напротивъ, предполагаетъ въ подобныхъ случаяхъ параличъ вазомоторовъ. Къ этому взгляду примыкаетъ и Мора, который говоритъ, что если бы дѣло шло о спазмѣ вазомоторовъ, то геморрагіи должны были бы совпадать съ моментомъ истерическаго припадка, когда возбужденіе продолговатаго и спинного мозга доходитъ до maximum'a. На самомъ же дѣлѣ, наблюденіе показываетъ, что геморрагіи являются въ концѣ припадковъ, когда уже наступаетъ ослабленіе возбуждательной силы спинного мозга.

Сказанное по отношенію къ кровеносной системѣ, очевидно, можетъ имѣть мѣсто и по отношенію къ лимфатической. Хотя намъ не извѣстно про отдѣльное существованіе вазоконстрикторовъ и вазодилататоровъ для лимфатической системы, но работами проф. Догеля, проф. Великаго, Смирнова, а, главнымъ образомъ, Кытманова ³⁾ установлено, что лимфатическіе сосуды снабжены богатою сѣтью, какъ двигательныхъ, такъ и чувствительныхъ, а, можетъ быть, и секреторныхъ нервовъ. А разъ здѣсь имѣются двигательные нервы, то само собою слѣдуетъ, что мы можемъ имѣть ихъ параличъ, что въ нашемъ случаѣ и могло сказаться въ усиленномъ пропотѣваніи лимфы на поверхность кожи ушной раковины и пальцевъ.

Въ чемъ же должно состоять такое нарушеніе функций сосудисто-нервнаго аппарата съ точки зрѣнія анатомофизиологической? На основаніи изслѣдованій экспериментальныхъ на животныхъ

¹⁾ Brown-Sequarede. Цитировано по Мора.

²⁾ Vulpián, ibidem.

³⁾ Кытмановъ. Объ окончаніи нервовъ въ лимфатическихъ сосудахъ у млекопитающихъ. Дисс., 1901 г., Томскъ.

Eulenburg'омъ, Landois, Langley, Ditmor, Hellweg'a, а равно и клиническихъ—Rossolimo, Oppenheim, Goldstein, Бехтерева, Parchu, Goldstein, Reinhold и др., Cassirer приходитъ къ заключенію, что въ корѣ головного мозга существуютъ два центра: одинъ для вазодилататоровъ, а другой для вазоконстрикторовъ. О точной локализаци ихъ говорить пока преждевременно, такъ какъ одни локализируютъ ихъ въ области двигательной зоны, а другіе въ области чувствительной. Отъ этихъ центровъ вазомоторные пучки идутъ, весьма вѣроятно, по словамъ Cassirer'a, вмѣстѣ съ моторными и чувствительными путями черезъ внутреннюю капсулу къ субкортикальнымъ большимъ гангліямъ—*thalamus opticus* и *nucleus caudatus*, гдѣ, быть можетъ, прерываются въ новой группѣ клѣтокъ. Отсюда начинается новый нейронъ, который тянется черезъ *pons* къ вазомоторному центру въ продолговатомъ мозгу, находящемуся въ проксимальной части дна четвертаго желудка. Отъ этого центра идетъ третій нейронъ черезъ боковые столбы спинного мозга и на различныхъ высотахъ входитъ въ сѣрое вещество спинного мозга, и развѣтвляется около медиальной и дорзальной группъ клѣтокъ передняго рога. Эти клѣтки даютъ начало четвертому нейрону, который черезъ задніе корешки и *rami communicantes* входитъ въ *sympathicus* и идетъ дальше къ периферіи. Здѣсь вазомоторные пучки еще разъ прерываются въ группахъ гангліозныхъ клѣтокъ, расположенныхъ на различныхъ мѣстахъ по пути пучковъ, и отсюда уже (пятый нейронъ) идутъ къ оболочкамъ сосудовъ. Часть же волоконъ идетъ прямо къ оболочкамъ сосудовъ.

Если теперь принять во вниманіе, что въ основѣ истеріи, судя по ея клиническимъ проявленіямъ, съ точки зрѣнія патологии, лежитъ или сильное возбужденіе или, наоборотъ, угнетеніе дѣятельности различнаго рода центровъ, какъ головного, такъ и спинного мозга, появляющіяся подъ вліяніемъ различныхъ этиологическихъ моментовъ, то возможно допустить, что и въ случаѣ, подобномъ нашему, имѣется такое же или возбужденіе центровъ вазодилататоровъ или угнетеніе дѣятельности центровъ вазоконстрикторовъ, передающееся по описаннымъ выше путямъ сосудамъ кожи. Съ этой точки зрѣнія можно до нѣкоторой степени смотрѣть на внезапное появленіе сыпей и различныхъ пятенъ, какъ на эквиваленты истерическаго припадка, но только въ сферѣ вазомоторной.

Мнѣ остается еще отвѣтить на одинъ вопросъ: почему мы сравнительно рѣдко встрѣчаемся съ подобными заболѣваніями кожи, тогда какъ больныхъ истеріей много. Весьма вѣроятно, что здѣсь еще играетъ роль способность самихъ стѣнокъ сосудовъ противостоять усиленнымъ приливамъ. Дѣйствительно, въ нашемъ случаѣ эта способ-

ность была понижена, въ пользу чего говорить, между прочимъ, и заболѣваніе у нашей больной части сосудистаго аппарата, именно сердца.

По нѣкоторымъ обстоятельствамъ появленіе въ свѣтъ этой статьи замедлилось. Между тѣмъ за это время ученіе объ истеріи, какъ нозологической единицы, подверглось весьма существенному измѣненію. Многіе клиницисты во главѣ съ Babinski ¹⁾ совершенно отрицаютъ за истеріей способность продуцировать какія бы то ни было трофическія разстройства въ родѣ только что описанныхъ, и склонны признавать всегда какую либо органическую причину для подобныхъ явленій.

Нѣкоторые же невропатологи (Raymond, P. Marie) ²⁾, дѣлая уступку этому мнѣнію, говорятъ, что истерія сама по себѣ не способна вызывать трофическія разстройства, но извѣстные истерики обладаютъ особенно ненормальной реакціей вазомоторовъ, которая играетъ роль въ производствѣ такого, напримѣръ, трофическаго разстройства, которое клинически описано подъ именемъ истерическаго отека.

Babinski особенно настаиваетъ на томъ, что во всѣхъ такихъ случаяхъ необходимо искать моментъ, вызывающій то или иное трофическое разстройство. Между прочимъ онъ приводитъ очень интересный случай спорной діагностики т. наз. истерическаго отека, который мнѣ лично пришлось видѣть за время моихъ занятій въ Парижѣ. Дѣло въ томъ, что въ одномъ изъ засѣданій *société de neurologie de Paris* 1906 года былъ представленъ изъ клиники проф. Raymond больной съ діагнозомъ истерическаго отека кисти и предплечья. Вскорѣ послѣ этого больной попалъ на пріемъ къ проф. Babinski, который и констатировалъ у него синовитъ острый въ области пальцевъ руки, вызвавшій отекъ кисти и предплечья.

Если встать на точку зрѣнія Babinski, то, конечно наблюдавшіяся у нашей больной трофическія разстройства нельзя считать истерическими. Скорѣе, согласно его взглядамъ, они обязаны всецѣло той ненормальности сосудистой системы, которая несо-

¹⁾ Babinski. *Ma conception de l'hysterie*. Paris, 1907 г.

²⁾ Raymond и P. Marie. *Société de Neurologie de Paris*. Séance du 6 juin, 1907. *Revue neurologique*, 1907, p. 620.

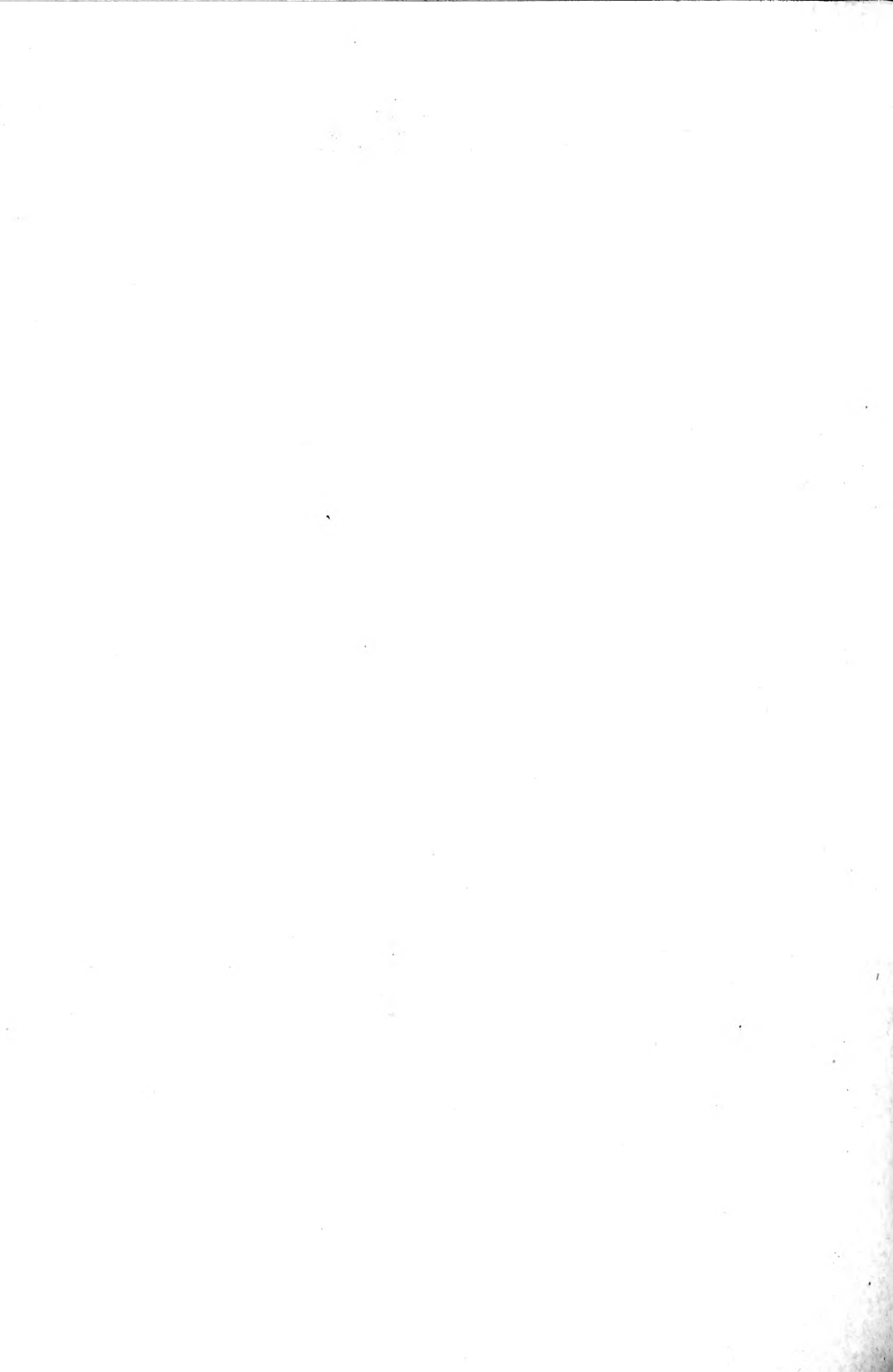
мнѣнно была въ наличности у нашей больной. За существованіе этой ненормальности могутъ говорить неправильности со стороны сердца и носовыя кровотеченія. Подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ случайныхъ моментовъ (напр. истерическаго припадка) кровообращеніе въ сосудахъ настолько нарушалось, что это могло подать поводъ къ появленію трофическихъ разстройствъ.



I.



II.



Санитарный очеркъ г. Хабаровска, Приморской Области.

Доктора мед. А. Д. Никольскаго,
Старшаго врача Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.

Хабаровскъ городъ довольно большой и не новый съ значительнымъ населеніемъ (помимо гражданскаго гарнизонъ въ 10 тысячъ) въ санитарномъ отношеніи очень не удовлетворительно: по улицамъ немощеннымъ виднѣются нечистоты всякаго рода, особенно по оврагамъ, гдѣ протекають грязные ручьи Чердымовка и Плюснинка, причемъ эти овраги густо заселены, какъ мѣста дешевые. Зимой навозъ и проч. сваливается на берегу Амура и на льду самой рѣчки, почему со стороны берега въ началѣ весны ощущается зловоніе. Тоже замѣчается въ оврагахъ Чердымовки и Плюснинки и на многихъ поперечныхъ улицахъ города, гдѣ за частую бродятъ свиньи, собаки и домашнія птицы. Вслѣдствіе ограниченности водоснабженія (отсутствіе колодцевъ и водопровода) въ городѣ въ сухое время при малѣйшемъ вѣтрѣ подымается большая пыль, которая обыкновенно лежитъ по всѣмъ улицамъ. Глинистый грунтъ почвы является благопріятнымъ условіямъ образованія пыли. По сторонамъ не мощенныхъ улицъ очень вѣтріе досчатые мостки, во многихъ мѣстахъ доски поломаны, такъ что ночью при скудномъ керосиновомъ освѣщеніи, легко сломать ноги. Электрическое освѣщеніе имѣется только въ немногихъ мѣстахъ города. Такимъ образомъ большой и старый городъ Хабаровскъ, лежащій на большой рѣкѣ Амурѣ, плохо снабженъ водою, которая развозится водовозами, благодаря гористости мѣстности, за дорогую цѣну. Въ Хабаровскѣ вообще очень высоки цѣны на всѣ жизненные припасы, даже дрова дороги и особенно квартиры, хотя окружающая мѣстность лѣсная. Особенно страдаетъ населеніе Хабаровска отъ воды не только въ количественномъ отношеніи,

но и въ качественномъ. Все лѣто въ Амурѣ бываетъ мутная вода, потому что вслѣдствіе быстроты теченія къ водѣ примѣшивается большое количество глины. Весною во время таянія снѣга и лѣтомъ во время дождей въ упомянутыхъ грязныхъ ручьяхъ Чердымовки и Плюснинки собираются громадныя массы воды, загрязняющей въ свою очередь и заражающей городскими нечистотами Амуръ. Тяжело видѣть, какъ въ эту мутную воду набѣзжаютъ вереницами на грязныхъ повозкахъ водовозы, барахтаются въ ней съ лошадьми и потомъ за дорогую цѣну развозятъ ее по городу. Однажды (12 мая) видѣлъ даже дохлую облѣзшую собаку въ водѣ у берега недалеко отъ того мѣста, гдѣ берутъ воду водовозы. И не удивительно послѣ этого, что въ городѣ свирѣпствуютъ всевозможныя заразныя болѣзни: скарлатина, оспа, дифтеритъ, рожа, крупозное воспаленіе легкихъ въ особенности брюшной тифъ. Послѣдняя болѣзнь всего чаще распространяется водою, если въ нее попадаютъ кишечныя изверженія; тифозныхъ. А разъ на городскимъ берегу Амура и на льду зимою сваливается навозъ, то конечно въ рѣку попадаютъ и кишечныя изверженія; послѣднія могутъ попадать въ нее и съ грязными водами, стекающими въ Амуръ съ упомянутыхъ ручьевъ Плюснинки и Чердымовки. Такое антисанитарное состояніе Хабаровска особенно опасно на случай холеры, дизентеріи, которая такъ же главнымъ образомъ распространяется водою, зараженною кишечными изверженіями.

Для здоровья населенія города важнѣе всего вода. Заинтересовавшись антисанитарнымъ состояніемъ Хабаровска, я предпринялъ сдѣлать анализъ Амурской воды, доставляемой въ мѣстный лазаретъ водовозами: изслѣдованіе произвелъ бактериологическое и отчасти химическое,

А именно: 7 Апрѣля я взялъ двѣ пробы воды для посѣва въ стерилизованномъ 10% мясо-пептонномъ желатинѣ— $\frac{1}{2}$ и $\frac{1}{10}$ куб. см. Изъ первой пробы выросло черезъ нѣсколько дней на поверхности желатина 507 кол., а изъ 1-ой 65 кол. Большинство колоній не разжижало желатинъ. Въ первой пробѣ было 33 кол. бѣлой плесени, а во второй 2 кол. бурой плесени.

11 Апрѣля снова взялъ воды для посѣва въ желатинѣ въ количествахъ: $\frac{1}{2}$ куб. сант. $\frac{1}{4}$ и $\frac{1}{10}$ куб. см. Изъ первой пробы выросло 1200 кол. изъ второй 155 кол., а изъ третьей 59 кол. Во всѣхъ пробахъ было по нѣсколько колоній бѣлой и зеленой плесени, во второй пробѣ было 3 кол. черной плесени, а въ третьей 1 кол. розовыхъ дрожжей. Бактеріальныя колоніи въ большинствѣ не разжижали желатинъ.

17 Апрѣля еще повторилъ изслѣдованіе въ тѣхъ же количествахъ воды. Изъ первой пробы выросло 917 кол., изъ второй

210 кол. и изъ третьей 39 кол. Виды колоній всѣхъ пробъ были тѣ же самыя.

Наконецъ 28-го Апрѣля въ послѣдній разъ сдѣлалъ посѣвы воды въ количествахъ 1 куб. см. $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ и $\frac{1}{10}$ куб. сан. Изъ 1-ой пробы получилось такъ много колоній, что нельзя было ихъ сосчитать и онѣ въ 3 дня совершенно разжижили желатинъ, во второй пробѣ выросло 593 кол., въ 3-ей 310 кол. и въ 4-ой 7 кол. Изъ плесеней въ послѣднихъ пробахъ, въ 3-ей и 4-ой, были кол. бѣлой и бурой плесени. Счетъ колоній, выросавшихъ на желатинѣ въ чашкахъ Petri, производился черезъ 7 дней. При ближайшемъ изслѣдованіи колоній большинство изъ нихъ состояло изъ бациллярныхъ формъ обычныхъ обывателей воды. Колоній, напоминающихъ болѣзнетворныя виды, во всѣхъ изслѣдованныхъ пробахъ не наблюдалось, но, какъ выше сказано, изъ нѣкоторыхъ пробъ воды выросли колоніи бурой и черной плесени. Между этими видами-бурой и черной плесеней, часто встрѣчаются болѣзнетворныя виды для животныхъ и человѣка. Плесени вообще по изслѣдованіямъ Зеленева (Русскій Врачъ 1907 г. № 5) обладаютъ гораздо большею болѣзнетворностію, чѣмъ это раньше предполагалось. Во многихъ случаяхъ плесени поражаютъ наружныя и внутренніе органы, они могутъ вызывать язвенные процессы, поражающія всѣ ткани, вызывать кожныя новообразованія, общее плесневое зараженіе. Koch, Saffky, Chantemess, Potain установили pseud. tuberculosis aspergillina. Для большаго удобства обозрѣнія опытовъ прилагаю таблицу количественнаго содержанія колоній въ упомянутыхъ количествахъ воды.

Мѣсяцъ и число.	Количество бактеріальныхъ колон. на желат. пластин.				
	1 куб. см. воды.	$\frac{1}{2}$ куб. см. воды.	$\frac{1}{4}$ куб. см. воды.	$\frac{1}{10}$ куб. см. воды.	Количест. опытовъ.
7 Апрѣля.		507		65	2
11		1200	155	59	3
17		917	210	39	3
28	безчис. ко- личест. ко- лоній.	593	310	7	4

Итого. . . 12

При химическомъ изслѣдованіи вода Амура оказалось мягкой, съ ясными слѣдами хлора, амміака и азотистой кислоты; количество органическихъ веществъ колеблется между 0,002—0,005. Присутствіе въ водѣ хлора, амміака, азотистой кислоты и значительнаго количества органическихъ веществъ подтверждаетъ съ несомнѣнностью примѣсь къ водѣ животныхъ отбросовъ; такая вода является очень удобной почвой для развитія низшихъ организмовъ, а слѣдовательно и болѣзнетворныхъ. По изслѣдованіямъ Paul'a, Th. Muller'a ¹⁾ въ водѣ тифозныя бациллы могутъ существовать около четырехъ недѣль, холерныя вибрионы остаются жизнеспособными до 3-хъ мѣсяцевъ. Въ землѣ, по тому же автору, тифозныя бациллы могутъ существовать три мѣсяца.

Въ заключеніе настоящаго очерка снова повторяю, что выше-описанное антисанитарное состояніе Хабаровска отзывается уже значительнымъ количествомъ разнообразныхъ заразныхъ болѣзней и въ случаѣ заноса холеры и другихъ заразныхъ болѣзней имѣетъ всѣ шансы на самое широкое распространеніе послѣднихъ.



¹⁾ Paul, Th, Müller. Лекціи объ инфекціи и невосприимчивости. Практическая Медицина за 1905 г. Книга 2-ая.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1907 ГОДЪ.

ДНЕВНИКЪ ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

1904 Г. № 2.

И

1906 Г.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1907.

Печатано по опредѣленію Общества Врачей при Император-
скомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель *А. Н. Каземъ-Бекъ*.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

19-го Апрѣля 1904 года.

Предсѣдательствовали проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—проф. Разумовскій, Агабабовъ, Любимовъ, д-ра Неболюбовъ, Троицкій, Казанскій, Идельсонъ, Шибковъ, Купидоновъ, Панъ, Надель-Пружанская, Овчинниковъ, Зуевъ, Осокинъ, Валицкій, Левинъ, Порфирьевъ, Кузнецовъ, Побѣдинскій, Шулейко, Сухаревъ, Соларевъ, Петрулисъ.

Проф. Разумовскій сказалъ краткую рѣчь, посвященную памяти недавно умершаго доктора В. Д. Владимірова, бывшаго воспитанника Казанскаго университета. В. Д. Владиміровъ былъ преподавателемъ въ Казанскомъ университетѣ, а затѣмъ перешелъ на службу въ Пензенскую губернскую земскую больницу старшимъ врачомъ послѣ того, какъ университетъ недостаточно оцѣнилъ его научную выдающуюся дѣятельность и выбралъ на вакантное мѣсто официального преподавателя хирургіи—другого кандидата. По словамъ проф. Разумовскаго, д-ръ Владиміровъ былъ однимъ изъ выдающихся преподавателей. Онъ оставилъ нѣсколько учениковъ, какъ напр. профессора Студенскаго, который всегда говорилъ, что онъ обязанъ своими знаніями всецѣло д-ру Владимірову. Другой его ученикъ—извѣстный земскій врачъ, д-ръ мед. Кузнецкій. Главная его заслуга это—операция, носящая его имя, докладъ о которой онъ сдѣлалъ въ 1872-мъ

году. Эта операція есть крупное пріобрѣтеніе хирургіи. 10 лѣтъ спустя, эта операція была сдѣлана Микулѣземъ и стала называться именемъ этого хирурга. Но проф. Склифасовскій возстановилъ пріоритетъ въ этой операціи. Относительно этой операціи я бы сказалъ, что она явилась второй, по своей важности, послѣ Пироговской. Не смотря на столь плодотворную научную дѣятельность, не смотря на тотъ крупный вкладъ, который былъ сдѣланъ покойнымъ въ хирургію, онъ умеръ въ большой бѣдности и былъ даже похороненъ на средства земской больницы.

По предложенію предсѣдателя, память покойнаго была почтена вставаньемъ.

1. Д-ръ *Десятовъ*. Санитарный надзоръ на внутреннихъ водныхъ путяхъ.

П Р Е Н І Я.

Проф. *Агабабовъ*. Въ навигацію 1892—1893 года я плавалъ въ качествѣ врача на путейскомъ пароходѣ между Рыбинскомъ и Нижнимъ-Новгородомъ. Долго я не находилъ себѣ дѣла. Врачи тогда не имѣли права вмѣшиваться въ санитарное состояніе пароходовъ, но мы всеже побывали на нѣкоторыхъ пароходахъ. Въ мое время были тѣ же санитарныя упущенія, какъ и теперь, но даже еще хуже. Особенно, на буксирныхъ пароходахъ была очень сильная грязь. Я тогда просилъ обратить на это вниманіе, и мое начальство отнеслось къ моей просьбѣ сочувственно. Я тогда еще написалъ проэктъ введенія института санитарныхъ врачей на Волгѣ, которые имѣли бы право слѣдить за состояніемъ судовъ, плавающихъ на Волгѣ. Очевидно, теперь этотъ проэктъ дополненъ.

Проф. *Каземъ-Бекъ* благодарилъ докладчика за интересный докладъ и отмѣтилъ, что для насъ, Волжанъ, докладъ пріобрѣтаетъ особенный интересъ.

2. Студентъ *Гиммель*. Къ патологіи мультилокулярнаго эхинококка печени (съ демонстраціей макро-и-микроскопическихъ препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Осокинъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я демонстрировалъ случай многокамернаго эхинококка. За эти годы накопилось еще нѣ-

сколько случаевъ, слѣдовательно, онъ далеко не рѣдокъ. Является невыясненнымъ вопросъ, почему больше поражается правая доля. Проф. Любимовъ видитъ причину этого въ механическихъ условіяхъ, именно въ распредѣленіи венае portae въ печени. Вѣтвь, идущая въ правую долю, есть прямое продолженіе v. portae, почему и переносъ эхинококка совершается легче. Было бы желательно, чтобы это мнѣніе было проверено.

Проф. Разумовскій, выразивъ удовольствіе, что студенты занимаются теоретическими вопросами, замѣтилъ: я бы желалъ сказать: правильнѣе—выразиться такъ: не только у насъ, но и за-границею. Нужно говорить: у насъ и за-границею. Въ отношеніи изученія эхинококка мультилокулярнаго мы ушли куда дальше, чѣмъ за-границею.

Ст. Гиммель. Впервые эту форму начали показывать въ Германіи, главнымъ образомъ, въ Баваріи.

Пр. Разумовскій. Интересный выводъ есть въ той работѣ, про которую Вы говорите: «повидимому, существуетъ полная противоположность солитарнаго и мультилокулярнаго эхинококка. Тамъ, гдѣ встрѣчается солитарный эхинококкъ, тамъ рѣдко бываетъ мультилокулярный, какъ напр. въ Казани». Черезъ 1 годъ послѣ этой работы я опубликовалъ 27 случаевъ эхинококка мультилокулярнаго въ Казани! Мнѣ кажется, о мультилокулярномъ эхинококкѣ за-граница можетъ поучиться у насъ.

Проф. Любимовъ. Что касается случаевъ унилокулярнаго эхинококка, то мы его не публикуемъ. Случаи же мультилокулярнаго эхинококка насъ очень интересуютъ. На послѣднемъ Пироговскомъ съѣздѣ былъ поднятъ вопросъ, почему происходитъ распадъ эхинококка. При жизни часто плотная печень становится мягкой. По моему, это отъ ртути. Въ противовѣсъ этому было приведено два случая (въ Москвѣ), гдѣ въ одномъ, хотя ртутной терапіи не было, тѣмъ не менѣе эхинококкъ былъ размягченъ, а во второмъ,—гдѣ было ртутное леченіе, эхинококкъ не былъ размягченъ. Оказалось, однако, при разборѣ, въ антрактѣ, что это какъ разъ было наоборотъ. Возраженіе это не получило моего отпора, и я желаю теперь это пополнить.

Студ. Гиммель?

Осокинъ. Было-ли перерожденіе стромы въ Вашемъ случаѣ?

Д-ръ Гиммель спросилъ, какъ происходитъ рассасываніе подъ вліяніемъ ртути?

Проф. Любимовъ. Узелъ эхинококка окруженъ плотною соединительною тканью. Ртуть производитъ гіалиновое перерожденіе, т. е. какъ бы некрозъ, а благодаря этому некротизированная ткань или расплывается или пронизывается различного рода микроорганизмами.

Д-ръ Гиммель. Я это спрашиваю потому, что у насъ часто употребляется ртуть для рассасыванія соединительно-тканнхъ элементовъ. У проф. Пospѣлова есть много работъ, гдѣ описывается примѣненіе ртути при *elephantiasis*. Его рисунки свидѣлствуютъ о хорошихъ результатахъ, полученныхъ при этомъ, именно ткань здѣсь рассасывалась.

Проф. Любимовъ. Если бы всѣ врачи обращали болѣе вниманія на эту форму, то б. м. она чаще и вѣрнѣ діагносцировалась. Чаще всего её діагноспируютъ, какъ гумму печени или какъ циррозъ. Иногда мнѣ удавалось по плотности печени на секціонномъ столѣ, безъ вскрытія, ставить вѣрную діагностику мультилокулярнаго эхинококка.

Проф. Каземъ-Бекъ Предложеніе Ваше (къ проф. Любимову)—провѣрить размягченіе подъ вліяніемъ ртути—можно осуществить изслѣдованіемъ имѣющихся препаратовъ тѣхъ случаевъ, гдѣ мы употребляли ртуть. При этихъ случаяхъ имѣются и клиническія данныя. Но почему рѣдки случаи мультилокулярнаго эхинококка, то я думаю что это зависитъ отъ тѣхъ условій, которыми у насъ обставлены вскрытія. Условія эти бываютъ очень тяжелы, и иногда мы совершенно лишены возможности вскрывать. Въ заключеніе предсѣдатель благодарилъ докладчика.

3. Прив.-доц. Гиммель. Измѣненія почекъ при гонококковой инфекціи (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

4. Д-ръ Осокинъ. Къ вопросу объ измѣненіяхъ нервной системы при гонококковой инфекціи.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Порфирьевъ спросилъ, какая бралась культура.

Гиммельъ. Культура бралась не отъ одного субъекта. О силѣ культуры мы не можемъ судить.

Д-ръ Казанскій сказалъ: я съ большимъ удовольствіемъ и интересомъ выслушалъ сообщенія почтенныхъ докладчиковъ. Теперь уже нельзя сомнѣваться въ отдаленномъ и общемъ дѣйстви на организмъ человѣка триппернаго яда, гонорройной заразы—гонококковъ: такъ много имѣется въ литературѣ наблюденій надъ больными трипперомъ, съ несомнѣнностью доказывающихъ переносъ заразы триппера и гонорройнаго яда въ отдаленные органы и ткани человѣческаго тѣла. Я помню, еще въ 1880-хъ годахъ д-ръ П. Смирновъ показывалъ въ патолого-анатомическомъ Институтѣ проф. Любимова гонококки, найденные имъ (Смирновымъ) въ жидкости, извлеченной изъ воспаленнаго колѣннаго сустава у одного больного трипперомъ.

Лично я убѣдился въ общемъ дѣйстви трипперной заразы года 2 $\frac{1}{2}$ назадъ на одномъ изъ больныхъ здѣшняго военного госпиталя. Больной—юнкеръ—поступилъ подъ мое наблюденіе 3 сентября 1901 г. съ явленіями остраго гонорройнаго уретрита, на 8-ой день отъ начала заболѣванія. Трипперъ—въ первый разъ. Течь—обильная, рѣзь—не большая. Въ гною—гонококки. Назначены были спринцеванія и внутрь копейскій бальзамъ. Чрезъ 5 дней, чрезъ 13 дней отъ начала заболѣванія, больной сталъ жаловаться на боли въ правомъ плечѣ, раньше никогда не бывавшія; припухлости сустава не было замѣтно. Въ ночь на слѣдующій день боли сильно беспокоили больного. Припухлость сустава если и есть, то очень незначительная; ошупываніе сустава не болѣзненно. На 8-ой день, при продолжающихся боляхъ въ суставѣ, больной сталъ жаловаться на кровотеченіе послѣ мочеиспусканія и порядочное. Спринцеванія и бальзамъ были отмѣнены и назначенъ былъ внутрь *Decostum fol. uvae ursi*. Кровь продолжала выдѣляться послѣ мочеиспусканія, которое было учащено; выдѣленіе—обильное, боли въ суставѣ—по прежнему; опуханія сустава не видно. На 12-ый день, при боляхъ въ суставѣ, больной сталъ жаловаться на трудность поднимать больную руку. Къ вечеру—ознобъ, $t_{ра}=38.5^{\circ}$.

Въ слѣдующіе 10—12 дней температура тѣла оставалась повышенной, но не болѣе 38.9° , при продолжавшихся боляхъ въ правомъ плечѣ, при частомъ, болѣзненномъ и затрудненномъ мочеиспусканіи. Кровь перестала выдѣляться изъ мочеиспускательнаго канала на 10-ый день отъ ея появленія. Моча была мутная и гнойное выдѣленіе изъ канала было довольно значительное. Затрудненія въ движеніяхъ правой

рукой увеличивались и на 24-ый день поступления въ госпиталь рука въ плечевомъ суставѣ почти совсѣмъ не поднималась; въ тоже время ясно выражена была атрофія мышцъ праваго плеча. Затрудненія въ движеніяхъ появились и въ правомъ локтевомъ суставѣ, а на 32-ой день больной сталъ жаловаться на неловкость при движеніяхъ правой руки въ кистевомъ суставѣ.

Въ слѣдующіе дни моча оставалась мутной, выдѣленіе изъ канала было порядочное. Движенія въ правомъ плечѣ нѣсколько улучшались; но боли въ атрофированныхъ мышцахъ оставались. На 49-ый день пребывания въ госпиталѣ измѣненіе объема рукъ показало слѣдующее:

	Лѣвая рука	Правая рука
Подъ мышками	27.5 сант.	23.5 = < 4 сант.
На срединѣ ср. плеча	23.0	20.0 = < 3 сант.
Надъ локтев. суставами	21.0	20.0 = < 1 сант.

Атрофированы были мышцы: *deltoideus*, *biceps* и *triceps brachii* и мышцы правой лопатки.

Затѣмъ явленія триппера и пистита прошли; но движенія въ правомъ плечевомъ суставѣ были слабы еще и чрезъ 2½ мѣсяца послѣ перваго появленія болей въ суставѣ; движенія въ локтевомъ суставѣ—уже порядочны.

Больной былъ уволенъ въ полугодовой отпускъ для поправленія здоровья.

Я увѣренъ, что въ данномъ случаѣ артропатическая атрофія мышцъ находилась въ причинной связи съ трипперомъ и обусловливалась дѣйствіемъ токсиновъ гонорройной заразы, такъ какъ сами гонококки, навѣрное, вызвали-бы воспаленіе сустава, чего въ нашемъ случаѣ не было. Интересно было-бы выяснитъ сущность и происхожденіе тѣхъ патологическихъ измѣненій, которыя имѣли мѣсто въ пораженномъ плечевомъ суставѣ и въ окружающихъ его мышцахъ. Вѣроятно, атрофія мышцъ была периферическаго происхожденія.

Г и м е л ь. Клиницисты очень часто встрѣчаютъ случаи гонококковаго пораженія эпидидимиса. Интересно, бываетъ-ли повышеніе t° при мѣстномъ пораженіи. Я предпринялъ въ этомъ направленіи изслѣдованія на больныхъ.

О а в о р с к і й. Я очень радъ слышать въ ученomъ обществѣ, что трипперъ не такая невинная болѣзнь, какъ то до сихъ поръ многіе думаютъ. Я еще хорошо помню, какъ насъ студентовъ нѣкоторые глубокоуважаемые учителя учили, что трипперъ есть тотъ же невин-

ный насморкъ. Крайне отраднo, что взгляды измѣнились въ обратную сторону.—Что касается атрофіи мышцъ при пораженіи суставовъ, то весьма возможно, её нужно разсматривать, какъ т. наз. рефлексорную. Эта послѣдняя возможна въ силу того, что периферическія нервныя окончанія заболѣваго сустава, передавая ненормальныя чувствительныя раздраженія соотвѣтственной моторной клѣткѣ въ спинномъ мозгу, тѣмъ самымъ производятъ въ ней рядъ динамическихъ измѣненій. Вслѣдствіе этихъ измѣненій клѣтка не можетъ уже правильнымъ образомъ выполнять присущую ей роль, и иннервируемая ею мышца обыкновенно атрофируется. Это тѣмъ болѣе возможно тогда, когда процессъ въ суставѣ длится болѣе или менѣе продолжительное время. Конечно, для рѣшенія этого вопроса необходимы данныя мышечной электровозбудимости. При рефлексорной атрофіи мы не будемъ имѣть качественного измѣненія реакціи на электрическій токъ.

Гиммель. Ваше объясненіе мышечной атрофіи едва ли удовлетвoлено, такъ какъ для этого нужно продолжительное заболѣваніе сустава.

Фаворскій. Я сказалъ: въ особенности, если заболѣваніе сустава продолжительно. Рефлексорная мышечная атрофія можетъ наступать даже очень быстро при заболѣваніи суставовъ.

Проф. Разумовскій. Я далеко стою отъ гонококковъ по своей специальности. Скажу только, что когда я кончалъ курсъ, у насъ было очень легкое отношеніе къ уретриту, его считали пустякомъ; но когда я сдѣлался врачомъ и сталъ наблюдать больныхъ, я началъ проникаться уваженіемъ къ нему. Артриты гонококковые—вещь очень серьезная и протекаютъ часто неблагополучно. Я помню одного студента, гдѣ былъ діагностированъ *tendovaginitis*, а затѣмъ воспаленіе перешло на суставы, и больной погибъ отъ піеміи въ клиникѣ проф. Левашева. Конечно, есть и увлеченія у насъ въ хирургіи: нѣкоторые говорятъ, что заболѣванія гонококковыя суставовъ нужно искать и тамъ, гдѣ существуетъ ревматическое пораженіе сустава.

Проф. Любимовъ. У экспериментированныхъ животныхъ были и трофическія расстройства: выпаденіе шерсти и парезъ нижнихъ конечностей. Что касается почекъ, то протоплазма клѣтокъ представляется какъ бы таящей. Очень интересно отмѣтить, что въ препаратахъ д-ра Осокина видна нейронофагія.

Орловъ спросилъ, былъ-ли бѣлокъ въ мочѣ. Весьма возможно, что измѣненія въ нервной системѣ были отъ нефрита и были настолько сильны, что повлекли за собою смерть животныхъ. Увлечение гонококками дѣйствительно очень сильное, напр. я могу указать на случай Галензовскаго: у субъекта былъ нейроретинитъ; не находя ему прямыхъ, очевидныхъ причинъ, онъ узналъ, что 32 года тому назадъ у больного былъ уретритъ, а потому онъ связалъ съ нимъ заболѣваніе глаза!

Гиммельъ. Отсутствіе изслѣдованія мочи составляетъ, дѣйствительно, въ моей работѣ пробѣлъ. Смерть въ данномъ случаѣ произошла у животного не только отъ почекъ, но и отъ заболѣваній другихъ органовъ, что я и покажу ссенью.

Осокинъ. Вопросъ объ измѣненіяхъ нервной системы при гонококковомъ заболѣваніи не вышелъ еще изъ предѣловъ разработки. Я не бралъ на себя роли высказываться о причинѣ смерти, а только постарался представить факты гонококковаго пораженія нервной системы.

Проф. Любимовъ. Я не совсѣмъ согласенъ съ д-ромъ Орловымъ: при дифтеритной интоксикаціи мы имѣемъ бѣлокъ въ почкахъ, но вѣдь мы не говоримъ, что смерть тамъ происходитъ отъ почекъ! Мы знаемъ массу инфекціонныхъ заболѣваній, гдѣ есть бѣлокъ, но гдѣ тѣмъ не менѣе смерть происходитъ не отъ нефрита.

Гиммельъ (къ д-ру Орлову). Предложите намъ способъ изслѣдованія токсиновъ такъ, чтобы онъ не вліялъ на почки.

Казанскій. Изслѣдовали-ли Вы гонококки въ крови?

Гиммельъ. Въ крови сердца ихъ не оказалось.

Казанскій. Какъ же совмѣстить, что инфекция сама не дѣйствуетъ на свинокъ, а токсины обнаруживаютъ дѣйствіе. Какъ же понять эту естественную невосприимчивость?

Орловъ. Я не хотѣлъ свести всѣ измѣненія здѣсь къ гонококковому зараженію, а говорю, что и нефритъ могъ оказать свое вліяніе на нервную систему. Что касается метода, о которомъ спрашиваетъ меня докторъ Гиммель то онъ есть: Розенбергъ вводилъ

подъ твердую мозговую оболочку стафилококковъ, дифтерійныхъ палочекъ и т. д., гдѣ тѣмъ не менѣ нервныя явленія развились, а заболѣванія почекъ не было.

Проф. К а з е м ъ-Б е к ъ. Всякому практическому врачу приходится часто встрѣчаться съ осложненіями триппера и гдѣ леченіе бываетъ очень затруднительно. Тѣ измѣненія, которыя описаны докладчиками, свидѣлствуютъ о томъ огромномъ вредѣ, какой можетъ нанести организму трипперъ, почему и относиться къ этой болѣзни надо очень серьезно. Затѣмъ, предсѣдатель поблагодарилъ докладчиковъ за сдѣланныя ими сообщенія, и просилъ д-ра Гиммеля объ измѣненіи остальныхъ органовъ доложить Обществу врачей въ ближайшемъ будущемъ.

5. Д-ръ *Петрулисъ*. Вагинальный методъ изсѣченія прямой кишки у женщинъ.

П Р Е Н І Я.

Проф. Р а з у м о в с к і й. Впечатлѣніе, полученное мною отъ примѣненія этого способа, хорошее: травма при немъ получается маленькая. Я пользуюсь этимъ методомъ вотъ уже въ теченіе пяти лѣтъ, и такъ же имъ очень доволенъ, какъ и гинекологи. Всякое упрощеніе въ этой операціи имѣетъ большое значеніе. Здѣсь обыкновенно очень трудно исключить инфекцію. Одна старуха, которую мы оперировали по поводу рака прямой кишки по этому способу, живетъ доселѣ. Въ теченіе уже пяти лѣтъ не было рецидива. Затѣмъ, появился рецидивъ, но уже на другомъ мѣстѣ. Такіе рецидивы представляются мнѣ не совсѣмъ ясными. Какъ будто процессъ уже ранѣ находился въ этомъ мѣстѣ. Желательно, чтобы при геморроѣ чаще изслѣдовали прямую кишку, такъ какъ очень легко при этомъ раковыя кровоточенія принять за геморроидальныя, какъ это я имѣлъ возможность наблюдать въ своей практикѣ.

К а з а н с к і й. Почему Вы думаете, что раковыя клѣтки уже ранѣ находились въ этихъ мѣстахъ? Возможно предполагать, что лишь чрезъ этотъ промежутокъ времени раковыя клѣтки могли пройти къ мѣсту рецидива.

Проф. К а з е м ъ-Б е к ъ благодарилъ докладчика за сдѣланное сообщеніе.

Предсѣдатель **А. Н. Каземъ-Вежъ.**

Секретарь **А. Оаворскій.**

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при И м п е р а -
т о р с к о м ъ Казанскомъ Университетѣ

12-го мая 1906 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Каземъ-Бекъ при секретарѣ
Валицкомъ.

Присутствовали: профф. Аргутинскій, Архангельскій,
Неболюбовъ, Д-ра Вендрихъ, Гиммель, Заболотновъ,
Зуевъ, Захарьевскій, Казанскій, Кулаевъ, Николь-
скій, Мигаловскій, Осокинъ, Надель-Пружанская,
Первушинъ, И. Е. Печниковъ, Соларевъ, Троицкій,
Ундринцевъ, Цыпкинъ, Чалусовъ и гости Д-ра Кушин-
скій и Любенецкій.

1) Были прочитаны и утверждены протоколы предъидущихъ за-
сѣданій.

2) Стипендію имени Ротштейна, освободившуюся съ іюля мѣся-
ца, рѣшено передать студ. медицинскаго факультета Жилину и
Князеву.

3) Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ сдѣлалъ докладъ о 5 слу-
чаяхъ *лейкеміи*, лѣченныхъ въ завѣдуемой имъ факультетской тера-
певтической клиникѣ Рентгеновскими лучами, при чемъ были демон-
стрированы двое изъ этой группы больныхъ и микроскопическіе пре-
параты крови до лѣченія X-лучами и послѣ. По полу и возрасту больные
распредѣлялись слѣд. образомъ: мужчины въ возрастѣ 31, 37, 36 и
53 лѣтъ, женщина одна—57 лѣтъ; по занятію: 1—почтальонъ, 1—сель-
ское хозяйство, 1—домашнее хозяйство, 1—землепашество.

Всѣ эти случаи по измѣненіямъ, найденнымъ въ крови, нужно отнести къ костномозговой лейкеміи, а по теченію болѣзни и объективнымъ признакамъ—къ очень тяжелымъ; особенно это послѣднее относится къ женщинѣ 53 лѣтъ, принятой въ клинику настолько въ тяжеломъ состояніи, что она отъ значительнаго истощенія и упадка силъ не въ состояніи была двигаться и была доставлена въ клинику на носилкахъ. Въ настоящемъ же засѣданіи, послѣ 1½ мѣс. пребывания въ клиникѣ и лѣченія X-лучами, эта больная была продемонстрирована какъ вполне поправившаяся.

Тоже самое надо сказать и относительно второго больного, продемонстрированнаго въ засѣданіи: послѣ лѣченія X-лучами больной имѣлъ видъ совершенно здороваго человѣка.

Измѣненія крови, селезенки и печени у этихъ 2-хъ больныхъ до лѣченія и послѣ отмѣчены слѣдующія: 1) — Пѣтухова 57 л. Всѣ 40,5 кл., рѣзкое исхуданіе съ послѣдующими измѣненіями кожи, кровоизліяніями въ толщу кожи подъ кожнымъ; селезенка по средней подмышечной линіи—съ 7-го ребра, по сосковой линіи выдается изъ-подъ ребернаго края на 12 сент., къ срединной линіи не доходитъ на 2 снт. Печень по средней линіи—до пупка, по сосковой выдается на 11 сент. изъ подъ реберъ; въ мочѣ бѣлка—1,25‰; температура въ началѣ поступленія=38,8° веч., 37,9° утр.

Отношеніе красныхъ къ бѣлымъ шарикамъ 1:6,6 (3,436,000/516,000). Нб. 60%. % отношеніе различныхъ видовъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 43,2; переходныхъ формъ 11,5; міелоцитовъ 33,6; лимфоцитовъ 8,4; эозиноф. міелоцитовъ (одноядерн.) 1,6; эозинофиловъ многоядерныхъ 0,9; эритробластовъ 0,03. Послѣ 8 сеансовъ рентгенизаціи области селезенки, продолжительностью отъ 5—7', 60 сент. катушкой, силой тока 7—10 Амр., всего въ теченіи 47', наступили слѣдующія измѣненія: верхній край селезенки—на 8 ребрѣ по средней подмышечной, нижній край не выдается изъ подъ реберъ, впереди не заходитъ за сосковую линію. Кожа не шелушится, замѣтно отложеніе жира на животѣ; прибыва въ вѣсѣ 17,5 kg.; отношеніе красныхъ къ бѣлымъ шарикамъ=1:455. (3,640,000/8000); % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 85,0; переходныхъ формъ 1,0; міелоцитовъ 4,5; лимфоцитовъ 9,5; эозиноф. міелоцитовъ 0; многоядерныхъ 0. Самочувствіе очень хорошее; обходится больная безъ посторонней помощи ¹⁾.

¹⁾ Спустя мѣсяцъ послѣ выписки изъ клиники я видѣлъ больную въ послѣдній разъ; здоровье ея не ухудшилось и больная выѣхала одна въ Уфимскую

2)—Валѣвъ, 36 лѣтъ. Селезенка: на подмышечной задне-верхней—край 7-го ребра, на сосковой—выходить изъ подъ реберъ на 11 сент.; кпереди на брюшной стѣнкѣ граничить съ предгрудной лѣвой; плотна, ясно выражены вырѣзки на переднемъ краѣ. Температура нормальна; вѣсъ тѣла 56,3 kg. Отношеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ къ бѣлымъ — 1:16,5. (3,300,000/200000). % отношеніе различныхъ видовъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 62,5; переходныхъ формъ 6,6; міелоцитовъ 14,6; эозинофильн. міелоцитовъ 2,7; эозиноф. многоядерныхъ 1,1; эритробластовъ 3,9; тучныхъ клѣтокъ 4,6. Нб. 40%.

Послѣ 6 сеансовъ рентгенизаціи продолжительностью 40' за время пребыванія больного въ клиникѣ съ 1-го января по 8-ое мая—получились слѣдующія измѣненія: вѣсъ 61 kg. (+4,7 kg.), самочувствіе очень хорошее; на кожѣ получилась не большая поверхностная ожога, величиной въ серебряный рубль, которая вскорѣ и зажила.

Селезенка не выдается изъ подъ реберной дуги, только при глубинѣ вдоха край ея выходитъ на 3 сент.; верхняя граница—на ниж. краѣ 8 ребра.—Отношеніе красныхъ къ бѣлымъ 1:335 (4,690,000/14,000). % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 76,5; переходныхъ формъ 7,4; міелоцитовъ 1,6; лимфоцитовъ—12,9; эозиноф. міелоцитовъ 0;—эозиноф. многоядерныхъ 1,2; эритробластовъ 0; тучныхъ клѣтокъ 0. ¹⁾

3)—Сивачевъ, 31 г. Вѣсъ тѣла 71,8 kg. Громадное увеличеніе селезенки: по средне-подмышковой—съ 7-го ребра, внизъ до cista ossis ilei; передній край пересѣкаетъ правую сосковую линію на 1,5 сен.; по срединѣ не доходитъ до лобковой кости на 4 сент.; селезенка плотна. Моча содержитъ бѣлокъ 0,5‰, въ осадкѣ—гіалиновые и зернистые цилиндры, почечный эпителий и мочевыхъ путей. Точечныя, но довольно обильныя кровоизліянія въ кожу на конечностяхъ.

Отношеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ къ бѣлымъ 1:6 (3,860,000/625,000). % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 37,98; переходныхъ формъ и міелоцитовъ 57,7; эозинофиловъ 1,68; эритробластовъ 0,84. Нб.

губ., гдѣ въ Іюлѣ мѣсяцѣ, слѣд. спустя мѣсяцъ, заболѣвъ какимъ то острымъ легочнымъ процессомъ (восполненіе легкихъ), скончалась.

¹⁾ Дальнѣйшая судьба больного не извѣстна.

70%. Послѣ 17 сеансовъ рентгенизаціи, продолжительностью отъ 5½ до 14—19', въ общей сложности 166,5', по преимуществу на область селезенки и 2 сеан. на трубчатые кости и грудину,—сила тока 10—12 Амр., 50 сент. катушки, получилось слѣдующее. Селезенка достигала слѣд. размѣровъ: до срединной линіи не доходить на 1½ пальца, нижній край—на три пальца ниже пупка; на средней и задней подмышечной—съ 8-го ребра. Отношеніе красныхъ кр. шариковъ къ бѣлымъ 1:131 (5,660,000/43000); % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 65,8; переходныхъ и міелоцитовъ 24,73; лимфоцитовъ—5,03; эозинофиловъ 1,22; эритробластовъ 0,15. Нб. 95%. Получилась довольно значительная ожога, съ поражениемъ глубокихъ частей кожи. Больной выписался съ такими явленіями изъ клиники, чувствуя, за исключеніемъ болѣзненности обожженныхъ мѣстъ, себя хорошо. Вѣсъ 67,4 кг. Пробылъ въ клиникѣ съ I/17 1905 г. по 25/IV 1905.

Во 2-ой разъ больной поступилъ въ клинику 19/IX 1905 и пробылъ до XI/26 905. При поступленіи больного замѣчено исхуданіе и рѣзкое поблѣдненіе покрововъ кожи. Больной держится въ полусогнутомъ положеніи изъ-за болей, ошущаемыхъ на мѣстѣ язвы, послѣ ожога; язва величиною въ квадратный вершокъ, во всю толщу кожи. Размѣры селезенки нѣсколько больше, чѣмъ были при выпискѣ больного изъ клиники. Отношеніе красныхъ кров. шариковъ къ бѣлымъ 1:17 (3,025,000/185,000); Нб. 70%. Въ виду ожога кожи рентгенизація примѣнялась только на трубчатые кости, всего 3 сеанса, продолжительностью 32', безъ особеннаго вліянія на измѣненіе въ числѣ бѣлыхъ шариковъ; наоборотъ, число ихъ прогрессивно увеличивалось, а силы больного ослабѣвали: 22/X—132,812, 18/XI—210000; 23/XI—310,000.

Дальнѣйшая судьба этого больного мнѣ стала извѣстна по присланному имъ письму. Больной пишетъ, что съ 27 января по 25 февраля 1906 года онъ пролежалъ въ Москвѣ въ Маріинской больницѣ, гдѣ ему сдѣлано было 4 сеанса рентгенизаціи, но лѣченіе пришлось прекратить по случаю появившихся очень сильныхъ болей въ животѣ; кромѣ того получился очень сильный ожогъ на другомъ мѣстѣ. По письму больного видно, что прежній ожогъ, не занимая большей поверхности, все же не заживалъ. Больной изъ Москвы пріѣхалъ къ себѣ домой, такъ какъ очень сильно ослабѣлъ и беспокоили боли въ животѣ. Далѣе онъ пишетъ, что упадокъ силъ настолько значителенъ, что онъ не встаетъ съ постели. Это письмо получено отъ 19 марта

1906 г. и надо полагать, что больной къ моменту настоящаго доклада уже скончался.

4-ый больной—Кузнецовъ, 53 лѣтъ, поступилъ въ клинику 30/I 1906 со слѣдующими измѣненіями. Селезенка: верхняя граница по задней подмышечной—съ 8 ребра, передній край—до правой предгрудинной линіи, нижній край по средней линіи до Symphysis pubis, по подмышечной—до crista oss. ilei.; на ощупь селезенка плотна, по краю замѣтны вырѣзки. Печень нормальна, другіе органы—тоже.

Отношеніе красныхъ кровяныхъ кружечковъ къ бѣлымъ 1 : 5,9 (3,100,000 / 520000); Нб. 55%. % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 53,8; переходныхъ формъ 16,6; міелоцитовъ 24,8; лимфоцитовъ 1,08; эозиноф. міелоцитовъ 1,4; эозинофиловъ многоядерныхъ 1,9. Вѣсъ 66,7 kg. Съ I/30 по III/7 1906—больной подвергался рентгенизации въ теченіи 10 сеансовъ на область селезенки, продолжительностью отъ 3½—7', сила тока 3—10 Ампр., катушка 60 с. и 35 с. (7 сеанс. 60 с.), всего въ теченіи 58,5'. Результатъ леченія получился ко дню выхода больного слѣдующій. Общее состояніе улучшилось, не чувствуется тяжести въ области живота, вслѣдствіе значительнаго уменьшенія селезенки. По аксиллярной линіи селезенка—съ 8 ребра, передній край не переходитъ срединной линіи, нижній—на 5 сент. выше crista os. ilei.

Отношеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ къ бѣлымъ—1 : 245 (4660000 / 19000); Нб. 70%. Отнош. различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 94,2; переходныхъ формъ 0,4; міелоцитовъ 2,0; эозиноф. міелоцитовъ 0; многоядерныхъ эозинофиловъ 1,0. На мѣстѣ дѣйствія лучей на кожѣ замѣчается рѣзко выраженная гиперемія. Вѣсъ тѣла 65,5 kg ¹⁾.

5) Егоровъ, 37 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5/III 1905 г. съ жалобами на общую слабость, мозжаніе въ костяхъ и на опухоль селезенки. Размѣры ея при поступленіи были слѣдующіе: верхній край

¹⁾ Дальнѣйшая судьба больного стала мнѣ извѣстна изъ писемъ. 1-ое письмо было написано самимъ больнымъ 21 марта, гдѣ онъ сообщаетъ, что по пріѣздѣ домой кожа слѣзла и болитъ, селезенка же замѣтно еще уменьшилась. Изъ 2-го письма я узналъ, что больной скончался 24/IV повидимому при явленіяхъ острой лейкеміи; получившаяся ожога зажила, но пло очень быстро истощеніе организма. (Письмо это получено отъ сына, писавшаго со словъ мѣстнаго врача больного).

по задней подмышковой—съ 8 ребра, вниз—до *crista oss. ilei*, передній край пересѣкаетъ срединную линію на 7 сент., нижній край въ этомъ мѣстѣ не доходить до лобковой кости на 6 сент. (разстояніе отъ пупка до лобка 14 сент.); опухоль плотна, рѣзко выражена вырѣзка на переднемъ краѣ. Печень увеличена, выдается изъ подъ реберъ на 9 сент., не болѣзненна при пальпации.

Отношеніе красныхъ кровяныхъ кружечковъ къ бѣлымъ 1:5 (2,800,000 / 575,000); Нв. 60%. % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ: полинуклеаровъ 40,29; переходныхъ формъ 38,46; міелоцитовъ 15,6; лимфоцитовъ 3,4; эозиноф. міелоцитовъ 0,8; многоядерныхъ эозинофиловъ 0,9; эритробластовъ 0,2. За время 5/III—15/IV 905 г. больному была примѣнена рентгенизація области селезенки и три раза, кромѣ того, трубчатыхъ костей и грудины; всего было сдѣлано 10 сеансовъ, продолжительностью 99', причемъ каждый отдѣльный сеансъ продолжался отъ 5—13'; сила тока 10—15 Амр. отъ катушки съ 50 сент. искрой. Подъ вліяніемъ исключительно такого лѣченія замѣчено довольно быстрое улучшеніе въ самочувствіи больного и объективное со стороны селезенки и крови. Селезенка при выпискѣ имѣла слѣдующіе размѣры: верхній край по задней подмышечной—съ 8-го ребра, передній край не доходить до срединной линіи на 6 сент., переходя въ нижній край на палецъ ниже уровня пупка; по правой сосковой линіи выдается на 7 сент. изъ подреберья, не достигая *cristae ossis ilei* на 3 пальца.

Отношеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ къ бѣлымъ—4/IV 905 было 1:112 (3170000 / 28275); % отношеніе различныхъ лейкоцитовъ слѣд.: полинуклеаровъ 80,18; переходныхъ формъ 11,02; міелоцитовъ 2,01; лимфоцитовъ 3,6; эозиноф. міелоцитовъ 0,7; многоядерныхъ эозинофиловъ 1,2; эритробластовъ 0. При выпискѣ отношеніе красныхъ шариковъ къ бѣлымъ—1:883; Нв. 55%. Послѣ рентгенизаціи получилась поверхностная ожога, слущиваніе эпителія и болѣзненность кожи. Кромѣ того у больного за этотъ періодъ появлялись боли въ кишкахъ, поносы, непосредственно послѣ сеанса и нѣсколько разъ наблюдался периспленитъ (рѣзко выраженное треніе брюшины). Вѣсъ 54 кг. Самочувствіе довольно хорошее¹⁾.

Относительно признаковъ, общихъ для всѣхъ больныхъ, отмѣчено слѣдующее: 1) Въ анамнезѣ у всѣхъ имѣются указанія на пред-

¹⁾ 26/x 905 было получено извѣстіе отъ мѣстнаго врача, наблюдавшаго за нимъ, что больной скончался повидимому отъ обостренія лейкоміи.

шедствующіе лихорадочные приступы, то болѣе продолжительные, то менѣе; 2) увеличеніе селезенки въ большей или меньшей степени у всѣхъ; то же самое—относительно печени. 3) За исключеніемъ одного случая (Егоровъ) у всѣхъ наблюдалось кровотеченіе изъ носу и у двоихъ (Сивачевъ и Пѣтухова) въ подкожную клѣтчатку. 4) Альбуминурія—только въ двухъ случаяхъ. Что же касается измѣненій въ величинѣ селезенки подѣ вліяніемъ рентгенизаціи, то обычно замѣчалось слѣдующее. Въ теченіи нѣкотораго времени, по видимому, существуетъ скрытый періодъ дѣйствія X-лучей на селезенку, послѣ чего уже начинается ясно обнаруживаться уменьшеніе ея въ величинѣ; сначала какъ бы уменьшеніе идетъ на счетъ толщины селезенки, а затѣмъ уже день за днемъ можно прослѣдить уменьшеніе и по другимъ направленіямъ, напр. съ краевъ. Печень также уменьшается, но не такъ замѣтно. Изъ побочных дѣйствій X-лучей замѣчено у всѣхъ больныхъ за исключеніемъ одного—появленіе болей въ животѣ и жидкое послабленіе на низъ тотчасъ послѣ примѣненія X-лучей; у одного же больного отмѣчено и появленіе шума тренія брюшины (периспленить). Такое раздраженіе брюшины и кишекъ наблюдалось обыкновенно только вначалѣ примѣненія X-лучей, при послѣдующихъ же сеансахъ этого не наблюдалось.

Ожога кожи наблюдалась въ 4 случаяхъ и въ одномъ случаѣ (Сивачевъ—1-ый случай лейкоэміи) очень тяжелая; въ теченіи 6 мѣсяцевъ язва только уменьшалась, достигнувъ размѣровъ серебряннаго рубля, но не заживала; въ остальныхъ же 3-хъ случаяхъ ожоги были легкія. Въ 5-омъ случаѣ наблюдалась лишь гиперемія кожи подѣ конецъ лѣченія лучами (пигментация).

Нѣкоторыя особенности въ теченіи болѣзни отмѣчены въ двухъ случаяхъ. У Валѣева (демонстрируемый) безъ всякой видимой причины сдѣлалось воспаленіе средняго уха, температура повысилась, одновременно съ этимъ рѣзко увеличилась селезенка почти до прежнихъ размѣровъ; съ прекращеніемъ же процесса въ ухѣ, когда появилась изъ уха серознаго характера жидкость и температура пала, замѣтно стала уменьшаться и селезенка и въ нѣсколько дней размѣры ея достигли прежнихъ, наблюдавшихъ до появленія осложненія. Со стороны крови въ этотъ періодъ было замѣчено лишь увеличеніе числа лимфоцитовъ.

Такимъ образомъ изъ 5 случаевъ міелогенной лейкоэміи ко времени настоящаго доклада можно было думать о летальномъ исходѣ одного лишь больного, Сивачева, перваго больного, подвергнутаго такому лѣченію, и только послѣ спустя нѣкоторое время, какъ это видно

изъ сносокъ настоящаго протокола, стало извѣстнымъ, что погибли и другіе трое; остается неизвѣстной дальнѣйшая судьба одного лишь больного Валѣева. По времени поступленія въ клинику больные распредѣлялись въ такомъ порядкѣ: 1) Сивачевъ, 2) Егоровъ, 3) Кузнецовъ, 4) Валѣевъ и 5) Пѣтухова.

Въ преніяхъ, вызванныхъ докладомъ, принимали участіе Д-ра Заболотновъ, Любенецкій, Казанскій и Валицкій, при чемъ докладчику была высказана благодарность Обществомъ за интересное сообщеніе, явившееся на этотъ разъ однимъ изъ первыхъ въ Россіи.

4) По окончаніи преній проф. А. Н. Каземъ-Бекъ сообщилъ объ одномъ случаѣ непроходимости пищевода вслѣдствіе раковаго пораженія *cardiae*, лѣченнаго введеніемъ въ пищеводъ къ мѣсту суженія бромистаго радія въ приспособленномъ для этой цѣли инструментѣ, который и былъ тутъ же демонстрированъ. Результатъ такого лѣченія оказался очень хорошимъ. Послѣ 10 сеансовъ, каждый разъ бромистый радій оставался на часъ въ пищеводѣ, проходимость возстановилась на столько, что больной безъ затрудненія могъ проглатывать и твердую пищу; до этого же у больного съ трудомъ проходила жидкая пища.

5) Д-ръ Казанскій сообщилъ, что имъ получено изъ Нижняго Новгорода отъ дѣйствительнаго члена Общества д-ра В. А. Арнольдова открытое письмо, въ которомъ онъ проситъ выразить Обществу искреннее соболѣзнованіе его по случаю смерти почетнаго члена Общества, проф. Н. М. Любимова.

Съ своей стороны, лично отъ себя, д-ръ Казанскій выразилъ глубокую скорбь по поводу столь неожиданной и невознаградимой утраты, понесенной Обществомъ въ лицѣ умершаго проф. Любимова, $\frac{1}{4}$ вѣка неустанно и столь плодотворно работавшаго на пользу Общества.

6) Д-ръ Казанскій, заявивъ, что онъ намѣренъ печатать въ «Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ» свои два большіе доклада о санитарномъ состояніи г. Казани и по вопросу объ устройствѣ въ городѣ канализаціи, читанные въ Казанскомъ Военно-Санитарномъ Обществѣ въ апрѣлѣ 1905 г., просилъ Общество выдать ему вмѣсто 50 по 200 безплатныхъ оттисковъ той и другой статьи. Общество выразило свое согласіе.

7) По предложенію предсѣдателя, поддержанному другими, единогласно рѣшено почтить 25-лѣтнюю врачебную дѣятельность проф. В. И. Разумовскаго, избравъ его почетнымъ членомъ Общества.

8) Предложены въ члены О-ва Д-ра Любенецкій, Кушинскій и Боголюбовъ.

Предсѣдатель проф **А. Каземъ-Бекъ.**

Секретарь **Валицкій.**

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

19-го Декабря 1906 г.

Засѣданіе открыто въ 8 $\frac{1}{4}$ час. вечера подъ предсѣдательствомъ проф. Неболюбова при секретарѣ Оаворскомъ.

Присутствовали: Заболотновъ, Чарушинъ, Гиммель, Первушинъ, Лурія, Чалусовъ, Фофановъ, Соколовъ, Шибковъ, Идельсонъ, Надель-Пружанская, Илговскій, Цыпкинъ, Островскій, Горяевъ и около 60 человѣкъ посторонней публики.

ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

Д-ръ Заболотновъ. Еще случай Банти (съ демонстраціей препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Горяевъ. Настоящій случай имѣетъ большое значеніе для выясненія патолого-анатомической и клинической картины т. наз. morbus Banti.

Какъ видно, патолого-анатомически онъ относится къ числу тѣхъ случаевъ, которые колеблютъ анатомическую обособленность и опредѣленность этой болѣзни.

Клинически этотъ случай настолько мало напоминаетъ ту картину, которую рисуетъ Banti, что предположеніе, не имѣемъ-ли мы здѣсь morbus Banti, было отвергнуто безъ всякихъ колебаній; въ самомъ

дѣлѣ, *isterus gravis*, которую представлялъ больной, 3-лѣтняя продолжительность желтухи, полное отсутствіе указаній на предшествующій анемическій періодъ—все это исключало возможность предположенія *morbus Banti* въ данномъ случаѣ.

Остановлюсь вообще на распознаваніи интересующей насъ болѣзненной формы. Ни *Banti*, ни другіе авторы, придерживающіеся его описанія болѣзни, повидимому, не даютъ опорныхъ пунктовъ для распознаванія *morbus Banti* въ анемическомъ періодѣ отъ *anaemia splenica*.

Не буду останавливаться на 2-мъ періодѣ болѣзни—кратко-временномъ, а по нѣкоторымъ авторамъ и необязательномъ.

Какіе опорные пункты указываются для дифференціального діагноза между *m. Banti* въ ея 3-мъ, асцитическомъ періодѣ и обыкновеннымъ Лаеннековскимъ циррозомъ печени? Во первыхъ,—величина селезенки, значительно большая при *m. Banti*, чѣмъ при циррозѣ; но это различіе количественно, а не качественное; если оно, можетъ быть, имѣть значеніе въ своихъ крайнихъ границахъ, то всегда могутъ встрѣтиться случаи съ средней величиной селезенки, гдѣ этотъ дифференціально-діагностическій признакъ не примѣнимъ. Затѣмъ указываютъ какъ на характерное для *m. Banti* явленіе—на быстрое теченіе цирроза при ней, т. е. скорое наступленіе *exitus letalis* послѣ появленія симптомовъ цирроза печени. Опять таки мы имѣемъ количественное различіе. Здѣсь напрашивается такое сопоставленіе: при порокахъ сердца (недостаточность двустворчатого клапана) описанъ особый симптомокомплексъ, т. наз. печеночно-селезеночный, заключающійся въ томъ, что извѣстное болѣе или менѣе продолжительное время застой крови въ большомъ кругѣ кровообращенія проявляется только увеличеніемъ печени (первичнымъ) и селезенки (вторичнымъ, вскорѣ присоединяющимся къ первому) безъ отека ногъ и аспита. Почему не можетъ быть такой же послѣдовательности симптомовъ при циррозѣ печени, т. е. почему явленія застоя въ системѣ *v. portae* при циррозѣ печени не могутъ выражаться въ теченіе сравнительно долгаго періода только увеличеніемъ селезенки безъ аспита, который присоединится лишь въ поднѣйшихъ, близкихъ къ исходу, стадіяхъ болѣзни?

Настоящій случай мнѣ кажется очень поучительнымъ именно въ этомъ отношеніи: патолого-анатомъ высказалъ мнѣніе, что первичнымъ заболѣваніемъ нужно считать заболѣваніе печени, т. е. что мы здѣсь имѣемъ циррозъ съ послѣдовательнымъ увеличеніемъ и фибрознымъ перерожденіемъ селезенки; между тѣмъ асцитъ появился у больного только въ маѣ с. г., т. е. въ нашемъ случаѣ цирроза печени мы имѣемъ

продолжительность аспитического періода не большую, чѣмъ считается характернымъ для m. Banti.

Итакъ, и продолжительность аспитического періода, по моему мнѣнію, не можетъ служить опорнымъ пунктомъ для распознаванія m. Banti.

Состояніе крови, повидимому, то же не поможетъ намъ при постановкѣ діагноза: анэмическія измѣненія крови наблюдаются и при обыкновенномъ циррозѣ; съ другой стороны самъ Banti въ послѣднее время заявляетъ, что при m. Banti не всегда эти измѣненія рѣзко выражены.

Содержаніе лейкоцитовъ то же не представляетъ большой разницы: при m. Banti б. ч. число лейкоцитовъ не превышаетъ 10000, при циррозѣ Влаевъ нашелъ его равнымъ 12000—17000.

Характеръ картины morbi Banti: длительное теченіе, различный характеръ картины въ различныхъ періодахъ болѣзни—указываютъ на необходимость для распознаванія или наблюденія больного въ теченіе нѣлаго ряда лѣтъ, что б. ч. не доступно,—или подробныхъ и отчетливыхъ анамнестическихъ данныхъ, на которыхъ большинство авторовъ, дѣйствительно, и основываютъ діагнозъ.

Насколько вообще путь анамнеза не надеженъ и субъективенъ, прекраснымъ примѣромъ, по моему мнѣнію, можетъ служить 1-й случай С. Груздева, гдѣ авторъ дѣлаетъ такіе выводы изъ анамнеза, которые мнѣ кажутся, по меньшей мѣрѣ, слишкомъ смѣлыми.

Banti, между прочимъ, придаетъ большое значеніе отсутствію въ анамнезѣ указаній на заболѣванія, являющіяся этиологическимъ моментомъ атрофическаго цирроза. Не говоря уже о томъ, что анамнезъ можетъ стричать заболѣванія, на самомъ дѣлѣ имѣвшія мѣсто, я хочу указать на одну частность: по Banti въ анамнезѣ не должно быть маляріи, между тѣмъ въ теченіе 1-го періода m. Banti наблюдается, по С. Груздеву, неправильная лихорадка перемежнаго типа. Часто-ли мы располагаемъ настолько обстоятельнымъ анамнезомъ, чтобы при указаніи на такого рода лихорадку могли съ увѣренностью сказать, чѣмъ она обуславливалась—маляріей или болѣзью Banti?

Приведенныя соображенія заставляютъ меня сомнѣваться въ клинической обособленности и опредѣленности т наз. болѣзни Banti.

Скажу еще нѣсколько словъ объ одномъ измѣненіи, внесенномъ въ картину болѣзни Banti Senator'омъ. Senator считаетъ характернымъ для этой болѣзни такое состояніе крови: уменьшеніе числа красныхъ кров. шариковъ, еще болѣе значительное пониженіе содержанія гемоглобина и лейкопенію.

Первые два признака настолько обычны при анэмических состоянияхъ, что не могутъ имѣть дифференціально-діагностическаго значенія. Не столь частое явленіе—лейкопенія; но я знаю изъ литературы и изъ собственныхъ наблюденій, что лейкопенія довольно характерна для маляріи, особенно для хроническихъ формъ ея. Если мы еще примемъ во вниманіе, что Senator не считаетъ исключаяющимъ болѣзнь Banti моментомъ не только малярію въ анамнезѣ, но и присутствіе плазмодій въ крови, то естественно возникаетъ вопросъ, не относятся ли Senator всѣ случаи хронической маляріи къ болѣзни Banti въ ея анэмическомъ періодѣ (вѣдь онъ стремится найти опорные пункты для діагноза болѣзни въ этомъ періодѣ) и случаи малярійнаго цирроза къ болѣзни Banti въ ея послѣднемъ періодѣ.

Долженъ, впрочемъ, замѣтить, что я встрѣчалъ лейкопенію во всѣхъ случаяхъ спленомегаліи, въ числѣ которыхъ были и не имѣвшіе въ анамнезѣ маляріи.

Заболотновъ. Anaemia splenica м. б. тождественна съ псевдолейкеміей. При anaemia splenica лимфатическія железы увеличены, а при болѣзни Банти ихъ нѣтъ. Что касается маляріи, то я долженъ сказать, что при ней мы встрѣчаемъ пигментъ, а при болѣзни Банти этотъ пигментъ наблюдается не всегда, да и то только бурый и при этомъ его очень мало.

Предсѣдатель благодарить докладчика.

Д-ръ Гиммель. Нѣсколько словъ по поводу *spirochetæ pallidas* (спириллы сифилиса).

П Р Е Н І Я.

Др. Оаворскій. Мнѣ думается, что въ Вашихъ изслѣдованіяхъ Вы потому мало встрѣчали *spirochaeta pallida*, что Вы больше манипулировали съ сифилитическими продуктами открытыхъ мѣстъ тѣла, гдѣ, какъ мнѣ извѣстно, встрѣчается *spirochaeta refringens*. *Spirocheta pallida* встрѣчается больше въ глубокихъ частяхъ тѣла, крови и т. д. Затѣмъ, я не согласенъ, что методъ Levatidi не надежный. Лично на лекціи проф. Мечникова я видѣлъ прекрасные препараты по этому методу. Правда, спириллы были тамъ нѣсколько короче и толще, но онѣ сохраняли всѣ свои внѣшнія характерныя особенности.

Гиммельъ. Я долженъ Вамъ возразить, что именно въ крови *spirochaeta pallida* почти не встрѣчается. Что касается метода серебрянія спириллъ, то я долженъ сказать, что авторы, работавшіе напр. съ методомъ серебрянія спириллъ по Bieschowski, нашли этотъ методъ серебрянія совершенно непригоднымъ. Мы же знаемъ, что методъ Levatidi есть тоже методъ серебрянія, а потому я полагалъ бы, что онъ также едва ли можетъ быть вѣрнымъ способомъ окраски спириллъ.

Өаворскій. Настаивая еще разъ на полной красотѣ и полной надежности окраски спириллъ по Levatidi, считаю нужнымъ указать, что я видѣлъ препараты окраски спириллъ его Bielschowsky и вполне съ Вами согласенъ, что Bielschowsky никуда негодный методъ для окраски спириллъ. Онъ красилъ, повидимому, и самую ткань препарата, благодаря чему картина получается совершенно иная, чѣмъ на препаратахъ по методу Levatidi. То обстоятельство, что оба метода окраски однородные въ смыслѣ своей главной составной части даютъ различные результаты, не должно никого смущать. Компоненты обоихъ методовъ слишкомъ различны, чтобы ожидать одинаковаго отношенія серебра къ спирилламъ и тканямъ препарата. Возьмите для примѣра методы Golgi и Ramon-y-Cajal. Въ то время какъ первый вполне затушевываетъ внутреннее строеніе нервной клѣтки, второй открываетъ тончайшее ея строеніе, хотя въ обоихъ методахъ главная составная часть окраски серебро.

Виноградовъ указываетъ на то, что препаратъ посеребренный, выставленный для демонстраціи, представляетъ истинныя спириллы сифилиса, по утверженію проф. Орта.

Васильевъ. Я изслѣдовалъ въ 7 случаяхъ сифилитическіе продукты и тамъ, гдѣ была кровь, *spirocheta pallida* почти не встрѣчалась; въ тѣхъ же мазкахъ, гдѣ не было крови, *spirocheta pallida* встрѣчалась въ значительномъ количествѣ. Мнѣ пришлось видѣть тѣ препараты, которые были доставлены моимъ товарищемъ д-ромъ Виноградовымъ изъ Берлина отъ проф. Орта и которые были демонстрированы послѣднимъ за несомнѣнныя *spirocheta pallida*. Меня удивило значительное количество спирохетъ въ этихъ препаратахъ. Присматриваясь внимательнѣе, бросается въ глаза расположеніе этихъ извитыхъ импрегнированныхъ элементовъ. Я высказываю предположеніе, не есть-ли т. наз. *spirochetae pallidae*—импрегнированные по Levatidi сморщенные периферическіе ободки клѣтокъ, а можетъ быть также и соединительно-тканныя волокна.

Предсѣдатель благодарилъ докладчика.

1. На 2-ю степендію имени Ротштейна въ 1-й Гимназіи предложень ученикъ Ефимовъ.

Закрытая баллотировка даетъ 18 избират. и 3 неизбир.

Считается избраннымъ.

2. На стипендію имени Ротштейна въ университетѣ подали прошеніе:

	избир. неизб.	
Студ. Полянской, получившій при закрытой баллотир.	9	12
Владиміровъ — — —	2	19
Пономаревъ — — —	9	12
Никольскій — — —	4	17
Кривошеинъ — — —	2	19
Эмдинъ — — —	8	13
Купрюхинъ — — —	2	19
Соболевскій — — —	3	18
Фрацлеръ — — —	8	13
Сычкинъ — — —	4	17
Князевъ — — —	7	14
Голохвастовъ — — —	18	3
Каганъ — — —	2	19
Рутманъ — — —	11	10
Благодаровъ — — —	6	15
Мямыцынъ — — —	9	12
Михалевъ — — —	5	16

Считается избраннымъ Голохвастовъ.

3. Закрытая баллотировка въ дѣйствительные члены Общества

Боголюбовъ —	14 избир. и 7 неизбир.
Виноградовъ К. В.	15 избир. и 6 неизбир.
Кашинская	16 избир. и 5 неизбир.
Любенецкій	17 избир. и 4 неизбир.

Предложены въ члены Общества врачи Гликманъ и Чебоксаровъ.

Засѣданіе закрывается въ 12³/₄ ч. ночи.

Предсѣдатель А. Н. Каземъ-Векъ,

Секретарь А. Оаворскій.

Милостивый Государь

Г. Редакторъ.

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать въ ближайшемъ № Вашего изданія слѣдующее обращеніе по поводу съѣзда:

Х Пироговскій съѣздъ постановилъ: «въ виду того, что въ настоящее время накопилось очень много важныхъ вопросовъ фабрично-заводской медицины и санитаріи, по которымъ то или другое рѣшеніе необходимо въ возможно скоромъ времени въ виду предстоящаго пересмотра всего рабочаго законодательства, между тѣмъ на текущемъ съѣздѣ въ секціи фабрично-заводской медицины не было возможности за краткостью времени и многочисленностью другихъ секціонныхъ работъ поднять и обсудить всѣ неотложно выдвигаемые жизнью различные вопросы по фабричной медицинѣ и санитаріи, созвать врачебный съѣздъ специально по вопросамъ медицины и санитаріи фабрично-заводской, горно-заводской, сельскохозяйственной и проч. промышленности. Съѣздъ долженъ быть созванъ въ возможно скоромъ времени въ концѣ 1907 г., или въ началѣ 1908 г. въ Москвѣ при Правленіи Общества. Организацию такого съѣзда поручить правленію съ привлеченіемъ тѣхъ лицъ и организацій, которыя будутъ признаны нужными». Исполняя это постановленіе, Правленіе, согласно заключенію образованной имъ особой комиссіи по устройству съѣзда ¹⁾, доводитъ до свѣдѣнія всѣхъ лицъ, интересующихся санитарно-врачебными вопросами фабрично-и горно-заводской промышленности: 1) что созывъ названнаго съѣзда предположенъ въ 1908 г., во время Пасхи; 2) что въ немъ, примѣнительно къ уставу Пироговскаго Общества, могутъ принимать участіе не только врачи, но и специалисты по соприкасающимся вопросамъ и 3) что во время съѣзда имѣютъ быть устроены осмотры фабричныхъ и больничныхъ учреждений г. Москвы и губерніи и выставка: а) предохранительныхъ приборовъ и аппаратовъ противъ различныхъ вредныхъ производствъ, не-

¹⁾ Въ составъ комиссіи входятъ: 3 члена Правленія Пироговскаго О-ва, 6 членовъ О-ва фабричныхъ врачей, 11 его дѣйствит. членовъ, делегаты отъ союза помощниковъ врачей, санитарные врачи.

счастливых случаев, профессиональных заболеваний, в) по организации медицинской помощи (планы, фотографии, модели и обстановка больничных учреждений, приемных покоев, родильных, яслей и проч., статистические и регистрационные карты, таблицы и диаграммы. с) Литература по вопросам фабрично-заводской медицины и санитарии на русском и иностранных языках.

Предлагая вниманию лиц, интересующихся предположенным съездом, прилагаемый проект программных вопросов, выработанный Коммиссией, Правление просит: 1) принять участие в предстоящем съезде, 2) прислать к 1-му сентября свои замечания на проект программных вопросов и 3) сообщить заглавие доклада, если кто пожелает сделать таковой. Подробности устройства съезда и список программных вопросов будут окончательно установлены и опубликованы Правлением осенью текущего года.

Проект программных вопросов.

1. Санитарная обстановка работ при производствах в различных отраслях профессионального труда.
2. Приемы и способы удаления твердых и жидких отходов производства.
3. Санитарная обстановка жилых помещений рабочих в зданиях, принадлежащих предпринимателям, нанимаемых на стороне квартирах, поселках, собственных домах и проч. Меры к коренному разрешению жилищного вопроса для рабочего населения.—4. Пищевое довольствие рабочих разных профессий.
5. Физическое развитие и состояние здоровья рабочих разных профессий. Заболеваемость и смертность фабричного населения (взрослых и детей). Профессиональные болезни. Осмотр рабочих.
6. Рабочий день. Детский и женский труд.
7. Распространение среди рабочих алкоголизма, туберкулеза, сифилиса и других заразных болезней. Меры борьбы с ними.
8. Травматические повреждения. Регистрация, статистика и экспертиза их. Практика применения закона 1903 г.
9. Классификация и номенклатура производств, промыслов и занятий.
10. Страхование рабочих.
11. Медицинская помощь и санитарный надзор на фабриках, заводах, промыслах, в ремесленных заведениях и проч.—Приюты для неизлечимо-больных и престарелых.
12. Медицинский персонал. Его правовое, экономическое и бытовое положение. Союзы, общества, страхование его.
13. Воспитательно-образовательные учреждения для рабочих и их семей.
14. Вспомогательные учреждения для рабочих.
15. Фабричное законодательство.
16. Доклады по непрограммным вопросам.

Желательно, чтобы каждый докладчик касался как настоящего положения трактуемого им вопроса, так и необходимых изменений его в будущем и принимал во внимание по возможности имеющиеся обязательные постановления и проекты рабочего законодательства.

Правление Пироговского Общества.