

КАЗАНСКІЙ
МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1908 Г.

БИБЛИОТЕКА
ДЕТСК. КЛ.
К. Г. М. И.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.

СОДЕРЖАНІЕ.

	<i>Стр.</i>	
I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.		
Д-ръ М. Чалусовъ. Значеніе X лучей какъ метода изслѣ- дованія въ медицинѣ.	1.	
Проф. Н. М. Любимовъ. Къ ученію объ острой лейкеміи. (Продолженіе).	18.	
Р. Ундринцевъ. Сухо-воздушныя и продолжительныя во- дяныя (термически индифферентныя) ванны при лѣченіи хрони- ческихъ нефритовъ. (Окончаніе)	48.	
Сообщеніе объ устройствѣ Международнаго Съѣзда дѣя- телей по борьбѣ съ бугорчаткой.	83.	
II. ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Импе- раторскомъ Казанскомъ Университетѣ. 1904—1908 г.г.		1—46



КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЬ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VII.

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1908 Г.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.

СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Д-ръ **М. Чалусовъ**. Значеніе X лучей какъ метода изслѣ-
дованія въ медицинѣ. 1.

Проф. **Н. М. Любимовъ**. Къ ученію объ острой лейкеми.
(Продолженіе). 18.

Р. Ундрицевъ. Сухо-воздушныя и продолжительныя во-
дяныя (термически индифферентныя) ванны при лѣченіи хрони-
ческихъ нефритовъ. (Окончаніе). 48.

Сообщеніе объ устройствѣ Международнаго Съѣзда дѣя-
телей по борьбѣ съ бугорчаткой. 83.

II. ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Импе-
раторскомъ Казанскомъ Университетѣ.
1904—1908 г.г. 1—46.



ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Значеніе X лучей какъ метода изслѣдованія въ медицинѣ *).

Д-ра М. Чалусова.

М-ья Г-ни и М-ые Г-ри!

Задача нашей науки медицины, выражаясь кратко, врачевать страждущаго человѣка; но это просто и кратко выраженная задача чрезвычайно сложна, чрезвычайно отвѣтственна, и возможность выполненія ея достижима лишь при удовлетвореніи извѣстныхъ опредѣленныхъ требованій. Среди этихъ требованій необходимо упомянуть стремленіе установить понятіе средняго нормальнаго человѣческаго организма, ясное представленіе о нормальныхъ индивидуальных отклоненіяхъ, изученіе условий, благопріятствующихъ не только сохраненію, но и процвѣтанію этихъ двухъ типовъ, изученіе причинъ, въ широкомъ смыслѣ этого слова, вліяющихъ вредно на жизнь организма; отсюда необходимость установить понятіе „болѣзни“, ихъ типы, признаки, причины въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ...

И только послѣ достаточныхъ знаній всѣхъ этихъ условий возможно мыслить о леченіи въ собственномъ смыслѣ этого слова.

Я не ставлю своей задачей разбирать въ данный моментъ значеніе cadaго изъ упомянутыхъ мной условий въ дѣлѣ леченія страждущаго человѣка. Для cadaго ясно и понятно, что, прежде чѣмъ лечить, необходимо знать, что лечить, какой болѣзненный

*) Рѣчь, сказанная въ годичномъ засѣданіи Общества врачей 27 января 1908 года.

процессъ въ каждомъ данномъ случаѣ; гдѣ онъ гнѣздится и какіе размѣры принялъ онъ въ данный моментъ. Для этихъ распознавательныхъ цѣлей медицина пользуется не только методами, возникающими такъ сказать внутри ея самой, но и всѣми средствами, какія даютъ другія отрасли человѣческаго знанія, часто не имѣющія прямого отношенія къ нашей наукѣ. Въ настоящее время я позволю себѣ занять Ваше вниманіе лишь краткимъ обзоромъ примѣненія X—лучей въ медицинѣ съ діагностической цѣлью; детальное же изученіе ихъ свойствъ принадлежитъ физикѣ.

Въ декабрѣ 1896 г. появилось первое сообщеніе Röntgen'a ¹⁾ объ открытіи имъ интереснаго явленія, которое онъ называлъ X—лучами. Съ тѣхъ поръ примѣненіе этихъ лучей въ медицинѣ достигло такого широкаго распространенія, какого не знаетъ почти ни одно открытіе. Сами собою напрашиваются вопросы, почему эти лучи Röntgen'a названы X—лучами и почему они такъ быстро и широко вошли въ жизнь. Изслѣдованіе самаго Röntgen'a и вслѣдъ за нимъ многихъ другихъ физиковъ показали, что эти лучи имѣютъ сходство и разницу съ солнечными лучами, и разница эта настолько велика и существенна, что отождествить ихъ съ послѣдними въ настоящее время еще не представляется возможнымъ. X—лучи распространяются прямолинейно, скорость ихъ распространенія по опредѣленію Blondlot равна скорости распространенія лучей солнца, но X—лучи при этомъ не отражаются и не преломляются и стало быть при подходящихъ условіяхъ они должны проникать всякое тѣло, давая на своемъ пути тѣни, силуэты сообразно степени поглощенія ихъ проходимымъ тѣломъ; магнитное и электрическое поле ихъ не отклоняютъ. Далѣе по своему химическому дѣйствию на чувствительныя среды они аналогичны солнечному свѣту и производятъ такой же эффектъ и какъ свѣтъ солнца: они вызываютъ фосфоресценцію и флюоресценцію различныхъ тѣлъ. Принявъ во вниманіе, что, каждая статическая машина съ достаточнымъ напряженіемъ, снабженная трубкой съ разрѣженнымъ пространствомъ, можетъ дать лучи Röntgen'a, которые можно обнаружить флюоресцирующимъ экраномъ, легко понять ихъ быстрое распространеніе.

Тѣло животныхъ оказалось для X—лучей неравномѣрно прозрачнымъ, нѣкоторыя ткани на воспринимающемъ экранѣ даютъ тѣни сулуэты и, стало быть, изучивъ силуэты тканей нормальнаго организма возможно съ нѣкоторой достовѣрностью прійти къ заключенію о характерѣ патологическихъ измѣненій. Отсюда понятенъ тотъ восторженный пріемъ, который медицина оказала и оказываетъ до настоящаго времени X—лучамъ. Ближайшая моя задача представить Вамъ краткій обзоръ какъ областей примѣненія лучей Röntgen'a, такъ и того, что они даютъ намъ въ этихъ областяхъ.

Считаю необходимымъ оговориться, что термины рентгеноскопія и радіоскопія, рентгенографія и радіографія взаимно равнозначущи.

Голова. Радіоскопія и радіографія при изученіи головы наша себѣ примѣненіе не только въ паталогическихъ случаяхъ, но и въ нормальныхъ. Прежде всего необходимо указать на изученіе радіографіей островковъ окостененія, развитія костей и полостей. Кто знакомъ съ процессомъ гистологическаго изученія островковъ окостененія у зародыша, тотъ знаетъ, какой огромный трудъ требуется при выполненіи этой работы, и кромѣ того зародышъ фиксированный и изрѣзанный не годится для другихъ гистологическихъ изслѣдованій. При рентгенографіи зародышъ даетъ ясную картину всѣхъ своихъ костныхъ особенностей, оставаясь совершенно цѣлымъ, и если онъ въ скелетѣ головы и другихъ частей представляетъ своего рода unicum, нѣтъ надобности приносить его въ жертву: рентгенографія сохраняетъ картину и даетъ возможность изучать ее въ отдаленныхъ углахъ міра... Изслѣдованія Scheiera'a и Bad'a и др. радіографіей островковъ окостененія по существу подтвердили извѣстныя данныя по этому вопросу. Радіографическія изслѣдованія даютъ полную исторію развитія отдѣльныхъ костныхъ частей головы, какъ черепной крыши, височной кости, полукружныхъ каналовъ и полостей и по мнѣнію авторовъ болѣе наглядно, чѣмъ гистологія. — Переходя къ паталогическимъ случаямъ, я имѣю ввиду не тѣ изъ нихъ, гдѣ діагнозъ ясенъ; прежде всего необходимо указать на фрактуры различныхъ частей черепа, гдѣ по суммѣ клиническихъ данныхъ трудно судить о мѣстѣ и степени поврежденія. Здѣсь радіографія оказываетъ неопредѣлимые услуги; снимая радіограммы въ различныхъ плоскостяхъ при различныхъ углахъ наклоненія трубки и изучая радіограмму при помощи стереоскопа, можно получить, какъ утверждаетъ Scheier, почти всегда положительный результатъ.

Одной изъ трудныхъ задачъ до послѣдняго времени было рѣшеніе вопроса о полостяхъ носа, ихъ размѣрахъ и отношеніяхъ къ сосѣднимъ частямъ. Случалось, а можетъ быть бываетъ и теперь, что предпринималась операція надъ sinus frontalis и при операціи оказывалось, что послѣдній не существуетъ совсѣмъ. Радіоскопія и радіографія устраняютъ эту сбивчивость нашихъ методовъ распознаванія. Scheier, Flatau ¹⁾ и др. того мнѣнія, что радіографія и радіоскопія позволяетъ довольно точно рѣшать вопросъ о существованіи и величинѣ добавочныхъ полостей носа. Гораздо труднѣе діагностицировать лучами Röntgen'a а нагноеніе добавочныхъ полостей. Правда при сравненіи на экранѣ больной и здоровой сторонъ на первой замѣчается ясное преобладаніе тѣни,

но изслѣдованія Scheir'a надъ здоровыми людьми нерѣдко давали такую же интенсивную тѣнь; въ этихъ случаяхъ радиоскопія даетъ лишь діагностическій плюсъ къ собраннымъ клинковой даннѣмъ. вмѣстѣ съ тѣмъ выясняется вопросъ о возможности и успѣшности зондирования придаточныхъ полостей носа, особенно sinus frontalis: по этому вопросу существуетъ столько же мнѣній, сколько авторовъ: такъ Cholewa ²⁾ утверждаетъ, что въ 60% всѣхъ случаевъ не только можно, но и легко, безъ радиоскопіи зондировать Sin. frontal. Scheier же ³⁾ изъ 30 случаевъ только въ 5 имѣлъ успѣхъ. Радиоскопія даетъ возможность не только зондировать Sinus, но даже направлять руку хирурга во время операціи. Такъ Spiss ⁴⁾ въ 1899 г. сообщилъ 8 случаевъ, гдѣ онъ оперировалъ подъ контролемъ радиоскопіи. Рядомъ съ этими изслѣдованіями не ускользаютъ отъ лучей Röntgen'a и новообразованія; въ этомъ вопросѣ важно не только діагностицировать опухоль, но и опредѣлить ея размѣры и отношенія къ сосѣднимъ частямъ; клиническія данныя, какъ извѣстно, не всегда могутъ рѣшить съ полной опредѣленностью этотъ вопросъ. По мнѣнію авторовъ радиографія со стереоскопіей служатъ здѣсь часто не только лучшими, но и единственными методами распознаванія. Meyer ⁵⁾ 1899, опредѣливъ новообразование праваго sin. maxil. степень его распространенія установилъ радиоскопіей, что обычными методами не могло быть достигнуто. Paul Hajmann ⁶⁾ въ 1901 г. показалъ Берлинскому ларингологическому обществу поучительную радиограмму остеомы носа у 13 лѣтняго мальчика и область ея распространенія. Проф. Eiselsberg ⁷⁾ въ своемъ сообщеніи о двухъ случаяхъ новообразованія въ полости черепа говоритъ, что въ обоихъ случаяхъ радиографія существенно облегчила задачи діагноза. Открытіе постороннихъ тѣлъ въ полости черепа радиоскопіей и радиографіей наиболѣе легки. Проф. Politzer ⁸⁾ сообщилъ случай огнестрѣльнаго раненія уха 15 лѣтъ тому назадъ, пуля проникла черезъ наружный слуховой проходъ и засѣла въ височной кости; радиоскопія указала точно ея мѣстонахожденіе и дала возможность съ успѣхомъ оперировать больного. Wassmund открылъ окостененіе ушного павильна, развившееся послѣ обмороженія.

Интересны и поучительны результаты изученія при помощи радиографій зубовъ; на первый взглядъ можетъ показаться страннымъ, что радиоскопіей и радиографіей можно изучать зубъ, на значительномъ протяженіи заложенный въ костной оправѣ, однако опытъ и наблюденія дали весьма богатый матеріалъ какъ для исторіи развитія, смѣны зубовъ, такъ и въ паталогическихъ случаяхъ. Не располагая временемъ болѣе подробно остановиться на этомъ во-

просѣ для иллюстраціи значенія радіографіи, всетаки не могу умолчать о томъ, что радіографіи принадлежитъ заслуга открытія причины нѣкоторыхъ зубныхъ невралгій, именно невралгій вслѣдствіе новообразованія дентина въ каналѣ корня зуба. Briard'у удалось при помощи X лучей въ случаѣ весьма сильныхъ невралгій зубного происхожденія, причину которыхъ выяснитъ не было никакихъ данныхъ, установить новообразование дентина въ каналѣ бокового рѣзца; послѣ соотвѣтствующей терапіи этого зуба невралгіи исчезли моментально.

Изслѣдованіе глаза обставлено столь точными и совершенными методами, что повидимому примѣненіе здѣсь радіоскопіи малоцѣнно. Однако въ 1901 г. D-r Abt въ своей тезѣ сообщилъ 108 случаевъ постороннихъ тѣлъ орбиты и глаза; изъ нихъ въ 95 случаяхъ радіографія дала положительные результаты, въ 13 отрицательные, изъ этихъ 13 въ 3 случаяхъ постороннее тѣло отсутствовало; величина этихъ тѣлъ колебалась отъ величины пули до 0,4—0,1 mm., а вѣсъ достигалъ одного миллеграмма! Авторъ отдавая должное офтальмаскопу и сидероскопу, тѣмъ не менѣе не отрицаетъ значенія здѣсь радіоскопіи особенно для задняго отдѣла глаза. Заключивъ главу о значеніи радіоскопіи при изученіи головы, Scheier говорить: „за пять лѣтъ радіографія дала намъ неожиданные результаты, но это мало по сравненіи съ тѣмъ, что мы можемъ ожидать отъ нея“.

Область шеи. Въ области шеи мы встрѣчаемся съ верхними отдѣлами воздухоносныхъ путей и пищеварительнаго тракта, сосудами, нервами и железами. Примѣненіе въ этой области X—лучей затрудняется сравнительно малой оптической разницей мягкихъ частей и слышѣемъ ингенсивнымъ силуэтомъ позвоночнаго столба и потому мнѣнія авторовъ о значеніи радіоскопіи здѣсь расходятся. Такъ Herzfeld не признаетъ за радіоскопией особенныхъ заслугъ въ дѣлѣ изслѣдованія гортани, а Semon думаетъ, что при помощи X лучей можно установить даже дифференціальный діагнозъ между фибромами и злокачественными новообразованиями гортани. Однако другіе спеціалисты не раздѣляютъ мнѣнія Semon'a и думаютъ, что опухоли гортани опредѣляются лишь тогда, когда онѣ достигаютъ значительнаго размѣра, а слой окружающихъ мягкихъ частей не слишкомъ толстъ. Представляя развитію техники радіоскопіи рѣшить этотъ вопросъ, я долженъ указать на то, что и въ этой области кое что сдѣлано. Rosenberg⁹⁾ сообщилъ два случая паралича голосовыхъ связокъ, для объясненія которыхъ не было достаточныхъ клиническихъ данныхъ, радіографія показала присутствіе новообразованія въ mediastinum, захватившаго n. recurrens. Подобные же случаи наблюдали Grunmach, A. Ruault, Mignon и др.:

Открытие X лучами постороннихъ тѣлъ въ области шеи не представляетъ трудностей.

Здѣсь безъ большого труда можно діагностицировать суженія пищевода, его дивертикулы и новообразованія; въ этомъ случаѣ пользуются или назначеніемъ порошки висмута или вводятъ прозрачныя для X лучей мягкія трубки, наполненныя металлическимъ порошкомъ, опилками, ртутью и т. п. Что касается шейной части позвоночника, то картина получается ясная. Ridard могъ напр. радиоскопически поставить діагнозъ *arthrit. rheumat. chronica*, обусловившій *torticollis*. Проф. Eiselsberg имѣлъ случай констатировать воспаленіе нѣсколькихъ шейныхъ позвонковъ. Многие авторы пользуются X лучами не только для діагноза, но и производятъ различныя манипуляціи подъ контролемъ ихъ; прежде чѣмъ приступить къ тому или другому руководѣнью при трахеоскопіи или эзофагоскопіи, во многихъ случаяхъ рекомендуется освѣтить пути X лучами.

Грудь. Одну изъ трудныхъ областей для примѣненія радиоскопіи и радиографіи представляетъ изъ себя грудь; трудность радиоскопированія здѣсь заключается не столько въ полученіи картины, сколько въ толкованіи ея, въ выясненіи всѣхъ деталей благодаря крайней сложности пространственныхъ отношеній. Тѣмъ не менѣе X лучи и здѣсь даютъ, можно сказать богатый и поучительный матеріалъ. Для распознаванія туберкулеза легкихъ существуетъ не мало средствъ, изъ которыхъ самое вѣрное это открытіе бациллы Koch'a въ мокротѣ, однако она не всегда открывается микроскопомъ. Проф. Bouchard ³⁾ высказалъ соображеніе, что радиоскопія и радиографія можетъ обнаружить наличность легочнаго туберкулеза ранѣе, чѣмъ укажетъ его микроскопъ, перкуссія и аускультация. Rendu, Maragliano, M. Williams, Bécèle подтвердили это предположеніе, сообщивъ рядъ случаевъ, гдѣ измѣненіе верхушекъ уже отмѣчалось на экранѣ, клиническіе же признаки отсутствовали. Вспомогательнымъ средствомъ при этомъ служить наблюденіе за движеніемъ діафрагмы. Williams, а за нимъ Maragliano, Bozuolo, Kelsch и др. замѣтили, что ранѣе другихъ клиническихъ признаковъ легочнаго туберкулеза діафрагма на больной сторонѣ опускается менѣе, чѣмъ на здоровой, феноменъ этотъ выступаетъ яснѣе при глубокомъ вдыханіи. Рядомъ съ этимъ наблюдается состояніе плевръ и перибронхіальныхъ железъ; X лучи открываютъ пораженіе перибронхіальныхъ железъ тогда, когда перкуссія не можетъ заподозрить существованіе этого факта. „Эти железистыя массы, говоритъ Dr. Claude ³⁾, опознаются въ видѣ тѣней неправильно закругленныхъ, болѣе темныхъ въ центрѣ, окаймляющихъ тѣнь позвоночника на уровнѣ 2, 3 и 4 спинного

позвонка, продолжаясь до средней трети груди и преобладая по интенсивности часто на одной сторонѣ. Любопытныя данныя получили Kelsch и Voianon относительно скрытаго туберкулеза, они изслѣдовали X лучами 124 молодыхъ солдата, поступившихъ въ госпиталь по другимъ болѣзнямъ; они говорятъ: „флюорэцирующий экранъ намъ позволилъ сдѣлать въ нѣкоторомъ родѣ патолого-анатомическое изслѣдованіе in vivo и подтвердить наблюдаемый патолого-анатомами фактъ: именно 1 или 2 на 5 изъ этихъ молодыхъ людей страдали скрытымъ туберкулезомъ. Бронхиты острые не представляютъ препятствія для X лучей, но стенозъ большого бронха распознается: заставляя больного глубоко вдохнуть и остаться нѣсколько времени въ этомъ положеніи, легко наблюдать смѣщеніе средостѣнія въ больную сторону, затѣмъ mediastinum занимаетъ свое мѣсто: объясненіе факта ясно-здоровое легкое быстро наполняется воздухомъ, отгѣсняетъ mediastinum, расправившись, больное легкое ставитъ mediastinum на свое мѣсто. Emphysema легкихъ характеризуется большей ясностью и большимъ объемомъ изображенія легкихъ, пониженіемъ діафрагмы и меньшей амплитудой ея движеній.

Отекъ легкихъ и бронхопнеймоніи не даютъ рѣзкихъ радиографическихъ картинъ и ждутъ болѣе совершенной техники. но пнеймоніи даютъ цѣнныя указанія; примѣненіе здѣсь X лучей при современной техникѣ затрудняется тяжелымъ положеніемъ больныхъ взрослыхъ, у дѣтей же наблюденія производятся безъ труда. Variot и Chiotot легко распознавали пнеймоніи латентныя, цѣнна услуга X лучей при наблюденіи конвалесцентомъ. D-r Williams и Noir показали, что когда всякіе стетоскопическіе признаки исчезли, лучи давали ясную тѣнь на мѣстѣ очага и при ежедневномъ наблюденіи легко было видѣть, какъ съ исчезновеніемъ силуэта діафрагма больной стороны постепенно возвращалась къ нормѣ. Гангрена легкихъ характеризуется довольно ограниченнымъ пятномъ на экранѣ или радиофотографіи; пользуясь стереоскопомъ можно установить его глубину, прогнѣженіе, данныя необходимыя для болѣе вѣрнаго направленія руки хирурга при его вмѣшательствѣ. Однако при этомъ существующій индуративный процессъ можетъ значительно измѣнить картину, чаще всего показать значительные размѣры гангренознаго очага, не соответствующіе дѣйствительности¹⁰). Почти отже можно сказать о діагнозѣ X лучами новообразованія легкихъ: D-r Noir говоритъ, что радиоскопія даетъ возможность опредѣлять не только локализацию, объемъ новообразованія, но и его характеръ.

Изученіе плевритовъ X лучами было сдѣлано впервые пр. Bouchard'омъ, тотъ же методъ изслѣдованія примѣненъ былъ и другими авторами, были получены интересныя картины какъ плевритовъ, такъ и положеній, занимаемыхъ при этомъ сердцемъ и

средостѣніемъ. Радіоскопія дала возможность внести поправку въ наши свѣдѣнія о положеніи при этихъ заболѣваніяхъ сердца: было констатировано, что сердце смѣщается всегда en masse, что его верхушка никогда не заходитъ за среднюю линію, что пульсація наблюдаемая справа принадлежитъ правому ушку или аортѣ, а не верхушкѣ сердца и наконецъ,—ось сердца подымается и становится вертикальной, но она никогда не принимаетъ косоe положеніе, какъ допускаютъ многіе авторы. Изученіе пнеймо-гидропно-торакса даетъ возможность получить болѣе или менѣе ясную картину; пнеймотораксъ характеризуется болѣе прозрачнымъ изображеніемъ пораженнаго легкаго, картину, получаемую при пно или гидротораксѣ Williams сравниваетъ со стаканомъ наполовину наполненнымъ чернилами; Bouchurd и Kienbach показали волнообразное движеніе жидкости, изохроничныя съ движеніемъ сердца и движеніе въ зависимости отъ дыхательнаго ритма.

Сердце и аорта. Съ самаго начала примѣненія открытія Köntgen'a въ медицинѣ вниманіе наблюдателей было направлено на область сердца. При изслѣдованіи людей съ нормальнымъ сердцемъ не было возможности отличить здоровый перикардій: получаютъ общая сердечная тѣнь. Однако при перикардитахъ жидкихъ конечно, въ отсутствіи другихъ затемняющихъ картину моментовъ, X лучи даютъ возможность получить картину этого страданія иногда даже въ тѣхъ случаяхъ, когда перкуссия и аускультация не давали точечъ опоры для вѣрнаго діагноза. Какъ примѣръ подобнаго примѣненія X лучей Bésière приводитъ два случая. Одинъ случай относился къ больному съ обширной эмфиземой и недостаточностью сердца; въ это время даже сильная перкуссия открывала лишь небольшую зону притупленія, радіоскопія же обнаружила сердечную тѣнь громаднхъ размѣровъ съ закругленными краями—границами, что и послужило къ распознаванію жидкаго перикардита. Другой случай касался дѣвочки 7 лѣтъ съ заканчивающейся скарлатиной, у которой появилось dyspное съ лихорадкой. Перкуссия не указала ничего ненормальнаго, X лучи показали отсутствіе заболѣванія легкаго и плевры, а сердечная тѣнь представляла вышеописанную картину; съ теченіемъ времени тѣнь уменьшилась, и въ сердечной сорочкѣ появился ясный шумъ тренія. Изученіе самого сердца при помощи X лучей конечно, ограничивается лишь его объемомъ и положеніемъ. Касаясь атрофій сердца Bésière говоритъ что никакой другой способъ не обнаруживаетъ сердечныхъ атрофій лучше, чѣмъ радіоскопія. По словамъ этого авора при помощи радіоскопіи можно установить дифференціальный діагнозъ между гипертрофіями сердца истинными и кажущимися. Dr Schott показалъ на молодыхъ людяхъ увеличеніе объема сердца тотчасъ послѣ бѣганія. D-r. Santiard

въ своей тезѣ *Etude de l'aire de projection du cocur sur la paroi thoracique par radioscopie* дающій цѣлый рядъ радіофотографій сердца, радіофотографироваль величину больного сердца до и послѣ леченія наперстанкой. Prof. Potain цѣлымъ рядомъ радіоскопическихъ изслѣдованій въ комбинаціи съ другими методами больныхъ страдающихъ неорганическими шумами сердца успѣль показать, что эти неорганическіе шумы сердечно легочной природы, связанные съ рѣзкимъ расширеніемъ легкихъ, увлекающихъ въ своемъ спаденіи желудочекъ въ систолѣ D^r. Duflog и Romier представели Госпитальному Медицинскому обществу 19 лѣтнаго юношу, имѣвшему врожденный діагнозъ, систолическій шумъ сердца и *fremissement cataire* въ третьемъ лѣвомъ межребрьѣ; многіе спеціалисты считали заинтересованнымъ отверстие *septiinter ventricularis*. Однако радіоскопія показала суженіе *arteriae pulmonalis*. Съ теченіемъ времени предложенъ цѣлый рядъ спеціальныхъ инструментовъ для точнаго измѣренія дѣйствительной величины сердца на живомъ при помощи радіоскопической картины. Среди нихъ я назову ортодіаграфъ пр. Moritz'a, Guilliminot, Destot. Съ наблюденіемъ сердца тѣсно связано изученіе важнѣйшихъ сосудовъ, первое мѣсто среди нихъ приналежитъ аортѣ. По отношенію къ ней радіоскопіи предъявляется сложная задача рѣшить вопросъ, имѣетъ или не имѣетъ аорта размѣры нормальные, или она только удлинена, расширена или наконецъ имѣетъ истинную аневризму. Многіе оспаривали возможность отвѣтить на эти вопросы положительно, но уже въ 1897 г. Levy Dorn докладываль XV медицинскому съѣзду, что радіоскопія въ дѣлѣ обнаруженія аневризмъ аорты должна быть методомъ *par excellence*. И дѣйствительно съ развитіемъ техники радіоскопіи явилась возможность обнаружить аневризму аорты еще въ тотъ періодъ ея развитія, когда клиническіе признаки ея отсутствуютъ. И разумѣется, послѣдовательное изслѣдованіе радіоскопіей больного съ этимъ ужаснымъ страданіемъ можетъ шагъ за шагомъ показывать тѣ измѣненія въ аневрзмѣ, которыя слѣдуютъ за нашими мѣропріятіями.

Животъ. Не менѣе животрепещущихъ вопросовъ связано съ заболѣваніемъ органовъ брюшной полости; какъ терапевту, такъ и хирургу извѣстно, какъ трудно бываетъ здѣсь подойти къ заболѣванію съ правильнымъ діагнозомъ и конечно, каждый новый полезный методъ изслѣдованія является благодѣяніемъ. Однако примѣненіе здѣсь X лучей встрѣчаетъ препятствіе благодаря массѣ мягкихъ частей, наполненныхъ жидкимъ содержимымъ или раздутыхъ газами и находящихся почти въ постоянномъ движеніи. Впрочемъ не смотря на эти неудобства весьма вѣроятенъ въ недалекомъ будущемъ значительный успѣхъ радіоскопіи и въ этой

области. Въ 1901г. Mickulich сообщилъ случай: больной проглотилъ вставной зубъ; радиографія показала мѣсто нахожденіе его въ желудкѣ у Cardia. Теперь же случаи распознаванія постороннихъ тѣлъ въ брюшной полости при помощи X лучей обыденны. Не такъ давно всего 3—4 года назадъ открытіе камней въ почкахъ, мочеточникахъ и пузырьѣ посредствомъ радіоскопіи считалось дѣломъ весьма сомнительнымъ; нерѣдко хирургу черезъ разрѣзъ почки изслѣдующимъ пальцемъ не удавалось открыть камень, теперь же радіоскопія даетъ картину, которая уничтожаетъ почву для сомнѣній въ существованіи камня; пользуясь стереоскопомъ при изученіи такой картины, не трудно видѣть не только величину, форму камня, но и мѣсто занимаемое имъ въ почкѣ, и хирургъ, получившій опытъ въ радіоскопіи не только не можетъ, но долженъ найти почечный камень. Однако наблюденія послѣдняго времени указали случаи отрицательныхъ радіоскопическихъ данныхъ при наличности почечнаго камня. Dr. A. Osgood ¹¹⁾ объясняетъ неудача подобнаго рода химическимъ составомъ камней, изученіе почечныхъ и пузырныхъ камней X лучами внѣ организма и наблюденіе ихъ въ организмѣ дали ему право заключить, что присутствіе камней изъ чистой мочевой кислоты не открывается X лучами. Marie при нѣкоторыхъ довольно сложныхъ манипуляціяхъ считаетъ возможнымъ радиограф. камни печени. Какъ примѣръ того, что можно въ будущемъ ожидать отъ примѣненія радіоскопіи при изслѣдованіи брюшной области Dr. Gagnière ³⁾ сообщаетъ небезынтересные случаи изъ практики госпиталя Montpelie. У одного больного клиническіе признаки заставляли думать о пузырчатой глистѣ легкаго, вскрывшейся въ бронхъ. На экранѣ при радіоскопіи въ области печени появилось темное пятно величиною съ яйцо, довольно рѣзко ограниченное. У другой больной, которая втеченіе 5—6 лѣтъ жаловалась на боль въ правомъ боку; при пальпаціи признавали опухоль, но специалисты приписывали эту опухоль, то почкѣ, то печени. Радіоскопія дала ясную тѣнь въ области печени, при операціи была удалена киста величиною въ два кулика, расположенная на заднемъ краѣ печени. Интересное наблюденіе физиологическаго характера было сдѣлано Д-ромъ Leven'омъ; желая провѣрить добытыя въ опытахъ надъ животными факты, что проглоченная жидкость остается въ желудкѣ лишь $\frac{1}{4}$ часа, онъ давалъ жидкость дѣтямъ, радіоскопировалъ ихъ и убѣдился въ вѣрности выводовъ. Многіе авторы работаютъ въ области примѣненія радиографіи въ акушерствѣ. Мнѣ кажется, не требуетъ особаго поясненія важность освѣтить заранѣе до плодоразрѣшенія всѣ условія предстоящаго акта какъ со стороны будущей матери, такъ и плода! Но трудности, какія встрѣчаетъ здѣсь примѣненіе радіоскопіи, какъ движенія плода, толстый слой мягкихъ частей,

обиліе жидкости, обусловливаютъ въ существующихъ кропотливыхъ работахъ противорѣчія и неточности, поэтому я не могу рѣшиться сообщить Вамъ данныя, еще нуждающіяся въ дальнѣйшей разработкѣ и проверкѣ.

Кости и суставы. Переходя къ костной системѣ, именно позвоночнику, тазовому кольцу и конечностямъ, я долженъ сказать, что изъ нихъ наиболѣе радиоскопически и радиографически разработанъ отдѣлъ *фрактуръ* конечностей; можно сказать, что здѣсь примѣненіе X лучей не имѣетъ препятствій, здѣсь по отношенію къ костной ткани осуществляется идеаль видѣть, не нарушая цѣлости и исцѣлять, видя весь процессъ отъ начала до конца, потому что въ этомъ отдѣлѣ радиоскопія можетъ руководить нашими дѣйствіями, и устранять возможные ошибки. Однако если пониманіе картины перелома просто, не требуетъ детального описанія въ каждомъ случаѣ, то нельзя того же сказать о суставахъ. Только изучивши нормальный суставъ радиографически во всѣхъ его нормальныхъ положеніяхъ, возможно смѣло приступать къ радиоскопическому или радиографическому изученію его паталогическихъ состояній. Поэтому опускаю отдѣлъ *фрактуръ* какъ простѣйшій, я позволю себѣ сказать кратко о діагностическомъ значеніи X лучей при другихъ страданіяхъ костной ткани.

При *остеомиелитѣ* острымъ процессъ, начинаясь въ костномъ мозгу, только на 8—10 день вовлекаетъ въ заболѣваніе костную массу черезъ Гаверсовы каналы, въ это время кость становится какъ бы рыхлѣе; отсюда понятно, что радиоскопія до 8—10 дня не отмѣчаетъ ясно измѣненій кости, и только съ этого момента можетъ получиться ясная картина ввидѣ просвѣтленнаго фона больной кости; въ *остеомиелитахъ* съ обрзовавшимся секвестромъ послѣдній выступаетъ на картинѣ кости какъ постороннее тѣло. При *туберкулезѣ* костей это туберк. заболѣваніе распознается X лучами дифференціально отъ другихъ страданій кости; благодаря очаговому характеру туберкулеза на радиоскопической картинѣ въ силуэтѣ кости наблюдается чередованіе пятенъ темныхъ и свѣтлыхъ различной интенсивности, между тѣмъ какъ при *сифилисѣ* костей, гдѣ рядомъ съ разрушеніемъ идетъ наростаніе часто склерозированной костной массы на радиоскопической картинѣ выступаетъ просвѣтленное пятно мѣсто разрушенной кости, окруженное густою тѣнью, характеризующею утолщеніе конденсацію кости, въ которомъ принимаетъ участіе и періостъ *Lardy* наблюдалъ измѣненіе костей при *лепрѣ*; наичаще встрѣчающееся измѣненіе по его словамъ это прозрачность фалангъ пальцевъ; съ развитіемъ *болѣзни* на нихъ появляются борозды постепенно исчезающія; страданіе наиболѣе выражено на переднихъ фалангахъ, хотя встрѣчаются

и на другихъ. Радиографія дала не мало цѣнныхъ наблюдений при изученіи X лучами акромегалии. Она указала точно значительное развитіе при этой болѣзни затылочнаго бугра, подбородка, Sinus frontalis, эпифизы фалангъ достигаютъ громаднаго увеличенія, деформируются. Beclère получилъ хорошіе снимки всей головы въ сагитальномъ положеніи. Рахитъ и остеомалачія служатъ прекрасными объектами для изслѣдованія. Изученіе радиоскопией и радиографіей кретиновъ дало возможность подтвердить новую теорію кретинизма; еще Witchow думалъ что болѣзнь выражается преждевременнымъ заростаніемъ черепныхъ швовъ и быстрымъ окостененіемъ эпифизовъ. Позднѣйшія изслѣдованія показали, что у кретиновъ существуетъ истинная остановка роста костей, обязанная спеціальному измѣненію хрящей; радиографія блестяще подтвердила эти данныя и дала возможность демонстрировать больныхъ и слѣдить за измѣненіями ихъ костной системы въ зависимости отъ леченія. При изслѣдованіи новобразованій костей X лучи позволяютъ опредѣлить положеніе опухоли—въ кости она или на кости и въ какой степени измѣнена эта кость. Dr. Maunougu позволяетъ себѣ сказать, что макроскопически патологія опухолей костей изучается лучше X лучами, чѣмъ разрѣзомъ.

При артритяхъ, пока суставъ не имѣетъ выпота и суставные концы костей еще не подверглись какому либо измѣненію, радиоскопія не передаетъ картины страданія. Но разъ произошелъ выпотъ, тѣнь сгущается и картина становится еще яснѣе и толкованіе ея проще, когда вовлекаются въ страданіе суставные концы: если хрящи исчезаютъ или становятся болѣе прозрачными для X лучей всилу происшедшихъ въ нихъ измѣненій, то свѣтлая зона картины, соотвѣтствующая суставной щели съ хрящами, становится уже, если страдаетъ и кость, то при конденсаціи ея ткани тѣнь сгущается и при разрѣженіи просвѣтляется. Barjon ²⁾ въ хроническомъ суставномъ ревматизмѣ различаетъ 3 радиографическихъ стадіи 1) въ началѣ всѣ поврежденія сосредоточены въ суставѣ, хрящи мало по малу исчезаютъ, суставная щель истончается, исчезаетъ, кости соприкасаются, могутъ сростись или смѣститься; 2) костные концы стираются, увеличиваются въ объемѣ и деформируются, костная ткань какъ бы плотнѣетъ; Potain и Serbanesco ¹⁾ думали, что въ данномъ случаѣ происходитъ истинный конденсирующий ostiitis; 3) въ третій періодъ конденсація кости исчезаетъ, кость rareфицируется, инфильтрируется, картина теряетъ свою ясность, контуры расплываются.

При подагрѣ радиоскопія показываетъ отложенія на уровнѣ сустава большого пальца еще задолго до появленія припадка. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни принимаетъ участіе и суставъ до анкилоза включительно, кости деформируются, утолщаются, ткань

ихъ претерпѣваетъ глубокія измѣненія, выражающіяся радиографически неправильностями сѣти трабекулъ. При *tabes dorsalis* радиографическія находки заставляютъ думать о двухъ процессахъ повидимому противорѣчивыхъ; съ одной стороны существуетъ разрѣженіе, узора кости и наконецъ исчезновеніе суставныхъ концовъ, съ другой въ тоже самое время вокругъ сустава замѣчаются костныя разращенія подъ видомъ остеофитовъ, которые захватываютъ не только суставную капсулу, но и сосѣднія мышцы. Отсюда Wilms сравнивая эти измѣненія съ наблюдаемыми при *Arthritis deform* считаетъ ихъ одной природы въ противоположность мнѣнію Chorgot, который считалъ ихъ присущими только сухоткѣ, и такимъ образомъ примыкаетъ къ мнѣнію Wolkmann'a и Wirchow'a. При сирингоміэліи процессъ выражается иначе: отсутствіе костныхъ разращеній, полное разрушеніе сустава и исчезновеніе суставныхъ концовъ костей на довольно значительномъ протяженіи. — Подвижныя тѣльца въ суставахъ можно видѣть лишь тогда, когда они большой величины или когда въ нихъ имѣется отложеніе извести; однако при этомъ возможны ошибки благодаря присутствію сесамовидныхъ косточекъ въ окружающихъ суставъ тканяхъ. Wildt на 147 радиографіяхъ наблюдалъ 4 раза присутствіе сесамовидныхъ косточекъ, вполне симулирующихъ подвижныя тѣльца сустава. О туберкулезномъ пораженіи суставовъ пришлось бы рисовать ту же картину, какая получается при туберкулезномъ страданіи костей. Въ выраженныхъ случаяхъ болѣзни Pott'a измѣненія носятъ такой же характеръ, но нерѣдко радиоскопія позволяетъ констатировать Поттову болѣзнь тогда, когда существуютъ лишь невралгіи. Merglen ¹⁾ показалъ невралгическія боли нѣсколько времени тому назадъ; радиоскопія показала Поттову болѣзнь на уровнѣ 3-го поясничнаго позвонка. Hoffa ²⁾ изучалъ радиоскопическимъ методомъ результаты операціи Calot и констатировалъ, что больные позвонки, углубляясь одинъ въ другой, уменьшаютъ потери субстанции тѣла позвонка, что брешь вытекающая изъ редуцированныхъ позвоночника гораздо меньше, чѣмъ это можно было ожидать, сверхъ того онъ видѣлъ что на передней поверхности позвонковъ развивается окостененіе, служащее средствомъ консолидаціи. Упомяну, что сколіозъ, кифозъ, *coxa vara*, *genu valgum*, *pes planus* и пр. служатъ прекрасными объектами для радиоскопіи и радиографіи, здѣсь радиографія часто вноситъ существенныя поправки въ наши свѣдѣнія объ измѣненіяхъ заинтересованныхъ частей, здѣсь она можетъ указывать на наиболѣе пѣлесообразныя мѣропріятія и уважаетъ въ каждый послѣдующій моментъ на удовлетворительность или недостатки ихъ.

М-ья Г-ни и М-ые Г-ри! До сихъ поръ по необходимости и къ сожалѣнiю, кратко лишь я отмѣтилъ значенiе радиоскопiи, какъ метода изслѣдованiя больного человѣка, однако я не могу удержать себя отъ соблазна сообщить и нѣкоторые другiе факты. „Я думаю, говорятъ Fredet ¹⁾, въ своемъ трудѣ объ артерiяхъ матки женщины, что радиографiя какъ методъ изслѣдованiя сосудовъ стоитъ выше прежде употребляемыхъ разрѣзовъ и мацераций. Она позволяетъ инъекции болѣе тонкiя, болѣе проникающiя, превосходящiя границы того, что можно изолировать скальпелемъ или достигнуть раздѣляющими веществами. Она избѣгаетъ этихъ операцiй продолжительныхъ, деликатныхъ и часто безобразныхъ. Она даетъ документъ объективный полученный механически, гдѣ представлены всѣ плоскости и гдѣ пользуясь стереоскопомъ можно показать взаимоотношенiя“. Мнѣ кажется, что соображенiя Fredet въ значительной мѣрѣ приложимы и къ другимъ сосудистымъ областямъ. Scheier ²⁾ показывалъ ларингологическому Берлинскому обществу радиографiи *arteriae lingualis* и ея развѣтвленiй. Стереоскопъ далъ возможность видѣть картины замѣчательной красоты и поразительнаго рельефа. Glover и Reinier ¹⁾ изучали тѣмъ же методомъ сосудистую систему головы. Тѣмъ же методомъ радиографiи радиоскопiи Scheier изучалъ актъ глотанiя и физиологiю языка и пришелъ почти къ тѣмъ же выводамъ, что и физиологи. Онъ говоритъ по этому поводу: „однимъ словомъ методъ радиологической дополняетъ и контролируетъ другiе методы; онъ позволяетъ иногда устранять старыя противорѣчiя“. Какъ извѣстно,—Luschka, Heitzmann, Henle учатъ, что гортань человѣка соотвѣтств. тѣламъ 4 и 5 шейныхъ позвонковъ, Henke, Демме, Gegenbaur и Tillaux—тѣламъ 4—5—6, Sappey и Testut фиксируютъ ее на 5 и 6 позвонкахъ. Радиографiя снятая съ живого вноситъ поправку; она указываетъ, что хрящи черпаловидные и верхнiй край щитовиднаго соотвѣтствуетъ верхней части 5 шейнаго, хрящъ перетневидный нижней части 5-го и 6-му шейному. Выше я указалъ, что изученiе при помощи радиографiи точекъ окостененiя зародыша нашло себѣ широкое примѣненiе въ институтѣ Valdeyeg'a; эта послѣдняя область примѣн. радиоскопiи имѣетъ не только чисто научное значенiе, но можетъ принести большую пользу въ судебной медицинѣ при опредѣленiи возраста плода. Сообщенiя подобнаго рода были сдѣланы конгрессу въ Мадридѣ (1898 г.) Queirel'мъ и Aquavita, они говорятъ; что возрастъ плода можетъ быть опредѣленъ въ 10 минутъ. У меня не было подъ рукою материала, который могъ бы охарактеризовать значенiе радиоскопiи въ судебной медицинѣ, но изъ того, что я имѣлъ честь сообщить, позволительно прийти къ тому заключенiю, что какъ фотографiя фиксируетъ наружный видъ поврежденiй, такъ и радио-

графія можетъ дать картину внутреннихъ поврежденій тѣхъ тканей которыя въ радіографіи даютъ силуэтъ.

Все что сообщилъ я Вамъ, достигнуто радіоскопией и радіо-фотографіей при современномъ состояніи вопроса объ X лучахъ и при современной высотѣ техническихъ приспособленій для пользованія ими. Многие изъ тѣхъ авторовъ имена которыхъ упомянуты выше, того мнѣнія, что съ усовершенствованіемъ техники и съ накопленіемъ опытнаго матеріала X лучи будутъ освѣщать пути нашего знанія шире, глубже и будутъ доступнѣе для болѣе широкаго круга врачей.

И такъ все, что достигнуто радіологіей до настоящаго времени можетъ быть раздѣлена на двѣ безусловно необходимыя части: 1) изслѣдованіе радіоскопией и фиксированіе радіографіей органовъ въ нормальномъ состояніи и нормальныхъ взаимоотношенійхъ; если позволено выразиться, — это нормальная радіографическая анатомія; безъ знанія, безъ навыка повимать и истолковывать правельно всѣ детали картины трудно и даже мало желательнo приступать къ изученію 2)-й части, именно паталогическихъ измѣненій въ организмѣ, фиксируемыхъ радіографіей, это паталогическая радіографическая анатомія; отсюда необходимость имѣть радіографическіе нормальнаго и больного организма атласы съ точнымъ указаніемъ всѣхъ условій, при которыхъ получены картины; въ противномъ случаѣ радіографическая работа трудна и мало продуктивна. Всѣ эти соображенія наводятъ на мысль, что радіологіи должна быть отведена отдѣльная кафедра, гдѣ каждый желающій врачъ можетъ отъ спеціалиста получить всѣ свѣдѣнія по интересующему его вопросу.

Но я отвлекся отъ моей прямой задачи; мнѣ остается коснуться еще одного вопроса; я уже говорилъ, что самъ Röntgen называетъ свои лучи по ихъ физическимъ свойствамъ X лучами; эти X лучи и въ фізіологическомъ отношеніи еще не вырисовываются вполнѣ определенной величиной. Dr. Försterling ¹²⁾ изслѣдуя дѣйствіе X лучей на молодыхъ животныхъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: „у молодыхъ млекопитающихъ животныхъ достаточно уже короткаго разоваго дѣйствія, дозы котораго часто менѣе значительны, чѣмъ разовыя употребляемыя терапевтическія дозы чтобы вызвать значительныя макроскопическія нарушенія роста. Уже пяти-минутнаго дѣйствія достаточно, чтобы вызвать неожиданную разницу. Эти измѣненія роста смотря по роду и протяженію частей общаго или частнаго характера. Экспозиція головы вызывала почти всегда общее разстройство роста, равнымъ образомъ наступаетъ общее вліяніе, лишь только экспонированная часть тѣла превышаетъ опредѣленный процентъ общей массы его. У растущихъ

индивидовъ почки также подвержены дѣйствию X лучей. Вообще разстройство въ ростѣ протекаетъ сообразно съ полученной дозой лучей. Чѣмъ моложе возрастъ животнаго, тѣмъ сильнѣе позднѣйшія измѣненія. Вызванная лучами разница въ величинѣ можетъ достигнуть значительной величины; у насъ она достигла до 20% здоровой стороны“. Далѣе у работающихъ съ X лучами и подвергнувшихся ихъ дѣйствию больныхъ, наблюдаются такъ называемые радиодерматиты; среди особенностей этихъ дерматитовъ необходимо отмѣтить продолжительность теченія вслѣдствіе упорнаго сопротивленія терапіи и почти полной невозможности примѣнить на пораженномъ мѣстѣ пластику, за послѣднее время сообщаются случаи раковъ и даже саркомъ на мѣстѣ или вблизи мѣста примѣненія X лучей. Dr. Schümann ¹³⁾ недавно описалъ два новыхъ случая карциномы послѣ дѣйствія X лучей; эти случаи изъ Гамбурга, являющагося центромъ производства аппаратовъ Röntgen'a и дающаго значительное количество дерматитовъ, многіе случаи изслѣдовалъ Unna и даже конструировалъ новое понятіе профессиональной Röntgen'овской болѣзни Dr. Charles White ¹³⁾ собралъ одиннадцать случаевъ множественныхъ карциномъ, развившихся ни почвѣ хроническаго рентгеновскаго дерматита, въ числѣ этихъ одиннадцати погибъ проф. Fuchs изъ Чикаго отъ множественной карциномы кожи, давшей многочисленныя метастазы. Я привелъ только немного голыхъ фактовъ, но эти факты заставляютъ глубоко задуматься, они заставляютъ съ большей осторожностью относиться къ Röntgen'овскому X... конечно съ выработкой защитительныхъ средствъ и съ установкой болѣе строгой дозы, количество этихъ печальныхъ явленій уменьшается.

Итакъ М-ья Г-ни и М-ые Г-ри тѣ немногіе факты, которые только что прошли передъ Вами съ калейдоскопической пестротой, какъ кажется, могутъ позволить заключить, что X лучи, освѣщая организмъ, даютъ намъ возможность открывать заболѣваніе, опредѣлять его локализацию и отношеніе къ ближайшемъ частямъ, слѣдить за измѣненіемъ въ больномъ органѣ вслѣдъ за нашими мѣропріятіями, часто направлять нашу дѣятельность наиболѣе плѣсообразно и т. д.; эти признаки даютъ право признать, что этотъ методъ изслѣдованія имѣетъ научную цѣнность и довольно широкую практическую полезность. Повидимому всѣ эти заслуги метода признаются многими; доказательствомъ этого можетъ служить и то обстоятельство, что въ Казани въ настоящее время имѣется 7 дѣйствующихъ Röntgen'овскихъ аппаратовъ, къ которымъ въ скоромъ времени прибавится 8-й, нѣкоторые изъ нихъ функціонируютъ по нѣскольку лѣтъ. Но я позволилъ бы себѣ спросить, собирались ли хоть разъ руководящіе работами на этихъ аппаратахъ для взаим-

наго обмѣна мыслей, возбужаемыхъ этими работами, было ли хоть одно засѣданіе нашихъ радиологовъ, на которомъ они подѣлились бы съ врачами, далеко стоящими отъ этого дѣла, но имѣющими душу живую и чуткую, тѣми находками, которыя обогатили ихъ знаніе и опытъ... Я не хочу этими вопросами выразить упрекъ, нѣтъ но мнѣ кажется, такое направленіе въ разработкѣ общепризнаннаго полезнаго метода не совсѣмъ правильно, не совсѣмъ научно и не очень педагогично... Поэтому я позволю себѣ пожелать, чтобы наша дорогая alma mater, частицей которой является и наше общество, проявила инициативу въ устройствѣ кафедры медицинской радиологии, во имя прогресса науки, во имя процвѣтанія научныхъ методовъ изслѣдованія и мышленія, на пользу общую и ради высокой постановки медицинскихъ наукъ въ нашемъ университетѣ.

Л и т е р а т у р а .

- 1) Sitzungsbericht der Würzburg. Physik Geselsch. 1896. Decemb.
- 2) Verhandl. der Laryng. Gesellsch. B. VII. Стр. 31.
- 3) Traite de radiologie medicale Стр. 955. Paris. 1904.
- 4) Fraenkel's Archiv für Laryng. Bd. IV. 1899.
- 5) Annales des maladies de l'oreille 1899.
- 6) Berlin. klin. Wochenschr. № 5.
- 7) Archivfür Klinische Chirurgie B. 81. H. I. Стр. 19.
- 8) Traite d. med. radiol. Стр. 959.
- 9) Ibidem. Стр. 922.
- 10) Archiv für Klinische Chir. B. 85 H. I. Стр. 8.
- 11) Annals of Surgery 1907. № 6. Стр. 913.
- 12) Archiv. für klin. Chirurgie 81 B. Theil II стр. 518—519.
- 13) Archiv. f. klin. Chir. B. 84. H. III стр. 655—867.
- 14) Annals of Surgery 1907. November. № 5.

Примѣч. Другіе авторы, неуказанные въ этомъ спискѣ, датированы по Traité de radiologie medicale. Paris 1904 г.



Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

Признаки острой лейкеміи.

По мѣрѣ того какъ накапливается большее и большее число случаевъ острой лейкеміи, выясняется съ очевидностью, что она можетъ протекать крайне различно. Опредѣленіе, что она представляетъ собою заболѣваніе, повидимому, инфекціонное, характеризующееся большею частью краткимъ теченіемъ, повышенной температурой, опуханіемъ наружныхъ или внутреннихъ лимфатическихъ узловъ, увеличеніемъ значительнымъ и чрезвычайно быстрымъ селезенки, печени, геморрагическимъ діатезомъ и измѣненіемъ состава крови, состоящимъ въ абсолютномъ уменьшеніи числа эритроцитовъ и увеличеніи количества лейкоцитовъ—мононуклеаровъ, пригодно для типическихъ случаевъ. Между тѣмъ въ большомъ числѣ наблюденій не всѣ изъ перечисленныхъ признаковъ на лицо, а потому можетъ возникнуть сомнѣніе въ принадлежности ихъ къ этой патологической формѣ, хотя они несомнѣнно именно къ ней только и относятся. Правда, есть постоянный признакъ—измѣненіе крови, но и онъ не таковъ, чтобъ красной нитью шелъ отъ начала и до конца каждаго случая. Нарушеніе отношенія между эритроцитами и лейкоцитами иногда развивается не задолго до смерти или при извѣстныхъ осложненіяхъ, и рѣзко выраженное измѣненіе крови мѣняетъ свой видъ на совершенно другой.

Далѣе въ этомъ опредѣленіи не видно, какими симптомами начинается острая лейкемія. Начало же каждый разъ неодинаковое. Стоитъ припомнить сообщеніе Frankel'я объ его 10 случаяхъ острой лейкеміи. Болѣзнь начиналась слабостью или сильными, тянущими болями въ различныхъ членахъ или суставахъ, у другихъ же больныхъ она обнаруживалась потрясающимъ ознобомъ, являлись временами боли при глотаніи. У двухъ больныхъ первымъ симптомомъ былъ остро наступившій отекъ лица.

Наконецъ въ этомъ опредѣленіи не видно, въ какой послѣдовательности идутъ симптомы другъ за другомъ, и нѣтъ указанія на возможныя группировки случаевъ острой лейкеміи.

Между тѣмъ въ работахъ Gilbert и Weil'я мы находимъ свѣдѣнія въ указанномъ направленіи.

Въ первомъ сообщеніи они различаютъ три формы острой лейкеміи: типическую, геморрагическую, ложно-скорбутическую или букко-фарингеальную.

При первой формѣ прежде всего поражаются лимфатическія железы, селезенка и миндалины. Температура лихорадочная. Малокровіе очень сильное. Геморрагическій діатезъ появляется за нѣсколько дней до смерти.

При геморрагической формѣ вначалѣ замѣчается тяжелая анемія и слабость. Въ это же время развиваются обильныя кровотечения: изъ носу, изъ десенъ, кровоизліянія въ кожѣ. Лимфатическія железы и селезенка умеренно опухаютъ.

Третья форма характеризуется преимущественнымъ измѣненіемъ десенъ. Остальныя измѣненія тѣ же какъ и въ предыдущихъ. Иногда можетъ быть сильное пораженіе миндалинъ и шекъ.

Далѣе, замѣчаютъ Gilbert и Weil, могутъ быть и сочетанія этихъ формъ.

Во второмъ сообщеніи Gilbert и Weil, подтверждая существованіе описанныхъ видовъ острой лейкеміи, выдѣляютъ еще фарингеальную форму. Они различаютъ обычный видъ ея, начинающійся заболѣваніемъ зѣва, ангиной и болѣе рѣдкій типъ ложно-скорбутической.

Такимъ образомъ съ точки зрѣнія Gilbert и Weil, видимо, должно быть 4 вида: 1) типическая острая лейкемія, 2) геморрагическая resp. анемическая, 3) фарингеальная и 4) ложно-скорбутическая. Переходныя формы не исключаются.

Все это еще разъ свидѣтельствуетъ о разнообразіи проявленія острой лейкеміи и вмѣстѣ съ тѣмъ указываетъ на необходимость изученія случаевъ острой лейкеміи, чтобы составить представленіе о тѣхъ видахъ, въ которыхъ она возникаетъ, а также разобрать и тѣ симптомы, которыми она характеризуется.

Острая лейкемія протекаетъ съ явленіями геморрагическаго діатеза или послѣдній совершенно отсутствуетъ. Такимъ образомъ всѣ случаи дѣлятся на двѣ группы: острая лейкемія съ геморрагіями и безъ нихъ.

Геморрагическая форма острой лейкеміи преобладающая. Она охватываетъ главную массу случаевъ.

Самый частый типъ ея будетъ тотъ, когда предварительно за мѣсяць или за нѣсколько недѣль до геморрагій, наступаютъ: слабость—Friedreich, Guttman, Берестневъ, Hindenburg, Fränkel, Müller, Apert, Bradford и Shaw, (3 и 4-е н.), Pallitzer, Reimann, Guinou и Jolly, Pineles, Hirschlaff, Gilbert и Weil (2-е с.

2-е н.), Міха, Green, Wende, Michaelis, Billings и Carrs, Gardavot, Millard и Girode, Osswald; блѣдность—Litten, Берестневъ, Hindenburg, Walz, Pollitzer, Reimann, Vyšín (2-е н.), Gilbert и Weil (2-е с. 2-е н.), McCrae, Dennig, Green, Wende, Hirschfeld и Alexander, Michaelis, Billings и Carrs, Hirtz с Delamore и Genevrier; усталость, утомляемость—Immermann, Apert, Vyšín (2-е н.), Міха; упадокъ силъ—Gardavot, Hirtz и и Labbé, Hirtz с Delamore и Genevrier; боли въ груди—Zumpe, Reimann; разбитость во всемъ тѣлѣ—Ambros, Müller (2-е н.); головныя боли—Ebstein, Ambros, Greene, Müller, Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Pollitzer, Guinon и Jolly, Pineles.

Въ одиночныхъ случаяхъ наблюдались: тяжелое дыханіе—Vyšín (2-е н.), обмороки—Dennig, отсутствіе аппетита—Gardavot, поносъ—Pollitzer, ангина—Gilbert и Weil.

За этими припадками появляется геморрагическій діатезъ. Онъ выражается кровоизліяніями: въ кожѣ—Zumpe, Wagner, Берестневъ, Hindenburg, Müller, Apert, Bradford и Shaw, Pollitzer, Reimann, Guinon и Jolly, Vyšín (2-е н.), McCrae, Dennig, Wende, Billings и Carrs, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz с Delamore и Genevrier, Osswald; въ сѣтчаткѣ—Litten, Waldstein, Hirschlaff, Hirschfeld и Alexander, Michaelis; кровотечениями изъ слиз. обол. носа—Ebstein, Ambros, Greene, Müller, Walz, Green, Hirtz и Labbé, десенъ—Pineles, Gilbert и Weil (2-е н.), Міха, Savoy, изъ легкихъ—Immermann, изъ мочевого пузыря—Guttman, изъ гениталій—Friedreich и кровоизліяніемъ въ мозгъ—Lauckenstein.

При изслѣдованіи больныхъ находятся измѣненія въ селезенкѣ, печени и лимфатическихъ железахъ. Кромѣ того наблюдается сочетаніе нѣсколькихъ кровотеченій т. е. изъ различныхъ мѣстъ у одного и того же больного.

Вторую группу образуютъ случаи, характеризующіеся внезапнымъ развитіемъ, повидимому, у совершенно здоровыхъ лицъ геморрагическаго діатеза. Это въ полномъ смыслѣ слова—геморрагическая форма острой лейкеміи. Внезапно наступающія кровотечения наблюдаются: изъ носу—Fränkel, Westphal, Образцовъ (1-е н.), Michel-Donsac, Vyšín (1-е н.), Петровъ, Reed, Dods-Brown, Varié

и Salmon; изъ припухшихъ десенъ—Hinterberger, Gilbert и Weil (1-е н.), Своехотовъ, Grawitz (1-е и 2-е н.), Stewart, Parkes Weber, Klein (1-е н.); изъ дыхательныхъ путей (съ кашлемъ)—Kübler, изъ желудка (со рвотой)—Eichorst; въ кождѣ—Theodor. Конечно, и въ этой группѣ могутъ быть въ послѣдствіи кровотеченія изъ другихъ путей. Печень, селезенка, лимфатическія железы увеличены, или остаются нормальными.

Третья группа составляется изъ случаевъ, въ которыхъ заболѣваніе начинается внезапно появляющейся болью въ горлѣ—Fränkel, Рубинштейнъ, Oulmont и Ramond, Barlow, Янушкевичъ, Gilbert и Weil (2-е с., 1-е и 2-е н.). Измѣненіе локализируется на миндалевидныхъ железахъ—нарывы, пленки и т. д.

Впослѣдствіи и при этой формѣ наступаютъ кровоизліянія и кровотеченія, а также могутъ опухать лимфатическія железы, увеличиваться селезенка и печень.

Четвертая форма будетъ та, когда уже при началѣ имѣется повышенная t° правильнаго типа, соответствующаго инфлюэнціи—Gaucher и Litten, или неправильнаго—Kelsch, Nobl (1-е н.), Askanazy, Kelly (2-е н.), Рахманиновъ. Иногда въ этой группѣ случаевъ повышение t° сопровождается тяжелыми, какъ бы рвущими болями мышцъ и сочлененій, слѣдовательно, началомъ острая лейкемія напоминаетъ какъ бы суставной ревматизмъ—Carpentier, Küssner, Hintze, O. Kose, Fränkel. У больного Fränkel'я была даже опухоль суставовъ.

Геморрагическій діатезъ обнаруживается позже. Лимфатическія железы, селезенка и печень также могутъ быть гиперплазированы.

Пятую группу составляютъ случаи, когда первымъ признакомъ заболѣванія служитъ увеличеніе лимфатическихъ железъ—Musser, Müller, Sannan, Kelly (3 и 4-е н.) или опуханіе селезенки, выражающееся колотьемъ въ лѣвомъ боку—Fränkel, Brandenburg. Геморрагіи и кровотеченія наступаютъ позднѣе.

Шестую—случаи, когда геморрагіямъ предшествуютъ желудочно-кишечныя разстройствз, танущіяся нѣсколько дней—Denys, Seelig, Körböszí.

Случаи острой лейкеміи безъ геморрагическаго діатеза очень немногочисленны.

Они повторяютъ собой тѣ же типы, какъ и геморрагическая форма.

Первую наиболѣе частую группу составляютъ случаи, характеризующіеся слабостью, блѣдностью—Senotog, Grawitz (3-е н.), Sterán, Glinski, Ewing, Hunter, головными болями, усталостью—Leube и Fleischer.

При изслѣдованіи больныхъ обнаруживается увеличеніе лимфатическихъ железъ, селезенки и даже печени. Кровь измѣнена во всѣхъ случаяхъ.

Вторую группу образуютъ случаи, въ которыхъ начальнымъ симптомомъ было затрудненное глотаніе—Ronfick, Kelly (1-е н.), Goldschmidt.

Позднѣ замѣчались и остальные признаки: опуханіе лимфатическихъ железъ, увеличеніе селезенки и печени.

Третій видъ, когда наступали вначалѣ явленія, похожія на острый суставной ревматизмъ—Leuden, Thompson и Ewing. Спустя нѣкоторое время является опухоль селезенки.

Четвертую форму образуютъ случаи, когда наряду со слабостью, головными болями—имѣется еще опуханіе и разрыхленіе десенъ—Bradford и Shaw (2 и 5-е н.), Gilbert и Weil (1-е с. 3-е н.), Phear.

Пятую группу образуютъ случаи, когда острая лейкемія начинается съ опуханія лица—Kauert и Fränkel.

Наконецъ, по одному случаю приходится, въ которыхъ были: опуханіе селезенки—Glaser и разстройство желудочно-кишечнаго канала—Wadham. Этими измѣненіями начинался рядъ признаковъ, свойственныхъ лейкеміи.

Характеръ измѣненій отдѣльныхъ системъ и органовъ, а также и нѣкоторые симптомы разсмотримъ по отдѣльности и возможно подробнѣе.

Заболѣваніе полости рта, зѣва и носа выражалось: а) явленіемъ чрезвычайно тяжелаго, отвратительнаго запаха изо рта, б) измѣненіемъ губъ, с) щекъ, d) десенъ, e) зубовъ, f) твердаго неба, g) языка, h) мягкаго неба, i) язычка, k) миндалинъ, l) небныхъ дужекъ, m) глотки, n) носа—носовые кровотеченія.

Запахъ изо рта изъ 151 случая острой лейкеміи наблюдался 25 разъ: Friedreich, Küssner, Wadham, Hinterberger, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (2-е и 3-е н.), Pollitzer, Körmőczi, Pappenheim, Dennig, Micha, Kübler, Stewart, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Weber, Grawitz (2-е н.), Gardavot, Millard и Girode. Hirtz с Delamore и Genevrier, Klein (1-е н.), Рахманиновъ и описываемый случай.

Происхождение его связано:

1) Съ измѣненіемъ десенъ въ 20 случаяхъ:

а) опуханіе десенъ—Küssner, Wadham, Hinterberger, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (2-е н.), Körmöszi, Dennig, Micha, Kübler, Stewart, Янушкевичъ, Weber, Millard и Girode, Hirtz с Delamore и Genevriер, Klein и описываемый случай;

б) изъязвленія—Küssner, Hinterberger и описываемый случай;

в) кровоточивость—Kauert, Körmöszi, Stewart, Weber, Millard и Girode, Klein;

г) кровотечения — Micha, Kübler, Gravitz (2-е н.), Gardavot, Hirtz с Delamore и Genevriер, Klein, Рахманиновъ;

д) распадѣніе послѣ экстракціи зубовъ—Hirschfeld, Gravitz (2-е н.).

2) Съ измѣненіемъ миндалинъ въ 2 случаяхъ: опуханіе—Pollitzer, Parrenheim.

3) Съ измѣненіемъ миндалинъ и десенъ въ 6 случаяхъ: а) опуханіе—Dennig, Micha, Kübler, Weber, Янушкевичъ, Millard и Girode; б) изъязвленіе и кровоточивость—Millard и Girode.

4) Съ заболѣваніемъ слизистой оболочки носа въ 3 случаяхъ: кровотеченіе—Bradford и Shaw (4-е н.), Klein (1-е н.), Рахманиновъ.

5) Съ измѣненіемъ слиз. об. десны и части губы въ 1 случаѣ: омертвѣніе—Friedreich.

Запахъ изо рта наблюдался въ различные періоды болѣзни. Вскорѣ послѣ проявленія ея — Hirschlaff и Alexander, Klein, Рахманиновъ, въ срединѣ ея теченія—Hinterberger, Bradford и Shaw (3-е н.), Körmöszi, Dennig, Stewart, Янушкевичъ, не задолго до конца—Friedreich, Küssner, Wadham, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (2-е н.), Pollitzer, Parrenheim, Micha, Kübler, Weber, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz с Delamore et Genevriер и сообщаемый случай.

Губы. Измѣненія слизистыхъ оболочекъ при острой лейкеміи сводятся на разстройство кровообращенія, нарушеніе цѣлости сосудистыхъ стѣнокъ, образованіе лимфомъ и послѣдующее распадѣніе какъ слизистой оболочки, такъ и ея мелкокѣлѣточного инфильтрата.

Среди раннихъ признаковъ острой лейкеміи видное мѣсто занимаетъ анемія resp. блѣдность, выражающаяся поблѣднѣніемъ

кожи и видимыхъ слиз. оболочекъ. Эготъ симптомъ особенно часто наблюдается и притомъ въ различной степени, по преимуществу въ сильной, при дальнѣйшемъ теченіи острой лейкеміи.

Такимъ образомъ самое частое явленіе при острой лейкеміи со стороны губъ—ихъ блѣдность въ различныхъ отѣнкахъ. Просматривая исторіи болѣзней, мы и находимъ отмѣтки „губы блѣдны“—Senator, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Müller (3-е н.), „съ желтоватымъ отѣнкомъ, хотя желтухи нѣтъ“—Michel-Dansac, „восковидно-блѣдны“—Kübler, „крайне блѣдны“—Pollitzer, „очень блѣдны“—Bradford и Shaw (1-е н.), „совершенно безцвѣтны“—Hirtz и Labbé, „губы бѣлы какъ снѣгъ“—Leube и Fleischer.

Прочія измѣненія встрѣчаются очень рѣдко.

Отекъ губъ изъ 151 случая острой лейкеміи отмѣченъ 4 раза—Kauert Bradford и Shaw (4-е н.), Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ.

Въ случаѣ Kauert'a у больного, который въ теченіе нѣсколькихъ дней чувствовалъ себя хорошо, безъ всякой видимой причины, опухла верхняя губа, отчасти и лицо. Она получила форму хоботка. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ отекъ сопутствовалъ потерямъ вещества—Bradford и Shaw, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ.

Отекъ, resp. опухоль верхней губы былъ три раза—Kauert, Bradford и Shaw (4-е н.) и Янушкевичъ и нижней губы, именно сначала только лѣвой половины, а затѣмъ позднѣе и всей 1 разъ—Hirschfeld и Alexander.

Отекъ наблюдался въ первое время развитія острой лейкеміи 2 раза—Kauert и Hirschfeld и Alexander, въ срединѣ процесса также 2 раза—Bradford и Shaw (4-е н.) и Янушкевичъ, и подъ конецъ 1 разъ—Hirschfeld и Alexander.

Кровоизліянія изъ 151 случая острой лейкеміи встрѣчены 4 раза—Pollitzer, Reimann, Bradford и Shaw (4-е н.), Millard и Girode. Они были поверхностныя и глубокія. Величина ихъ различная: точетная и даже до горошины. Свѣжія кровоизліянія свѣтлокраснаго цвѣта.

На обѣихъ губахъ онѣ были 2 раза—Pollitzer и Reimann.

На одной губѣ 2 раза—Bradford и Shaw (4-е н.), Millard и Girode. Въ первомъ случаѣ на нижней и во второмъ на верхней губѣ.

Кровоизліянія при началѣ лейкеміи наблюдались 1 разъ—Millard и Girode, въ срединѣ ея 1 разъ—Bradford и Shaw (4-е н.) и при концѣ 2 раза—Pollitzer и Reimann.

Изъ явленія губъ замѣчены также 4 раза—Bradford и Shaw (4-е н.), Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Millard и Girode. Язвочки различной величины: съ серебряный пятачекъ—Янушкевичъ; съ серебряную марку—Hirsch и Alexander и около $\frac{1}{2}$ квадратнаго дюйма—Bradford и Shaw (4-е н.). Крупныя язвочки были по одной, мелкія по нѣсколько.

Въ случаѣ Янушкевича было 3 язвочки, расположенныя соотвѣтственно рѣзцамъ и клыкамъ на мѣстѣ перехода слиз. об. на десну. При дальнѣйшемъ теченіи острой лейкеміи язвочки увеличились и слились въ одну.

Края язвъ рѣзко очерчены—Hirschfeld и Alexander или подрыты—Янушкевичъ. Дно съ мазевиднымъ налетомъ—Hirschfeld и Alexander или съ сѣроватымъ оттѣнкомъ—Янушкевичъ.

На верхней губѣ язвы располагались 2 раза—Bradford и Shaw, Янушкевичъ. На нижней 2 раза—Hirschfeld и Alexander и Millard и Girode. Язвы образовались при началѣ процесса 2 раза—Bradford и Shaw, Millard и Girode, въ срединѣ теченія острой лейкеміи 1 разъ—Янушкевичъ и при окончаніи ея 1 разъ—Hirschfeld и Alexander.

Въ одномъ случаѣ образовавшаяся при началѣ болѣзни язвочка послѣ выдергиванія зуба достигла до величины 5-ти фѣниговой монеты, а затѣмъ при больничномъ режимѣ скоро совершенно зажила—Hirschfeld и Alexander.

Омертвѣніе слизистой оболочки губы описано 2 разъ. Процессъ начался на слизистой оболочкѣ, одѣвающей нижнюю челюсть и отсюда распространялся на соотвѣтствующую, геср. прилегающую часть нижней губы. Омертвѣніе занимало пространство въ 2 дюйма—Friedreich. Во второмъ случаѣ послѣ язвеннаго стоматита въ нѣсколько дней произошло сильное гангренозное разрушеніе слиз. об. нижней губы—Nobl (1-е н.).

Щеки. Слизистая оболочка щекъ представляетъ продолженіе слизистой оболочки губъ и десенъ. Такимъ образомъ и измѣненія на внутренней поверхности щекъ должны быть тѣ же, что и на слизистой оболочкѣ названныхъ частей.

Кровоизліянія изъ 151 случая острой лейкеміи наблюдались 4 раза—Müller (2-е н.), Fränkel, Hirschfeld и Alexander, Millard и Girode. Во всѣхъ случаяхъ они были мелкія. Кровоизліянія на обѣихъ щекахъ были 2 раза—Müller (2-е н.), Fränkel, Millard и Girode. На одной щекѣ (правой) позади угла рта 1 разъ—Hirschfeld и Alexander.

Кровотеченія развились въ срединѣ теченія острой лейкеміи 1 разъ—Millard и Girode и при концѣ ея 3 раза—Müller (2-е н.), Fränkel, Hirschfeld и Alexander.

Омертвѣніе слизистой оболочки было 3 раза—Hinterberger, Nobl (1-е н.), Bradford и Shaw (1-е н.). Оно во всѣхъ случаяхъ слѣдовало за развитіемъ подобнаго процесса на деснахъ. У больного Hinterberger'a омертвѣніе было на деснѣ, а затѣмъ, распространившись по деснѣ, захватило и слизистую оболочку правой щеки. Въ случаѣ Nobl'a послѣ язвеннаго стоматита въ нѣсколько дней произошло гангренозное разрушеніе слиз. об. щеки. И у пациента Bradford и Shaw первоначально было заболѣваніе десны. Опухоль распространилась на лицо и на щеку. Особенно сильно она была на внутренней поверхности щеки. Образовался струпъ, а затѣмъ и отверстие.

Омертвеніе слиз. об. щеки наблюдалось во всѣхъ случаяхъ при исходѣ острой лейкеміи.

Десны изъ 151 случая острой лейкеміи измѣнены 50 разъ—Kelsch, Küssner, Ponfick, Gaucher, Wadham, Wagner, Ebstein, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Nobl (1-е н.), Ambros, Hintze, Askanazy, Seelig, Fränkel, Theodor, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (1-е н., 2-е н., 4-е н.), Reimann, Vyšin (1-е н.), Pineles, Kõrmõczi, Gilbert и Weil (1-е н., 3-е н.), Brandenburg, Dennig, Phear, Своехотовъ, Міха, Петровъ, Grawitz (3-е н.), Green, Kübler, Stewart, Wende, Янушкевичъ, Weber, Billings и Carps, Gardovot, Dods Brown, Millard и Girode, Hirtz с Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (1-е н.), Savory, Klein (1-е н.), Рахманѣиновъ и описываемый случай.

Измѣненія десенъ состоятъ въ различномъ наполненіи кровью сосудовъ, въ разстройствѣ сосудистыхъ стѣнокъ, въ инфильтраціи слизистой оболочки и остальной ткани клѣтками, и въ распаденіи слизистой оболочки и новообразованіяхъ лимфомъ.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ выступаетъ одно какое нибудь явленіе или всѣ они встрѣчаются одновременно и притомъ въ различной степени. Вслѣдствіе этого десны больныхъ острой лейкеміей представляютъ большое разнообразіе. Такимъ образомъ наряду съ деснами, которыя имѣютъ „хорошій видъ“—Fränkel, наблюдаются десны въ высокой степени измѣненныя.

Блѣдность и разрыхленіе десенъ найдены 4 раза—Parkes Weber, Billings Carps, Zumpre и Reimann.

Блѣдность и кровоизліяніе десенъ 1 разъ—Westphal.

Если десны инфильтрируются круглыми клѣтками, то онѣ опухаютъ. По мѣрѣ того какъ растетъ клѣточковая инфильтрація, и десны опухаютъ сильнѣе и сильнѣе. Стѣнки сосудовъ также пронизываются круглыми элементами.

Опуханіе десенъ наблюдалось 40 разъ—Kelsch, Ponfick, Gaucher, Wadham, Wagner, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Ambros, Hintze, Askanazy, Seelig, Theodor, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (1-е н., 2-е н., 5-е н.), Reimann, Vyšín (1-е н.), Pineles, Gilbert и Weil (1-е н.), Brandenburg, Dennig, Phear, Своехотовъ, Міха, Петровъ, Grawitz (1-е н.), Green, Kübler, Stewart, Wende, Янушкевичъ, Weber, Billings и Capps, Millard и Girode, Hirtz с Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (1-е н.), Savory, Klein.

Одновременное опуханіе верхней и нижней десенъ было въ 37 случаяхъ—Kelsch, Gaucher, Wadham, Wagner, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Ambros, Hintze, Askanazy, Seelig, Theodor, Kauert, O. Kose, Bradford и Shaw (1, 2, и 5-е н.), Reimann, Pineles, Gilbert и E. Weil (1-е н.), Brandenburg, Dennig, Phear, Своехотовъ, Міха, Green, Kübler, Stewart, Wende, Янушкевичъ, Weber, Billings и Capps, Millard и Girode, Hirtz с Delamore и Genevrier, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), Savory, Klein и описываемый случай.

У одного больного опуханіе десенъ было лишь на правой сторонѣ—Bradford и Shaw (4-е н.).

Опуханіе одной десны отмѣчено 2 раза: около нижнихъ переднихъ зубовъ—Петровъ и въ области нижнихъ коренныхъ зубовъ—Vyšín (1-е н.).

Опуханія десны представляются различнаго цвѣта: блѣдными—Wadham, Brandenburg, покраснѣвшими—Dennig, краснаго цвѣта—Янушкевичъ, багроваго или синевато-красными—Wende, Міха, Своехотовъ, Vyšín, Gilbert и Weil.

Степень опуханія десенъ также различная. Онѣ набухаютъ по краямъ—Ambros, причемъ слабо прилегаютъ къ зубамъ—Ebstein, resp. отстаютъ какъ бы отъ нихъ—Hinterberger, или настолько становятся объемистыми, „толстыми“,—Kauert, что доходятъ до $\frac{1}{2}$ вышины зубовъ—Theodor, до края зубовъ—Kauert или почти совершенно закрываютъ ихъ—Stewart, Wende. Наконецъ, онѣ могутъ быть выше зубовъ, а потому послѣдніе лежатъ въ углубленіи между двумя валиками—Bradford и Shaw (5-е н.), или скрываются въ ихъ разщепленіяхъ—Bradford и Shaw (3-е н.). Въ случаѣ Askanazy распухшія десны

въ области рѣзцовъ достигли толщины мизинца какъ снаружи, такъ и съ внутренней стороны.

Опухшія десны обыкновенно неровны, бугристы, какъ бы грибовидны, багроваго цвѣта. Въ такихъ случаяхъ очень много сходнаго съ измѣненіями десенъ при цингѣ. Нѣкоторые авторы и указываютъ, что десны при острой лейкеміи были измѣнены какъ при скорбутѣ—Ambros, Hintze, Dennig, Millard и Girode.

Кромѣ того опухшія десны пронизываются кровоизліяніями—Küssner, Westphal, Askanazy, Bradford и Shaw (1-е н.), Vyšin (1-е н.), Phear, Stewart, Millard и Girode.

Если кровоизліяній много, они расположены тѣсно другъ подлѣ друга, даже сливаются, и десны кажутся кровянистыми—Theodor, Green.

Клѣточковый инфильтратъ скопляясь въ большомъ количествѣ въ толщѣ слизистой оболочки, постепенно истончаетъ эпителиальный покровъ десенъ, а мѣстами даже обнажаетъ ихъ. Достаточно легкихъ механическихъ приемовъ: чистки зубовъ—O. Kose, или давленія—Своехотовъ, чтобы кровь появилась изъ десенъ—кровооточивость.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь выступаетъ изъ опухшихъ десенъ какъ бы изъ губки; очищенная отъ нея поверхность медленно покрывается вновь просасывающимся слоемъ или же кровь течетъ неустойчиво въ истинномъ смыслѣ слова—кровоотеченіе изъ десенъ.

Кровооточивость десенъ наблюдалась 21 разъ—Kelsch, Gaucher, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Ambros, Seelig, Kauert, Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.), Reimann, Pineles, Kõrmöczi, Gilbert и Weil (1-е н.), Своехотовъ, Stewart, Wende, Parkes Weber, Billings и Capps, Gardavot, Millard и Girode, Hirtz c Delamore и Genevrier, Savory.

Степень кровооточивости крайне различная. Десны „чрезвычайно легко кровооточать“—Wende, или „слегка“ кровооточать—Seelig, Kauert, Reimann, Kõrmöczi, Gardavot, „легко“ кровооточать—Ambros, „нѣсколько“ кровооточать—Bradford и Shaw (4-е н.), Peneles.

Десны „кровооточать какъ при скорбутѣ“—Millard и Girode. Это уже высшая степень кровооточивости.

Кровооточивость можетъ быть только „мѣстами“—Seelig. Въ одномъ случаѣ она ограничивалась правой половиной нижней десны—Bradford и Shaw (4-е н.).

Кровоточивость можетъ быть повторная. Въ случаѣ Hirtz'a с Delamore et Genevriег у больного нотировано:

23/v. Десны припухли и кровоточатъ.

29/v. Десны припухли и кровоточивы.

Таже повторность кровоточивости ясно обрисовывается и у больного Savory.

Кровоточивость десенъ наступаетъ въ различные сроки теченія острой лейкеміи. При развитіи болѣзни: Kelsch, Hinterberger, Ambros, Kauert, Stewart, Millard и Girode, Savory, въ срединѣ ея—Körmöcsi, Gilbert и E. Weil, Wende, и, наконецъ, болѣе или менѣе близко къ концу острой лейкеміи—Образцовъ (2-е н.), Pineles, Gardavot, Hirtz с Delamore и Genevriег, Bradford и Shaw (3-е н. и 4-е н.).

Кровоточеніе изъ десенъ наблюдалось 10 разъ—Wagner, Ebstein, Fränkel, Miха, Grawitz (2-е н.), Kübler, Dods Brown, Klein, Рахманиновъ и описываемый случай.

Оно открывається внезапно, неожиданно—Miха.

Кровоточенія изъ десенъ отличаются продолжительностью и упорствомъ.

Въ случаѣ Wagner'a удалось въ первый день остановить кровоточеніе употребленіемъ ваты пропитанной полуторохлористымъ желѣзомъ и подкожными впрыскиваніями эрготина, но затѣмъ оно открылось вновь еще съ большей силой.

Если въ это время предпринимались экстирпаціи зубовъ, то онѣ только ухудшали состояніе. У больного Grawitz'a въ іюлѣ 1900 г. появилось кровоточеніе изъ десенъ. Зубы начали шататься. Зубной врачъ, къ которому обратился больной, извлекъ въ одинъ сеансъ 13 зубовъ. Кровоточеніе усилилось.

Какъ сильны и продолжительны кровоточенія изъ десенъ, видно въ случаѣ Miха. Въ срединѣ сентября, совершенно неожиданно, какъ выше было указано, открылось кровоточеніе изъ десенъ, длившееся около сутокъ. Черезъ 2 недѣли, послѣ душевнаго возбужденія, оно вновь повторилось. Не смотря на всѣ принятыя мѣры, оно не останавливалось и особенно усиливалось къ вечеру и по ночамъ.

28/ix. Кровоточеніе изъ десенъ продолжается: то оно сильнѣе, то слабѣе.

3/x. Десны блѣднѣе. Кровоточеніе слабѣе.

7/x. Всю ночь сильное кровоточеніе.

8/x. Кровоточеніе изъ десны вновь очень сильное.

9/x. Обморокъ, когда больной шелъ по комнатѣ и чрезъ 10" + вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ.

Кровотеченія изъ десенъ иногда наблюдаются одновременно съ обильными носовыми кровотечениями—Kübler, Reimann, Klein и Рахманиновъ.

Иногда на смѣну кровотечениямъ изъ десенъ является кровоточивость—Reimann, Dods Brown, Klein, Рахманиновъ.

Кровотеченіе изъ десенъ можетъ наступить въ различные періоды острой лейкеміи. При началѣ ея—Mіха, Grawitz (2-е н.). Въ срединѣ—Wagner, Ebstein, Ambros.

Черезъ трещины и ссадины истонченной слизистой оболочки поступаютъ различные микроорганизмы. Развиваясь въ тканяхъ, они вырабатываютъ вещества, которые вызываютъ коагуляціонный некрозъ. Набухшія десны получаютъ сѣроватый или грязный оттѣнокъ. Омертвѣлыя ткани расплываются, размягчаются и такимъ образомъ возникаютъ потери вещества гесп. язвы десенъ.

Изъязвленіе десенъ изъ 50 случаевъ ихъ заболѣванія встрѣчено 12 разъ—Küssner, Gaucher, Hinterberger, Nobl, Askanazy, O. Kose, Bradford и Shaw (1-е и 4-е н.), Phear, Wende, Savory, Klein.

Степень разрушенія десенъ различная. Онѣ „нѣсколько„ изъязвлены—Savory, или „мѣстами„ изъязвлены—Klein, просто „изъязвлены“—Wende, или представляютъ „сильное гангренозное разрушеніе“—Nobl (1-е н.).

Распаденіе десенъ иногда происходитъ вблизи зубовъ—Hinterberger, Askanazy, O. Kose, причемъ обозначаются даже корни зубовъ—Bradford и Shaw (1-е н.).

Дно небольшихъ изъязвленій бываетъ покрыто налетомъ—Hinterberger.

Распаденіе десенъ можетъ происходить очень быстро. Примѣромъ подобнаго разрушенія можетъ служить больной Hinterberger'a.

7 января десны представлялись покраснѣвшими, припухшими, отставшими отъ зубовъ, соотвѣтственно правому верхнему рѣзцу онѣ распались.

9 января. Язва на деснѣ больше; появились гнѣзда омертвѣнія на другихъ мѣстахъ десенъ и на слизистой оболочкѣ правой щеки.

13 января. Десны грязно обложены. Нѣкоторые зубы выпали, другіе такъ шатаются, что грозятъ выпасть.

Изъязвленія десенъ наблюдаются главнымъ образомъ при концѣ болѣзни.

Такъ при началѣ острой лейкеміи они отмѣчены 1 разъ—Nobl (1-е н.), въ теченіе болѣзни 2 раза—Bradford и Shaw (1-е н.), Klein и въ концѣ ея 8 разъ: Küssner,

Gaucher, Hinterberger, Askana z v (за 2 н./†), O. Kose, Bradford и Shaw (4-е н.), Wende и Savory.

При одномъ уже опуханіи десенъ послѣднія становятся болѣзненными—Gaucher, Wagner, Dennig, Kauert, Vyšín (1-е н.), Gilbert и Weil (1-е н.), а потому и жеваніе пищи труднымъ—Dennig. Если десны опухли и изъязвлены, то случается, что больной не можетъ ни закрыть рта, ни принимать плотной пищи—Bradford и Shaw (1-е н.). Вслѣдствіе той же причины больной вынужденъ ротъ держать полуоткрытымъ—Bradford и Shaw (5-е н.). Если же у больного одновременно измѣненія и въ носу, такъ что носъ заложенъ, то онъ вынужденъ дышать черезъ ротъ—Образцовъ (2-е н.).

Зубы. Клѣточковая инфильтрація десенъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространяется на надкостницу алвеолярнаго отростка и въ частности луночекъ. При извѣстной степени ея набуханія зубы какъ бы рычагомъ выдавливаются изъ зубныхъ ячеекъ. Это выражается тѣмъ, что до сихъ поръ твердо, неподвижно сидѣвшіе зубы, начинаютъ шататься. При размягченіи, расплываніи ткани въ томъ или другомъ мѣстѣ альвеолярнаго отростка одинъ или нѣсколько зубовъ могутъ совершенно отдѣляться и выпасть или грозить выпаденіемъ.

Подвижность или шатаніе зубовъ изъ 151 случая острой лейкеміи приводится 10 разъ—Friedreich, Hinterberger, Kauert, Bradford и Shaw (3-е н.), Миха, Янушкевичъ, Grawitz (2-е н.), Stewart, Klein (1-е н.).

Во всѣхъ случаяхъ было опуханіе десенъ и притомъ очень сильное. Въ случаѣ Stewart опухшія десны доходили до края зубовъ, а Bradford'a и Shaw они были скрыты въ фунгозныхъ разрощеніяхъ.

Шатаніе зубовъ замѣчалось въ срединѣ, а главнымъ образомъ въ концѣ теченія острой лейкеміи. Въ срединѣ болѣзни было 2 случая—Stewart, Klein. Въ концѣ острой лейкеміи 7 разъ—Friedreich, Hinterberger, Kauert, Bradford и Shaw, Dennig, Миха, Янушкевичъ. Врѣмя развитія подвижности зубовъ у больного Grawitz'a не указано.

Выпаденіе зубовъ наблюдалось 2 раза—Hinterberger и Hintze. У больного Hintze выпали передніе зубы. Выпаденіе зубовъ въ одномъ случаѣ было въ срединѣ хода острой лейкеміи—Hintze, а въ другомъ при концѣ—Hinterberger.

Твердое небо изъ 151 случая острой лейкеміи представляло 5 разъ измѣненія—Образцовъ (2-е н.), Fränkel,

Bradford и Shaw (3-е н.), Gilbert и Weil (3-е н.), Hirschfeld и Alexander.

Составляя часть полости рта, оно представляло тѣ же измѣненія какъ и остальные отдѣлы.

Гиперемія и припухлость были 3 раза—Образцовъ (2-е н.) и Bradford и Shaw (3-е н., 4-е н.).

Въ первомъ случаѣ краснота и опухоль появились на лѣвой половинѣ твердаго неба и чрезъ 5 дней уже все твердое небо покраснѣло и припухло.

Во второмъ случаѣ опуханіе ограничилось только лѣвой половиной твердаго неба. Опухоль постепенно увеличивалась.

Въ послѣднемъ случаѣ опухоль ограничивается частью со-сѣдней съ десной.

Опуханіе появилось 2 разъ въ срединѣ хода острой лейкеміи—Bradford и Shaw (3-е и 4-е н.) и 1 разъ въ концѣ ея—Образцовъ.

Кровоизліянія отмѣчены 2 раза—Образцовъ (2-е н.) и Frankel. Они были мелкія, множественныя. Появились въ концѣ острой лейкеміи за 2 дня до смерти—Образцовъ (2-е н.), Frankel.

Изъязвленіе слиз. об. твердаго неба наблюдалось 1 разъ—Hirschfeld и Alexander. У больного, имѣвшаго язву нижней губы, замѣчена потеря вещества слиз. оболочки позади 2-го праваго верхняго рѣзца. Чрезъ 5 дней на твердомъ небѣ была язва величиною въ 10 пфенниговую монету. Язвочка развилась въ концѣ острой лейкеміи.

Фунгозныя разрощенія найдены 1 разъ—Bradford и Shaw (3-е н.). Онѣ были въ передней части лѣвой половины твердаго неба. Распространялись съ десны. Мягки. На деснѣ были изъязвлены и кровоточили. Замѣчены въ послѣдній періодъ острой лейкеміи.

Лимфома твердаго неба указывается 1 разъ—Gilbert и Weil (3-е н.). Она овальной форма. Занимала сводъ твердаго неба. Нѣсколько изъязвлена.

Языкъ изъ 151 случая острой лейкеміи представлялъ измѣненія 17 разъ—Immermann, Kelsch, Küssner, Ponfick, Westphal, Hinterberger, Askanazy, Pollitzer, Vušín, Pineles, Brandenburg, Dennig, Micha, Петровъ, Stewart, Янушкевичъ, Millard и Gironde.

Измѣненія языка составляютъ частичное явленіе общаго измѣненія полости рта, а потому они сходныя.

Опуханіе языка отмѣчено 2 раза—Dennig и Stewart. Языкъ въ обоихъ случаяхъ увеличенъ, сильно обложенъ. У больного Dennig'a онъ красноватъ на свободныхъ мѣстахъ.

Десны обоихъ больныхъ сильно измѣнены, въ случаѣ Stewart'a онѣ почти закрывали зубы. И въ томъ и въ другомъ случаѣ зубы „шатались“.

Опуханіе языка оба раза наблюдалось въ срединѣ теченія острой лейкеміи.

Кровоизліянія въ слизистой оболочкѣ языка наблюдались 5 разъ—Kelsch, Küssner, Pollitzer, Pineles, Millard и Girode. Они были одиночныя—Küssner и множественныя—Kelsch, Pollitzer, Pineles, Millard и Girode.

Кровоизліянія величиной доходили до чечевицы—Kelsch, Pineles. Располагались на различныхъ мѣстахъ языка: на кончикѣ—Küssner, на краяхъ—Kelsch, на нижней поверхности—Pineles и разбросано по языку—Pollitzer и Millard и Girode.

Во всѣхъ случаяхъ кровоизліяній языка были подобныя же кровоизліянія въ другихъ частяхъ: на деснахъ—Küssner, Pineles, Millard и Girode, носовыя кровотечения—Küssner, Pollitzer; на мягкомъ небѣ или зѣвѣ—Pollitzer, Küssner, Millard и Girode, на кожѣ—Kelsch, Küssner.

Кровоизліянія на языкѣ въ одномъ случаѣ были въ срединѣ теченія острой лейкеміи—Kelsch, а въ остальныхъ въ концѣ ея—Küssner, Pollitzer, Pineles, Millard и Girode.

Геморрагическія эррозіи найдены 1 разъ—Westphal. Онѣ были на ряду съ другими явленіями геморрагическаго діатеза: кровоизліяніями въ кожѣ и деснахъ.

По отношенію къ теченію острой лейкеміи онѣ приходятся къ срединѣ ея.

Больной Westphal'я погибъ послѣ прокола селезенки, сдѣланнаго съ цѣлью полученія матеріала для выясненія этиологіи острой лейкеміи.

Опуханіе фолликуловъ корня языка было 7 разъ—Immermann, Ronfick, Pollitzer, Hinterberger, Vyšín, Петровъ, Brandenburg.

При жизни оно замѣчено 1 разъ—Pollitzer. Остальные 6 случаевъ установлены патолого анатомическими секціями.

Величина фолликуловъ различная. Pollitzer, первый обратившій вниманіе при изслѣдованіи больныхъ на фолликулы корня языка, указываетъ, что они „выстоятъ очень рѣзко“. Они встрѣчаются величиною съ горошину—Brandenberg и даже съ бобъ—Ronfick.

Во всѣхъ случаяхъ опуханіе фолликуловъ протекало съ увеличеніемъ размѣровъ миндалинъ.

Извочка на корнѣ языка встрѣтилась 1 разъ—Міха. Она величиною съ конопляное зерно.

У больного опуханіе десенъ и миндалинъ, упорныя кровотечения изъ десенъ.

Извочка замѣчена при концѣ теченія острой лейкеміи.

Лимфомы языка усмотрѣны 1 разъ—Askanazy. Онѣ представляли два узла величиной съ лѣсной орѣхъ. Располагались въ передней части спинки языка.

Десны сильно опухли и соотвѣтственно клыкамъ нѣсколько изъязвлены.

Лимфомы обнаружены за 3 дня до смерти, происшедшей черезъ 10 ч. послѣ родовъ.

Мягкое небо изъ 151 случая острой лейкеміи обнаружило измѣненія 12 разъ—Küssner, Образцовъ (2-е н.), Hinterberger, Askanazy, Müller (1-е н.), Goldschmidt, Fränkel, Vyšín, (1-е н.), Своехотовъ, Міха, Kübler, Millard и Girode.

Гиперемія отмѣчена 1 разъ—Vyšín (1-е н.).

Больной, кромѣ явленной геморрагическаго діатеза и гиперплазіи лимфатическихъ узловъ, имѣлъ нарывъ въ правой миндалинѣ. Гиперемія была въ слабой степени и возникла въ послѣдній періодъ теченія острой лейкеміи, т. е. за нѣсколько дней до смерти.

Опуханіе было 1 разъ—Goldschmidt. Мягкое небо представлялось багрово-краснымъ и сильно опухшимъ. Оно временно у больного развилась опухоль обѣихъ миндалинъ.

Заболѣваніе мягкаго неба собой открыло рядъ измѣненій, характеризующихъ острую лейкемію.

Кровоизліянія занесены 5 разъ—Küssner, Образцовъ (2-е н.), Müller (1-е н.), Fränkel, Millard и Girode.

Они были множественныя. Въ случаѣ Своехотова имѣли видъ сине-багровыхъ пятенъ.

Кровоизліянія 2 раза распредѣлялись по всему мягкому небу—Fränkel, Millard и Girode, 2 раза на его правой половинѣ—Küssner, Образцовъ (2-е н.) и одинъ разъ въ лѣвой его части—Müller (1-е н.).

Они появлялись во всѣхъ случаяхъ въ послѣдній періодъ теченія острой лейкеміи.

Изъязвленія наблюдались 2 раза—Müller (1-е н.), Hinterberger.

Въ случаѣ Müller оно съ конопляное зерно величиной и расположено кверху и влѣво отъ язычка.

Кругомъ язвочки мелкія кровоизсеіянія. У больного Hinterberger'a изъязвленіе длиной въ 3 см. и тянулось по средней линіи мягкаго неба.

Въ обоихъ случаяхъ потери вещества обнаружены за нѣсколько дней до смерти больного.

Подъ вліяніемъ инфекцій различными микроорганизмами слиз. об. мягкаго неба подвергалась воспалительнымъ измѣненіямъ съ образованіемъ некроза эпителія и поверхностныхъ слоевъ слиз. об., выразившемся при обычномъ осмотрѣ появленіемъ налета—Askanazy, Micha, Müller (1-е н.), Kübler, имѣющаго различный цвѣтъ—сѣровато-бѣлый Müller (1-е н.), желтоватый—Kübler.

Подобныя измѣненія возникали въ послѣдній періодъ острой лейкеміи.

Язычекъ изъ 151 случая острой лейкеміи былъ измѣненъ 3 раза—Hinterberger, Parkes Weber, Müller. Всѣ измѣненія воспалительнаго характера.

Гиперемія наблюдалась два раза—Hinterberger, Müller (1-е н.). Въ первомъ случаѣ язычекъ представлялъ умѣренную красноту, во второмъ случаѣ онъ былъ темно-краснаго цвѣта, кровянисто-инфильтрированъ, утолщенъ. Оба раза измѣненія наблюдались въ концѣ острой лейкеміи.

Отекъ замѣченъ 1 разъ—Parkes Weber. У больного была рѣзкая картина острой лейкеміи: сильная блѣдность, петехіи, разсѣянныя по всему тѣлу, опуханіе десенъ и миндалинъ. Язычекъ представлялся отечнымъ. Измѣненіе установлено при концѣ острой лейкеміи.

Какъ слѣдствіе микробной инфекции на язычкѣ 1 разъ нитированъ налетъ—Müller. Язычекъ представлялся съ одной стороны грязно-сѣровато краснымъ, а съ другой желтовато-зеленымъ. Черезъ 3 дня онъ былъ весь обложенъ сѣровато-бѣлымъ налетомъ.

Послѣвомъ установлено присутствіе микроорганизмовъ: streptococci, b. coli commune и staphylococcus pyog. citreus. Дифтерійныхъ бациллъ не найдено.

Миндалины изъ 141 случая острой лейкеміи представляли измѣненіе 35 разъ—Immermann, Ponfick, Westphal. Образцовъ (1-е и 2-е н.), Müller (1-е и 3-е н.), Goldschmidt, Fränkel, O. Kose, Bradford и Shaw (3-е н.), Vyšín (1-е и 2-е н.), Pollitzer, Рубинштейнъ, Gilbert и Weil (1-е и 2-е н.), Mc Crae, Brandenburg, Pappen-

heim, Oulmont и Ramond, Dennig, Phear, Micha, Петровъ, Kübler, Wende, Hirschfeld и Alexander, Янушкевичъ, Parkes Weber, Millard и Girode, Hunter, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е и 2-е н.), Savory. Измѣненія состоятъ въ скопленіи лимфоидныхъ клѣтокъ—гиперплазіи ткани.

Иногда развивается острое воспаленіе, какъ слѣдствіе какой нибудь инфекціи, начиная съ гнойной и кончая дифтерійной. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ гипертрофированныхъ миндалинахъ выступаютъ очень рѣзко признаки геморрагическаго діатеза.

Опуханіе миндалинъ наблюдалось 30 разъ—Immermann, Müller (1-е и 2-е н.), Goldschmidt, O. Kose, Bradford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Vyšín (1-е и 2-е н.), Рубинштейнъ, Gilbert и Weil (1-е и 2-е н.), Mc Crae, Brandenburg, Parrenheim, Oulmont и Ramond, Dennig, Phear, Micha, Петровъ, Kubler, Wende, Янушкевичъ, Hirschfeld и Alexander, Parkes Weber, Millard и Girode, Hunter, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е и 2-е н.), Savory.

Объ миндалинъ увеличены 28 разъ—Immermann, Müller (1-е и 3-е н.), Goldschmidt, O. Kose, Bradford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Vyšín (1-е и 2-е н.), Рубинштейнъ, Gilbert и Weil (1-е н.), Mc Crae, Brandenburg, Oulmont и Ramond, Dennig, Phear, Micha, Петровъ, Kübler, Wende, Янушкевичъ, Hirschfeld и Alexander, Parkes Weber, Millard и Girode, Hunter, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е и 2-е н.), Savory.

Одна правая миндалина увеличена 1 разъ—Gilbert и E. Weil (2-е н.).

Одна лѣвая миндалина измѣнена тоже 1 разъ—Parrenheim.

Степень увеличенія миндалинъ различная, что и видно изъ даваемыхъ авторами опредѣленій. Миндалины „припухли“—Петровъ, Gilbert и Weil, миндалины „опухшія“—Micha, „увеличены“—Bradford и Shaw, Mc Crae, Oulmont и Ramond, „нѣсколько увеличены“—Müller (1-е н.), Gilbert и Weil, умѣренно увеличены—Immermann, „значительно увеличены“—Kübler, „сильно увеличены“—Goldschmidt, Pollitzer, Vyšín.

Есть и болѣе точныя обозначенія величины измѣненныхъ миндалинъ: съ лѣсной орѣхъ—Brandenburg, или миндалины настолько увеличены, что „почти соприкасаются“—Weber, Millard и Girode. Слѣдуетъ отмѣтить, что клиническія опредѣле-

нія не всегда согласуются, совпадаютъ съ размѣрами, даваемыми при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи.

Въ случаѣ Петрова прижизненное опредѣленіе—миндалина „припухла“. При аутопсіи размѣры миндалинъ указаны съ голубиное яйцо. Такая же величина миндалинъ дана вскрытіями для случаевъ Hirschfeld и Alexander'a и O. Kose.

Увеличенныя миндалины не имѣютъ красноты—Hirschfeld и Alexander, или блѣдно сѣровато-красны—Pollitzer, красны—Dennig, Gilbert и Weil (1-е н.) и даже багровы—Micha.

Опуханіе миндалинъ наблюдалось въ различные періоды острой лейкеміи: при началѣ ея—Рубинштейнъ, Gilbert и Weil (1-е н.), Mc Crae, Pappesheim, Kübler, Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), Goldschmidt, Huuter, Savory, въ срединѣ—Brandenburg, Oulmont и Ramond, Dennig, Wende, Hirschfeld и Alexander и при концѣ ея—Pollitzer, Vyšin (1-е н.), Gilbert и Weil (2-е н.), Parrenhein, Micha, Петровъ, Millard и Girode, Gilbert и Weil (2-е с. 2-е н.).

На опухшихъ миндалинахъ иногда, вслѣдствіе вторичной инфекции, ввзвивало воспалительное измѣненіе выразившееся появленіемъ эксудата—пленки или налета: бѣловатаго—Gilbert и Weil (1-е н.), сѣроватаго (Gilbert и Weil (2-е с. 1-е н.), желтоватаго—O. Kose, Kübler, грязноватаго—Micha.

Налетъ былъ на обѣихъ миндалинахъ—Gilbert и Weil (1-е н., 2-е с. 1-е н.), Kübler и Micha и одинъ разъ на правой—O. Kose.

Появленіе пленокъ во всѣхъ случаяхъ было за нѣсколько дней до смерти—Gilbert и Weil (1-е н., 2-е с. 1-е н.), O. Kose, Kübler, Micha.

Распаденіе миндалинъ—изъязвленіе констатировано 4 раза—Pollitzer, Brandenburg, Millard и Girode, Wende.

На правой миндалинѣ язвы были 2 раза—Brandenburg, Wende, на лѣвой миндалинѣ 1 разъ—Pollitzer.

На обѣихъ 3 раза—Pollitzer, Brandenburg, Millard и Girode.

У больного Pollitzer'a язва была замѣчена сначала на лѣвой миндалинѣ, а затѣмъ на правой, т. е. въ концѣ концовъ на обѣихъ. Точно также и въ случаѣ Brandenburg'a.

Субъективно язвы обнаруживались болѣе при глотаніи—Wende. При давленіи снаружи на область миндалинъ больные также ощущали болѣзненность—Wende.

Величина язвъ различная: въ 1 сант.—Pollitzer, пфенигъ, а затѣмъ въ серебряную марку—Brandenburg, въ 5-ти центовую монету—Wende.

Образованіе язвъ идетъ быстро. У больного Pollitzer'a 9/iv замѣчено значительное увеличеніе миндалинъ, 14/iv помѣчается въ задней половинѣ правой миндалины потеря вещества; 15/iv—язва на лѣвой миндалинѣ 18/iv язва лѣвой миндалины шириной въ 1 сант.

Такое же быстрое распаденіе увеличенныхъ миндалинъ было и въ случаѣ Brandenburg'a. 9/v. Обѣ миндалины представлялись величиной съ лѣсной орѣхъ. На правой миндалинѣ язва съ пфенигъ величиной, 14/v миндалины изъязвлены. 16/v. Язва на миндалинѣ величиной съ серебряную марку.

Края язвъ у больного Brandenburg'a были гемморрагически инфильтрованы.

Дно язвъ обложено или гноевиднымъ слоємъ—Pollitzer или сѣровато-бурое—Brandenburg.

Во всѣхъ случаяхъ язвы на миндалинахъ образовались не задолго до смерти, т. е. при концѣ острой лейкеміи—Pollitzer, Brandenburg, Wende, Millard и Girode.

Кровоизліянія въ миндалинахъ упоминаются 3 раза—Образцовъ (2-е н.), Fränkel, Brandenburg.

Они были въ правой миндалинѣ 1 разъ—Образцовъ (2-е н.).

Въ обѣихъ миндалинахъ 2 раза—Fränkel, Brandenburg.

Величина кровоизліяній то же можетъ быть разная: мелкія—„точечныя“—Brandenburg или болѣе крупныя—Образцовъ (2-е н.) и Fränkel.

Количество кровоизліяній различное: одно—Образцовъ (2-е н.) или множественныя—Fränkel и Brandenburg.

Сопутствующія явленія рѣзкая гиперемія, опуханіе и кровоизліянія прилежающихъ частей полости рта. Въ случаѣ Образцова 2/v наблюдалась опухоль и краснота твердаго неба, небольшая опухоль десень, а 7/v, т. е. когда было кровоизліяніе—все твердое небо покраснѣло. У больного Fränkel'я были кровоизліянія на слиз. об. твердаго и мягкаго неба, щекъ.

Въ случаѣ Brandenburg'a на одной изъ миндалинъ находилось изъязвленіе.

Кровоизліянія миндалинъ наблюдались при концѣ лейкеміи—Образцовъ (2-е н.), Frankel, Brandenburg.

Образованіе гнойниковъ въ миндалинахъ встрѣчено 3 раза—Ronfick, Garrenheim, Vyšín (1-е н.).

Въ правой миндалинѣ гнойники найдены 2 раза—Vyšín, Garrenheim. Въ обѣихъ миндалинахъ 1 разъ—Ronfick,

Субъективныя ощущенія больныхъ выражались жалобами на затруненіе глотанія—Ropfick, боль въ горлѣ—Vušin (1-е н.).

У больного Ropfick'a чрезъ 2 дня леченія выдѣлилось много гноя. Въ случаѣ Parrenheim'a гнойники были вскрыты.

Гнойники въ миндалинахъ въ 2 случаяхъ были вначалѣ заболѣванія—Ropfick, Parrenheim. Съ нихъ началась острая лейкемія. Въ случаѣ—Ropfick'a послѣдовало опуханія десны, повышеніе t^0 , увеличеніе лимфатическихъ железъ, селезенки и измѣненіе крови. Больная Parrenheim'a послѣ вскрытія нарыва не могла оправиться, нѣсколько лихорадила, а чрезъ 6 недѣль открылось внезапно сильнѣйшее носовое кровотеченіе. При изслѣдованіи больная оказалась крайне блѣдной. На тѣлѣ найдены петехіи и т. д.

Въ одномъ случаѣ гнойники были въ концѣ болѣзни—Vušin (1-е н.).

Кровоточивость миндалинъ составляетъ, повидимому, крайне рѣдкое заболѣваніе. Оно описано всего только 1 разъ—Millard и Girode.

Больная, 48 лѣтъ, по профессіи швея. За годъ передъ послѣднемъ заболѣваніемъ перенесла большую операцію, слѣланную съ цѣлью удаленія брюшныхъ фибромъ. При осмотрѣ 1 іюля 1892 въ госпиталѣ Beaujson'a представляла всѣ характерныя симптомы острой лейкеміи: крайнюю блѣдность, высокой степени слабость—больная едва могла поворачиваться на постели и геморагіи по всему тѣлу и на видимыхъ слиз. оболочкахъ. Десны опухли, мягки, кровоточили какъ при цингѣ. Миндалины настолько увеличены, что соприкасаются.

Миндалины кровоточили. Въ теченіи всего іюля были различныя кровоизліянія—носовое, настолько сильное, что пришлось прибѣгнуть къ тампонадѣ, и на кожѣ.

2 августа, т. е. чрезъ мѣсяць въ миндалинахъ было найдено изъязвленіе.

Онѣ также кровоточили. Больная чрезъ 5 дней скончалась. За день до смерти развилась правосторонняя гемиплегія.

Небныя дужки изъ 151 случая острой лейкеміи имѣли измѣненія 2 раза—Dennig, Hinterberger.

Гиперемія была 2 раза—Hinterberger, Dennig.

Больная Hinterberger'a на ряду со свѣжими кровоизліяніями на кожѣ имѣла опухоль правой половины лица и едва могла открыть ротъ. Десны сильно покраснѣли, отстали отъ зубовъ и около праваго верхняго рѣзца распались. Дужки представлялись покраснѣвшими. Одновременно гиперемія была слиз. об. глотки и языка.

У больного Dennig'a дужки кромѣ того, что казались красными были еще опухшія. Въ этомъ случаѣ зѣвъ и миндалины носили тѣ же измѣненія. Десны сильно опухли, синеваго красны и при давленіи очень болѣзненны.

Эти измѣненія одинъ разъ отмѣчены въ срединѣ теченія острой лейкеміи Dennig, а другой разъ при концѣ ея—Hinterberger.

Опуханіе наблюдалось 1 разъ—Петровъ.

Оно было въ концѣ острой лейкеміи, одновременно съ опуханіемъ миндалинъ и десень.

Глотка какъ мѣсто заболѣванія изъ 151 случая острой лейкеміи указывается 3 раза—Образцовъ (1-е и 2-е н.), Millard и Girode.

Кровоизліянія наблюдались 1 разъ—Образцовъ (2-е н.).

У больного была краснота и опуханіе твердаго неба, кровоизліянія твердаго неба и миндалинъ. Слиз. об. глотки представлялась припухшей, красной и пропитанной множественными кровоизліяніями. Черезъ 2 дня больной скончался. Изъязвленіе замѣчено 1 разъ—Образцовъ (1-е н.). Потеря вещества была на задней стѣнкѣ глотки и продолжалась въ носовую полость. Миндалины и язычекъ были обложены желтовато-сѣрымъ налетомъ. Язва образовалась, повидимому, въ концѣ теченія острой лейкеміи.

Сосочковыя разрощенія упоминаются 1 разъ—Millard и Girode. Стѣнка глотки представлялась неровною, покрытой сосочковыми возвышеніями. Такія же образования были и на корнѣ языка. Десны опухли и кровоточили какъ при скорбутѣ. Разрощенія замѣчены уже при полномъ развитіи припадковъ острой лейкеміи.

Носовыя кровотечения изъ 151 случая острой лейкеміи наблюдалось 53 раза—Kelsch, Fränkel, Gaucher, Küssner, Zumpfe, Ebstein, Westphal, Stintzing, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Guttman, Берестневъ, Ambros, Greene, Michel Dansac, Hintze, Hindenburg, Fränkel, Müller (1-е н.), Theodor, Walz, Pollitzer, Reimann, Guinon et Jolly, Vyšín (1-е н.), Körmöczi, Gilbert и Weil (1-е и 2-е н.), Brandenburg, Pappenheim, Sammon, Петровъ, Green, Kübler, Stewart, Wende, Reed, Kelly (2-е н.), Gardavot, Dods Brown, Barie et Salmon, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz с Delamore et Genevrier, Gilbert и E. Weil (2 ст. 1-е н. и 2-е н.), Osswald, Savory, Рахманиновъ и описываемый мною случай.

Кровотеченія изъ носу бываютъ: разовыя и повторныя. Къ первымъ относятся случаи Küsner'a, Westphal'a, Guttman'n'a, Hindenburg'a, Theodor'a, Walz'a, Pollitzer'a, Gninon'a, и Jolly, Kormoczi, Gilber и Weil'я (2-е н.), Brandenburg'a, Wende, Reed'a, Kelly (2-е н.), Gardavot, Millarde и Girode и Osswald'a.

Вторыя описываютъ—Kelsch, Fränkel, Gaucher, Ebstein, Stintzing, Образцовъ, Берестневъ, Ambros, Greene, Michel Dansac, Hintze, Müller, Reimann, Vušín, Gilbert и Weil, Pappenheim, Sammon, Петровъ, Green, Kübler, Stewart, Dods Brown, Barie и Salmon, Hirtz и Labbé, Gilber и Weil (2 с. 1 и 2 н.) Savory, Рахманиновъ.

Перечень авторовъ ясно указываетъ, что повторныя кровотечения встрѣчаются чаще разовыхъ.

Насколько кровотечения изъ носа упорны, показываетъ наблюдение Петрова. 15 апр. 1901. Вечеромъ появилось обильное носовое кровотечение.

16/iv. Кровотечение изъ носа повторилось. Вечеромъ носовое и носоглоточныя кровотечения продолжаются.

17/iv. Носовое кровотечение почти остановилось.

18/iv. Кровотечение изъ носа возобновилось.

19/iv. Кровотечение изъ носа и глотки продолжается. Больной безъ пульса; на видъ совершенно безъ крови. Въ 10 ч. утра †.

То же самое повторяется и въ случаѣ Hirtz'a и Labbé.

23/xi 99. Носовое кровотеченіе. Обморокъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

24/xi. Носовыя кровотечения обильныя и повторныя.

25/xi. Носовыя кровотечения продолжаются, весьма обильны. Кровотечение изъ пальца послѣ укула было очень трудно остановить.

26/xi. Носовыя кровотечения продолжаются. Крайній упадокъ силъ. Пульсъ нитевидный.

28/xi. †.

Носовыя кровотечения могутъ быть также въ различные періоды острой лейкемии.

При началѣ ея—Fränkel, Ebstein, Westphal, Образцовъ (1-е н.), Guttman, Ambros, Michel Dansac, Theodor, Vušín, Green, Kübler, Stewart Reed. Въ срединѣ—Kelsch, Küssner, Берестневъ, Hintze, Hindenburg, Müller (1-е н.), Walz, Brandenburg, Kelly (2 н.), Gardavot, Millard и Girode, Hirtz и Labbé, Hirtz с. Delamore et Genevriér, Gilbert и E. Weil (2 ст. 1-е и 2-е н.), Рахманиновъ, Въ концѣ resp. незадолго до смерти—Gaucher, Zymre (за

2 дн./†), Образцовъ (2-е н. за 3 дн./†), Michel-Dansac (въ день/†), Müller (за 3 дн./†), Pollitrer (за день/†), Guignon и Joly (3 д./†), Körmöczi (за 11 дн./†), Gilbert и Weil (1-е н. за 4 д./†, 2-е за 1 д./†), Brandenburg (за 2 дн./†), Pappenheim (за 7 д./†), Петровъ (4 дн./†), Wende (въ день †), Hirtz и Labbé (въ теченіи 4 дн. до смерти) Osswald (за 2 д./†), Рахманиновъ (за 3 д./†).

Сердце при острой лейкеміи обыкновенно не измѣняется въ своей величинѣ—Wadham, Образцовъ (1-е н.), Guttman, Hinterberger, Ambros, Müller (1-е н.), Kauert, Apert, Bradford и Shaw (1-е н.), Gilbert и Wein (2-е и 3-е н.), Barie et Salmon, Millard et Girode, Hirtz съ Delamore и Genevrier) Но у нѣкоторыхъ больныхъ замѣчались въ различной степени уклоненія. Въ случаѣ Senator'a сердце было „нѣсколько увеличено“, Eichorsta—„довольно большое“. Чаще всего происходитъ перемѣщеніе внутренней границы сердца. Такъ тупой звукъ при перкуссіи сердца заходитъ вправо: въ случаѣ Своехотова за лѣвый край грудины, Pollitzer'a—до середины и Reimanna до праваго ея края. Точно также можетъ быть измѣнена и наружная граница сердца. Въ случаѣ, описанномъ Н. М. Берестневымъ, она была передвинута на три пальца влѣво за l. mamillaris. Наконецъ, наблюдалось и одновременное перемѣщеніе границъ сердца и вправо и влѣво. Полобное увеличеніе площади притупленія сердца было у больного Waldstein'a.

Тоны сердца обыкновенно чисты и ясны.

Однако, благодаря характеру острой лейкеміи, создающей условія, вліяющія на качество и количество крови, а также часто встрѣчающимся потерямъ еи, связаннымъ съ геморрагическимъ діатезомъ, питаніе мышечной стѣнки сердца, а слѣдовательно и работа его, въ различныхъ предѣлахъ измѣняются. Съ этимъ связанъ, наблюдаемый при острой лейкеміи—систолическій шумъ—Immermann, Litten, Leube и Fleischer, Senator, Eichhorst, Bratford и Shaw, Waldstein, Fränkel, Green, Küssner, Pollitzer, Pappenheim и др. Овъ слышенъ на различныхъ мѣстахъ груди: чаще всего надъ верхушкой сердца: Immermann, Leyden, Küssner, Litten, Bradtford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Pappenheim, Dennig, Phear, Parkes Weber, Billings et Carps, рѣже на основаніи сердца—Körmoczy, Hirtz et Labbé. Какъ образчикъ чрезвычайно рѣзкихъ систолическихъ шумовъ представляетъ больной Waldstein'a: систолическій шумъ былъ слышанъ надъ всѣми отверстіями сердца. Наконецъ, наблюдается и распространеніе систолическаго шума. Его удавалось слышать надъ ле-

гочной артерией—Bradtford и Shaw (3-е н.), Pollitzer, Guinon et Jolly, Phear и одинъ разъ надъ рукояткой грудной кости—Waldstein.

Ритмъ сердечной дѣятельности правильный. Исключение составляетъ случай д-ра Своехотова, въ которомъ были перебои, а также и нѣсколько глухіе тоны.

Артерии при аускультациіи не обнаруживали отклоненій.

Въ болѣе мелкихъ артеріяхъ Senator слышалъ тонъ именно: въ art. cruralis, ulnaris, radialis et dorsalis pedis. Появление его связано съ наличиемъ органическаго пораженія задней створки полулуннаго клапана аорты—язвенный эндокардитъ и аневризма.

Въ v. jugularis при острой лейкеміи вслѣдствіе вышеуказанныхъ причинъ иногда встрѣчаются анемическіе шумы различной силы—Waldstein, Образцовъ (1-е н.), Parrenheim, Dennig, Янушкевичъ, Hirtz et Labbé.

Пульсъ во время острой лейкеміи обычно наблюдается учащенный. Если и встрѣчается опредѣленіе: „пульсъ совершенно нормальный“—Pollmann, то оно исключительное и было въ извѣстный періодъ теченія болѣзненнаго процесса.

Различныя степени ускоренія пульса видны изъ представляемой таблицы.

Число уд. пул. въ 1".	ФАМИЛІЯ НАБЛЮДАТЕЛЕЙ.
80—90	Bradford и Shaw (1-е н.).
100—110	Kelsch, Lauenstein, Zumpe, Образцовъ (1-э и 2-е н.), Ambros, Pineles, Phear, Своехотовъ, Kübler.
110—120	Zumpe, Fränkel, Ebstein, Образцовъ (1-е н.), Ambros, Michul-Dansac, Bradford и Shaw (2-е н.), Stépan, Янушкевичъ.
120—130	Immermann, Litten, Westphal, Hinterberger, Kauert, Bradford и Shaw (1-е и 3-е н.), Pollitzer, Reimann, Guinon и Jolly, Brandenburg, Parrenheim и Своехотовъ.

Число уд. пуль. въ 1".	ФАМИЛІЯ НАБЛЮДАТЕЛЕЙ.
130—140	Leyden, Michel-Dansac, Müller (3-е н.), Theodor, Guinon и Jolly, Immermann.
140—150	Wagner, Ebstein, Müller (2-е н.), Golds- schmidt, Reimann.
150—160	Wagner, Müller (1-е н.), Bradford и Shaw (4-е н.), Янушкевичъ.
160—170	Westphal, Kübler.
170—180	Leyden, Müller (1-е н.).
Счесть невозмож.	Müller (1-е н.).

Пульсъ можетъ быть правильный и неправильный.

Правильность пульса не стоитъ въ связи съ числомъ его ударовъ. Она встрѣчается не только при незначительномъ ускореніи—Hintze (90 въ 1"), но и при средней степени—Parrenheim (120 въ 1"), Bradford и Shaw ((3-е н.) 128 въ 1"), даже и при сильной—Müller ((1-е н.) 158 въ 1").

Неправильность можетъ наблюдаться и при умѣренномъ учащеніи—Michel-Dansac (110 въ 1"). Brandenburg (128 въ 1").

Характеръ пульса resp. сила его напряженія весьма измѣнчивы. Въ однихъ случаяхъ пульсъ „полный“—Hintze (90 въ 1"), Bradford и Shaw ((3-е н.) 128 въ 1"), въ другихъ „мягкій“—Michel-Dansac (110 въ 1"), Parrenheim (120 въ 1"), „слабый“—O. Kose (146 въ 1") или „малъ“—Brandenburg (120 въ 1"), Müller ((1-е н.) 152 въ 1").

Учащеніе пульса не зависитъ исключительно отъ повышенія температуры.

Фамиліи авторовъ.	Температура больн.	Число ударовъ пульса въ 1".
Brandenburg.	36—37.	120.
Litten.	нормальная.	120.
Fränkel.	нормальная.	118.

Нѣтъ вслѣдствіе этого и параллелизма между пульсомъ и температурой больного.

Фамиліи авторовъ.	Температура.	Число ударовъ пульса въ 1".	Число дыхан. въ 1".	За сколько дней до см. сдѣлано изслѣдов.
Ebstein.	37—38	116—148	—	8
Müller (1-е н.).	37—38	152—180	—	4
Pineles.	37.2—38.4	100	—	за нѣск. дней
Образцовъ (2-е н.).	37.4—37.7	108	—	1
Wende.	37.4—40.	120—150	—	9 и 2
Hirschfeld и Alexander.	37.4—39.	80—144	—	44—2
Ambros.	37.4—39.6	92—120	24—36	17—1
Štěpân.	37.6—37.	110—120	—	2—1
Zumpe.	37.6—38.8	102—120	—	за нѣск. дн. (4—1)
Müller (3-е н.).	37.6—37.7	148—132	32—46	7—1
Theodor.	37.7—38.8	130—135	—	30—17
Bradford и Shaw (3-е н.).	37.7	128	—	11
Seelig.	37.8—39.2	96—110	—	3—2
Bradford и Shaw (2-е н.).	37.8 (высш.)	100—110	—	за нѣск. дн. (3—2)
Weber.	37.8	114	Одыш.	1

Фамили авторовъ.	Температура.	Число ударовъ пульса въ 1".	Число дыхан. въ 1".	За сколько дней до см. сдѣлано изслѣдов.
Pollitzer.	38	120	30	9
Своехотовъ.	38.1—38	105—120	—	5—1
Laueustein.	38.2—39.2	108	—	1
Kübler.	38.3—40	108—140(160)	64	4—1
Müller (2-ен.).	38.4—39.4	140—148	32—34	8
Hinterber- ger.	38.5—39.7	128	—	9
Goldschmidt.	38.5—39.5	140—150	—	25(?)
Янушкевичъ.	38.5—40.2	116—156	38—50	8
Leyden.	38.6—38.6	100—128	46	30—2
	—(38.4 послѣ трансф.)	170 (послѣ трансф.)	—	—
Образцовъ (1-е н.).	38.6—39.3	108—112	32	6—5
Reimann.	39—40	140—124	44	14—4
Wagner.	39	156	44	1
Rapenheim.	39—38	120	—	5—1
Michel-Dan- sas.	39.2—40	111—138	—	—
Bradford и Shaw (4-е н.).	39.3	160—154	24—48	8 и въ день †.

Фамиліи авторовъ.	Температура.	Число ударовъ пульса въ 1".	Число дыхан. въ 1".	За сколько дней до см. сдѣлано изслѣдов.
Kauert.	39.5—40	130	—	8
Westphal. (от. дифт.).	40	120—160	—	за нѣск. дней (12 и ?)
Gilbert и Weil (2-е н.). (осложн. ангин.).	40	138	—	12
Küssner.	40—40.8	136 --146	—	за нѣск. дней (3 и 2 (?))

Учащеніе пульса слѣдуетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ за кровотеченіями—Петровъ или при осложненіи острой лейкемии вторичными инфекціями—Westphal, Gilbert и Weil (2-е н.).

Наконецъ наибольшее учащеніе замѣчается не задолго до смерти—Kübler, Wagner, Bradford и Shaw (4-е н.) и др. Въ случаѣ Müller'a (1-е н.) пульсъ нельзя было счесть.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ Факультетской терапевтической клиники проф. А. Н. Каземъ-Бекъ при
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

**Сухо-воздушныя и продолжительныя водяныя
(термически индифферентныя) ванны при лѣче-
ніи хроническихъ нефритовъ.**

Ординатора клиники Р. Ундринцева.

(Окончаніе).

Случай VI-ой. Больной О. А., 45 лѣтъ, крестьянинъ. При-
нять въ клинику 10-го октября 1906-го года съ жалобами на
отѣки лица, живота, конечностей, penis и scroti, на значительную
одышку при ходьбѣ даже по ровному мѣсту, на часто бывающія
головныя боли и чувство общей слабости. Считаетъ себя больнымъ
съ 15-го сентября 1906-го года: сначала послѣ выпитой холодной
воды боль въ горлѣ (вѣроятно—Angina); черезъ 3—4 дня боль
исчезла, но зато стали отекать лицо и ноги до колѣнъ, а затѣмъ
появился отѣкъ рукъ и живота. Изъ перенесенныхъ раньше болѣз-
ней указываетъ на gonorrhoeam, на „лихорадки“, бывавшія нѣ-
сколько разъ, но не подолго. Въ дѣтствѣ у больного была „золо-
туха“ (бѣлое рубцовое пятно на кожѣ живота въ области meso-
gastrii dextri имѣется и теперь). Спиртные напитки употреблялъ
въ довольно значительномъ количествѣ. Ясныхъ указаній на Lues
нѣтъ. Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удов-
летворительнаго питанія. Костно-мышечная система и слой под-
кожной жировой влѣтчатки развиты достаточно. Цвѣтъ кожи и
видимыхъ слизистыхъ оболочекъ довольно блѣдный. Имѣются зна-

чигельные ascites и anasarca (fluctuatio vera выражена ясно). Верхнія границы обѣихъ легкихъ нормальны. Нижнія перемѣщены на одно межреберье кверху. Правая граница поверхностнаго при-тупленія сердца—правый край sterni; верхняя—нижній край III-го ребра, Толчекъ сердечной верхушки—въ V-мъ межреберьѣ (лѣвой стороны грудной клѣтки), на 2 см. кнаружи отъ Linea mamill. sinistra. Пульсъ низкій, малаго наполненія, нормальной частоты, правильный.

Аускультация легкихъ: дыханіе ослабленное, учащенное, особенно послѣ приѣма пищи и питья, везикулярнаго характера. Аускультация сердца: тоны чистые, но глухіе. Акцентуация II-го тона aortae.

Перкуторныя границы печени и селезенки перемѣщены вверхъ на одинъ межреберный промежутокъ. Органы эти не увеличены и не прощупываются. Микроскопически въ мочевомъ осадкѣ: крупно и мелко-зернистые почечные цилиндры, эпителиальные цилиндры съ наслоеніемъ изъ красныхъ кров. тѣлецъ, жирно-перерожденный и сохранившійся почечный эпителий, нзрѣдка—гіалиновые цилиндры, масса эритроцитовъ, мало лейкоцитовъ, много мочеви-слата натра, шавелево-кислой извести и немного мочевой кислоты. Преобладаютъ крупно-зернистые цилиндры; нѣкоторые изъ нихъ—съ наслоеніемъ изъ лейкоцитовъ. Моча темно-краснаго цвѣта, сильно кислой реакціи, даетъ при стояніи въ стаганѣ большой красноватый осадокъ.

Больной пробылъ въ клиникѣ съ 10-го октября по 31-ое октября: въ виду осложненія (Erysipelas palpebrae oculi sinistri), появи вшагося у больного 30-го октября, переведенъ 31-го октября въ Губернскую Земскую Больницу (въ клиникѣ нѣтъ помѣщенія для заразныхъ больныхъ), откуда, по излѣченіи отъ рожи, явновъ принять въ клинику 20-го ноября. Въ этотъ разъ больной находился въ клиникѣ до 11-го января 1907-го года. За время клиническаго лѣченья принялъ 29 сухо-возд. ваннъ (въ 100°—120°С по 30—40 минутъ) и 13 водяныхъ ваннъ (въ 34°С—90 минутъ). Подъ вліяніемъ лѣченья отѣки исчезли совершенно. Состояніе мочевого осадка передъ выпиской больного изъ клиники см. въ табл. № VII-ой.

Изъ побочныхъ явленій у больного констатированы частыя головныя боли (чаще, чѣмъ у каждаго изъ остальныхъ 6 больныхъ). Одинъ разъ была слабая Angina lacunaris. Больной перенесъ Erysipelas, занесенную въ клинику кѣмъ-то изъ лицъ, посѣщавшихъ ее. Въ теченіе нѣсколькихъ дней у больного аускульти-

ривался шумъ тренія pericardii, и въ эти дни въ мокротѣ была примѣсь крови—результаты небольшого инфаркта легкихъ. Изрѣдка больной жаловался на запоры. Чаще стулъ былъ правильный.

Средняя Т—ра сухо-возд. ваннъ=85°—94°С.

Вліяніе ваннъ, какъ сухо-возд., такъ и водяныхъ, въ данномъ случаѣ сходно по результатамъ съ дѣйствіемъ ваннъ въ 5 первыхъ случаяхъ. Тоже можно сказать и о помѣщенномъ ниже—VII—мъ случаѣ.

Таблица № I.

Больной О. А.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogramm.	Обуж. живота на уров. umbilicis(сm)	Окружность пра- вой и лѣвой голе- ни въ сm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ нея.
				Мочевинн.	NaCl:	Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.	Pro mille.							
X 10	76—22														
11	80—24	1500	кис.	26,13	9,18	0,93	—	—	36°,3	74,3	—	—	100°С	30 м.	—
	76—24	1010													
12	72—20	1000	кис.	—	—	—	6,00	6‰	36°,3	75	101	38,5—26 36—24,5	100°С	40 м.	—
	72—18	1009													
13	70—24	800	кис.	—	—	—	5,60	7‰	35°,9	75,9	104	37,5—26,5 36,5—25	100°С	40 м.	—
	72—22	1010													
14	88—24	600	кис.	10,61	5,14	0,26	3,60	6‰	36°,6	75	102	37—26 36—24,5	100°С	40 м.	76—92 88—22 88—22 92—22 100—22 112—33 96—22
	84—24	1010													
15	76—24	1000	кис.	16,43	7,11	0,59	7,00	7‰	36°,7	75	102	36—25 36—24	100°С	40 м.	72—22 76—22 80—22 88—22 96—22 108—23 100—22
	74—26	1010													
16	72—20	1300	кис.	—	—	—	9,10	7‰	36°,5	74,7	102	38—26 37—24	100°С	40 м.	—
	92—24	1010													
17	80—24	1400	кис.	—	—	—	9,80	‰7	36°,6	74,3	102	38—25 37—24	115°С	4 м.	—
	88—24	1010													

время неа и чрезъ 30 м. по окончаніи чрезъ сколько мн. нуетъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колѣч. эндокости, принятъ болѣзнятъ во время ваннъ.	Колѣч. пота въ куб. смт.	Насл пота въ граммахъ.	Т° ванны.				Въсь тѣла до ванн. и посл. неа (въ kil.)	Т° тѣла до ваннъ и послѣ неа чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько вре- мени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.
					Въ плоско-	Въ области	Подъ жело-	Въ тѣлѣ до ваннъ					
					сти постели	боков. и верх. пов. тѣла б.	бомъ вверху						
— 20 — 22 — 24 — 26 — 28 — 30 — 32 — 34 — 36 — 38 — 40 П. в.	92 95 96 100 100 104 108 108 102	—	Потъ сла- бый.	280	1,85	52°C	87°C	100°C	74,3 73,8	36°,5 36°,4	2 Чрезъ часа по- слѣ утр. чая.	18 м.	Ванну перенесъ легко. Ванну перенесъ легко.
— 20 — 22 — 24 — 26 — 28 — 30 — 32 — 34 — 36 — 38 — 40 П. в.	90 96 110 102 105 105 107 100	—	—	300	2,05	50°C	86°C	100°C	74,8 74,4	36°,7 36°,4	1 1/2 Чрезъ часа послѣ утр. чая.	19 м.	Ванну перенесъ легко.
— 20 — 22 — 24 — 26 — 28 — 30 — 32 — 34 — 36 — 38 — 40 П. в.	90 96 110 102 105 105 107 100	—	Потъ блѣдн., но коли чество его не измѣ- рено.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.

Месяць и число.	Пульсъ и дѣланіе утромъ и вечер.	Суточное колич-ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ килограмм.	Обруж. живота на уров. umbilici (cm)	Обружность пра-вой и лѣвой голени въ см.	Т° ванны по С°.	Продолж. ванн. съ указанной Т°.	Пульсъ и дѣланіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окончаніи.	При какомъ Т° и	
				Мочевин.	NaCl:	Фосфатовъ.	Въ грам-махъ.	Pro mille.									
X 10	76-22								36° 3								
11	80-24	1500	кис.	26,13	9,18	0,93	—	—	36° 4	74,3	—	—	100°С	30 м.	—		
	76-24	1010							36° 4								
12	72-20	1000	кис.	—	—	—	6,00	6‰	36° 3	75	101	38,5-26	100°С	40 м.	—		
	72-18	1009							36° 7								
13	70-24	800	кис.	—	—	—	5,60	7‰	35° 9	75,9	104	37,5-26,5	100°С	40 м.	—		
	72-22	1010							36° 7								
14	88-24	600	кис.	10,61	5,14	0,26	3,60	6‰	36° 6	75	102	37-26	100°С	40 м.	76-20		
	84-24	1010							37° 1								
15	76-24	1000	кис.	16,43	7,11	0,59	7,00	7‰	36° 7	75	102	36-25	100°С	40 м.	72-20		
	74-26	1010							36° 9								
16	72-20	1300	кис.	—	—	—	9,10	7‰	36° 5	74,7	102	38-26	100°С	40 м.	—		
	92-24	1010							36° 5								
17	80-24	1400	кис.	—	—	—	9,80	7‰	36° 6	74,3	102	38-25	115°С	4 м.	—		
	88-24	1010							36° 7								

1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

Время и чрезъ ко м. о. ванн.	При какой т° и чрезъ сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Viva-Rossi) art. brachialis.	Коліч. жидкости, принят большимъ во время ванны.	Коліч. пота въ куб. снт.	NaCl пота въ граммахъ.	Т° ванны.			Всѣ тѣла до ванн. и посл. нея (въ кіл.)	Т° тѣла до ванн и посл. нея чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько вре- мени послѣ приѣма пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной т°.	Примѣчаніе.	
						Въ плоско- сти постели	Въ области боков. и верх. пов. тѣла б.	Подъ жело- бомъ вверху						
—	—	—	—	Потъ сла- бый.	280	1,85	52°C	87°C	100°C	74,3 73,8	36°,5 36°,4	2 часа по- слѣ утр. чая.	18 м.	Ванну перенесъ легко. Ванну перенесъ легко.
100°C 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. П. в.	92 95 96 100 104 108 102	—	—	—	300	2,05	50°C	86°C	100°C	74,8 74,4	36°,7 36°,4	Черезъ 1½ часа послѣ утр. чая,	19 м.	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	Потъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	биль,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	но	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	количест-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	во его	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	не измѣ-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.
—	—	—	—	рено.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ килограмм.	Обруж. живота на уров. umbilici (cm)	Обружность правой и левой голени въ см.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окончаніи.	
				Мочевины.	NaCl:	Фосфатовъ.	Въ граммахъ.	Pro mille.								
X 10	76—22															
11	80—24	1500	кис.	26,13	9,18	0,93	—	—	36°,4	74,3	—	—	100°С	30 м.	—	
	76—24	1010														
12	72—20	1000	кис.	—	—	—	6,00	6‰	36°,3	75	101	38,5—26 36—24,5	100°С	40 м.	—	
	72—18	1009														
13	70—24	800	кис.	—	—	—	5,60	7‰	35°,9	75,9	104	37,5—26,5 36,5—25	100°С	40 м.	—	
	—22	1010														
	—24	600	кис.	10,61	5,14	0,26	3,60	6‰	36°,6	75	102	37—26 36—24,5	100°С	40 м.	76—2 88—2 88—2 92—2 100—2 112—2 96—2	
	—24	1010														
15	76—24	1000	кис.	16,43	7,11	0,59	7,00	7‰	36°,7	75	102	36—25 36—24	100°С	40 м.	72—2 76—2 80—2 88—2 96—2 108—2 100—2	
	74—20	1010														
16	72—20	1300	кис.	—	—	—	9,10	7‰	36°,5	74,7	102	38—26 37—24	100°С	40 м.	—	
	92—24	1010														
17	80—24	1400	кис.	—	—	—	9,80	‰7	36°,6	74,3	102	38—25 37—24	115°С	4 м.	—	
	88—24	1010														

При какой T° и через сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колѣч. жидкости, принят. bottleмъ во время ванны.	Колѣч. пота въ куб. смт.	NaCl пота въ граммахъ.	T° ванны.			Всѣхъ тѣла до ванн. и посл. нея (въ Kil.)	T° тѣла до ванны и послѣ нея черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вре- мени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной T°.	Примѣчаніе.	
					Въ плоско- сти постели	Въ области боков. и верх. пов. тѣла б.	Подъ жело- бомъ вверху						
—	—	—	Потъ сла- бый.	—	—	—	—	—	—	—	Ванну перенесъ легко.		
100°C	92	—	280	1,85	52°C	87°C	100°C	74,3 73,8	36°,5 36°,4	Черезъ 2 часа по- слѣ утр. чая.	18 м.	Ванну перенесъ легко.	
10 м.	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
20 м.	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
30 м.	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
40 м.	104	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
П. в.	108	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
120°C	90	—	300	2,05	50°C	86°C	100°C	74,8 74,4	36°,7 36°,4	Черезъ 1½ часа послѣ утр. чая,	19 м.	Ванну перенесъ легко.	
10 м.	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
20 м.	110	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
30 м.	102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
40 м.	105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
П. в.	107	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	Потъ	биль,	но	коли	чест	во	его	не	измѣр	но.	Ванну перепесъ легко.

МѢСЯЦЪ И ЧЛОДЪ.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.		Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.		Реванія мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ килограмм.	Обруж. живота на уров. umbilici (см)	Обруженность пра- вой и левой голде- ни въ сплм.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по оконч. ея.
						Мочевинки.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.	Pro mille.							
X 18	80—20	1400	БИС.	—	—	—	11, 20	8‰	36° ⁰ ,7 36° ⁰ ,4	74,5	102	38,5—26,5 36—24	115°С	40 м.	—	—	
	76—22	1010															
19	72—18	1600	БИС.	—	—	—	12, 80	8‰	36° ⁰ ,7 36° ⁰ ,7	75,2	101	39—25,5 37—24	115°С	40 м.	—	—	
	88—24	1010															
20	92—24	1200	БИС.	—	—	—	9,60	8‰	37° ⁰ ,0 36° ⁰ ,8	74,9	100	38—25 37—24	115°С	40 м.	—	—	
	76—24	1008															
21	84—28	1800	БИС.	25,30	10,19	1,13	14, 40	8‰	37° ⁰ ,0 37° ⁰ ,5	74	99	38—26 36—26	115°С	40 м.	82—22 88—24 96—26 104—26 112—28 120—28 104—24	—	
	74—20	1007															
22	76—20	2000	БИС.	27,19	14,21	1,62	18, 00	9‰	37° ⁰ ,6 37° ⁰ ,6	73,4	99	38—25 36—24	115°С	40 м.	90—24 96—24 100—24 108—26 116—28 124—30 104—24	—	
	92—24	1008															
23	108—24	1900	БИС.	—	—	—	17, 10	9‰	37° ⁰ ,2 37° ⁰ ,3	72,5	99	38—25 36—24	120°С	40 м.	—	—	
	76—24	1010															
24	84—20	1000	БИС.	18,13	7,14	0,68	10, 00	10‰	36° ⁰ ,9 36° ⁰ ,9	72,5	98	38—25 36—24	120°С	40 м.	—	—	
	84—20	1010															
25	80—20	1800	БИС.	—	—	—	12, 60	7‰	37° ⁰ ,2 37° ⁰ ,2	71,4	97	37—24,5 36—23	Не бы ло.	—	—	—	
	88—22	1009															
26	88—22	1800	БИС.	—	—	—	14, 40	8‰	37° ⁰ ,8 38° ⁰ ,4	71,5	97	37—25 36—24	120°С	20 м.	—	—	
	100—24	1010															
27	80—20	1900	БИС.	—	—	—	19, 00	10‰	36° ⁰ ,9 37° ⁰ ,0	71	97	37—25 34—23	120°С	40 м.	—	—	
	84—24	1009															

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.		Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogram	Окруж. живота на уров. umbilici (centm.)	Окружность пра- вой и лѣвой голе- ни въ centm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея.
	Мочевины	NaCl.			Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.	Pro mille.									
X 28	78—22	1400	кис.	20,15	12,27	1,32	11, 20	8‰	36°,9 37°,0	71,4	99	37—25 36—24	120°C	40 м.	80—22 88—22 96—24 104—26 112—26 123—28 108—24	
	88—24	1008														
29	92—24	1400	кис.	20,13	13,19	1,35	12, 60	9‰	38°,8 39°,0	70,5	98	36—26 33—24	—	—	—	
	92—28	1040														
30	96—28	1760	кис.	—	—	—	21, 12	12‰	39°,4 40°,10	70,4	98	35—24 34—23	—	—	—	
	104—32	1010														
31	118—30	1600	кис.	25,18	13,25	1,19	16, 00	10‰	39°,3	70,5	98	36—25 35—24	—	—	—	
	1012															
XI 20	80—20	—	—	—	—	—	—	—	36°,7	—	—	—	—	—	—	—
21	88—24	—	—	—	—	—	—	—	36°,6 36°,6	67,7	96	35—24 33—23	—	—	—	—
	80—22															
22	88—24	1700	кис.	31,25	14,83	1,98	6,80	4‰	36°,7 37°,2	69,1	98	35—25 33—23	100°C	30 м.	—	
	88—22	1006														
23	80—24	2000	кис.	—	—	—	8,00	4‰	37°,0 37°,2	69,0	98	35—25 33—23	110°C	30 м.	—	
	80—22	1005														
24	82—24	1400	кис.	—	—	—	5,60	4‰	36°,8 37°,0	69,5	98	35—24 33—22	120°C	90 м.	—	
	88—24	1007														
25	88—24	700	кис.	12,51	4,49	0,23	3,15	4,5‰	36°,7 36°,7	69,5	98	34—24 33—23	120°C	90 м.	86—22 92—24 100—26 108—26 112—26 100—24	
	96—24	1007														
26	92—22	900	кис.	14,63	5,48	0,46	3,60	4‰	36°,5 37°,1	68,3	97	34—23 33—23	120°C	30 м.	—	
	90—22	1005														

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. бол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogramm.	Обруч. живота на уров. umbilici (cm)	Обрученность пра- вой и лѣвой голе- ни въ cm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея
				Мочевинн.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.	Pro mille.							
XI 27	90—22	1430	кис.	30,69	14,12	1,33	5,72	4°/00	36°/7 37°/1	69,1	98	35—24 33—22,5	120°С	30 м.	—
	100—24	1004													
28	90—22	1000	ис.	—	—	—	8,00	4°/00	36°/6 36°/9	67,8	97	35—24 34—23	120°С	30 м.	—
	80—22	1004													
29	100—24	2200	ки	36,48	19,32	1,44	8,80	4°/00	36°/8 37°/2	68	96	33,5—23,5 32,5—22,5	120°С	30 м.	—
	78—20	1004													
30	88—28	2450	кис.	—	—	—	9,80	4°/00	36°/5 37°/1	68,2	96,5	35—24 33—22	120°С	30 м.	—
	92—24	1004													
XII 1	88—24	2500	кис.	—	—	—	12, 50	5°/00	36°/5 36°/9	68,3	96	35—23 34—22	120°С	30 м.	—
	80—20	1004													
2	84—24	2300	кис.	32,18	17,22	1,34	11, 50	5°/00	36°/5 37°/0	68,4	95	34—23 33—22	120°С	30 м.	84—22
	78—24	1004													88—22
3	72—22	2200	кис.	30,16	16,11	1,25	12, 10	5,5°/00	36°/8 37°/5	67,8	98	36—24 33,5—24	120°С	30 м.	96—24
	88—24	1005													104—26
4	76—24	1100	кис.	—	—	—	11, 00	10°/00	37°/2 37°/4	67,4	95	35—23 34—23	—	—	108—26
	76—24	1007													100—27
5	76—22	1000	кис.	—	—	—	12, 00	12°/00	36°/3 37°/7	67,6	93	35—23 34—23	—	—	104—26
	98—22	1011													100—24

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.		Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogramm.	Окруж. живота на уров. umbilici (centm)	Окружность пра- вой и лѣвой голѣ- ни въ centm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея.
					Мочевинн.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.	Pro mille.							
XII 6	92—24	830	кис.	—	—	—	17,	21‰	36° 4	67,7	91	39—26	—	—	—	
	92—24	1014					43	37° 0	27—24,5							
7	88—24	1950	кис.	—	—	—	8,	4,5‰	36° 3	67,8	92	38—25	—	—	—	
	88—24	1016					775	36° 5	36—24							
8	80—20	2200	кис.	—	—	—	6,60	3‰	36° 5	67,5	91	37—25	—	—	—	
	80—24	1007					36° 5	36,5—24,5								
9	88—26	1700	кис.	—	—	—	13,	8‰	36° 3	67,6	94	39,5—26	—	—	—	
	80—24	1007					60	36° 5	37,5—24							
10	76—24	1600	кис.	—	—	—	8,00	5‰	36° 5	67,5	94	38,5—26	—	—	—	
	72—22	1007					36° 3	36—24								
1	76—20	1400	кис.	—	—	—	5,60	4‰	36° 0	67,3	91	39—26	34°С	90 м.	—	
	84—22	1005					36° 4	37—24								
2	78—26	1750	кис.	—	—	—	5,25	3‰	36° 0	67,7	93	39—26	34°С	90 м.	—	
	80—24	1005					36° 4	38—24								
13	80—24	1000	кис.	—	—	—	3,00	3‰	36° 4	67,5	92	39—25	34°С	90 м.	—	
	88—24	1005					36° 9	36—24								
14	80—24	2200	кис.	—	—	—	8,80	4‰	36° 2	67,5	91	38—24	34°С	90 м.	—	
	84—22	1005					37° 0	36—23								
15	82—22	2600	кис.	—	—	—	10,	4‰	36° 5	67,1	94	37—24	34°С	90 м.	—	
	80—24	1005					40	37° 0	34—23							
16	84—24	2200	кис.	28,92	16,77	1,35	8,80	4‰	37° 0	66,5	93	36—24	34°С	90 м.	84—20 80—22 78—24 82—22	
	88—24	1005					36° 9	35—23								

При какой Т° и через сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колич. жидкости принят. больнымъ во время ванны.	Колич. пота въ куб. смт.	Насі пота въ граммахъ.	Въ плоско- сти постели	Т° ванны. Въ области боков. и верх. пов. тѣла б.	Подъ жело- бомъ вверху.	Всѣ тѣла до ванн. и посл. нея (въ кіі)	Т° тѣла до ванн и посл. нея черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вре- мени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.
Начал о 97 45 м. 99 90 м. 102 30 м. } 100 П. в. }								66,6 37°,1 66,6 36°,9 36°,7 36°,8	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.			

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количество мочи и ее уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ килограмм	Обруж. живота на уров. umbilici (centm)	Окружность правой и левой голени въ спит.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по оконч. ея
				Мочевины	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ граммахъ	Pro mille.							
XII 17	80—24	1800	кис.	36,19	17,36	2,45	6,30	3,5‰	36° ₅ 36° ₈	65,9	94	36—24 33—25	34°С	90 м	80—22 76—24 72—27 82—20
	84—26	1005													
18	82—24	2500	кис.	—	—	—	10,00	4‰	36° ₅ 36° ₇	65,5	94	35—22,5 33—22	34°С	90 м.	—
	84—22	1005													
19	80—22	2400	кис.	—	—	—	9,60	4‰	36° ₈ 36° ₆	65,5	93	35—23 34—22	34°С	90 м	—
	92—24	1005													
20	92—24	2300	кис.	—	—	—	9,20	4‰	36° ₆ 36° ₁	65	92	34—22 34—21,5	34°С	90 м.	—
	90—26	1005													
21	82—22	2400	кис.	—	—	—	9,60	4‰	36° ₁ 36° ₈	65,3	95	36—23 34—22	34°С	90 м.	—
	80—26	1005													
22	76—20	2300	кис.	46,29	26,19	4,12	11,50	5‰	36° ₈ 36° ₅	65,7	93	35—24 34—22	34°С	90 м.	—
	80—22	1005													
23	88—24	1800	кис.	28,47	18,12	1,47	9,00	5‰	36° ₅ 36° ₈	64,4	92	34—23 33—22	34°С	90 м.	88—22 84—24 78—26 82—20
	90—22	1006													
24	100—26	1900	кис.	31,67	19,15	1,52	9,50	5‰	36° ₅ 36° ₈	64,6	89	37,5—24 35—23	—	—	—
	92—22	1006													
25	100—24	1800	кис.	—	—	—	9,00	5‰	36° ₅ 36° ₈	64,6	89	37—23 35—23	—	—	—
	92—24	1006													
26	88—24	1800	кис.	—	—	—	9,00	5‰	36° ₅ 36° ₇	64,5	88	37—24 35—23	—	—	—
	90—26	1006													
27	86—22	2100	кис.	—	—	—	7,35	3,5‰	36° ₄ 37° ₀	64	88	38—24,5 36—23	—	—	—
	84—22	1010													
28	88—22	2400	кис.	33,12	17,22	1,43	9,60	4‰	36° ₇ 37° ₀	63,8	86	37—25 35—23	—	—	—
	92—24	1007													

При какой T° и через сколько минуть	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) in art. brachial	Колѣч. жидкости, принят. больнымъ во время ванн.	Колѣч. пота въ куб. снт.	NaCl пота въ граммахъ.	На Уровнѣ постели.	Въ области богов. и верх. пов. тѣла б.	Подъ жело- бомъ вверху.	Вѣсь тѣла до ванн. и послѣ нея (въ кіл.)	T° тѣла до ванн и черезъ 30 мин. по окончаніи ея.	Черезъ сколько времени послѣ при- ема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной T°.	Примѣчаніе.
												Элементы отце- трофугированнаго мочевого осадка (изъ свѣже-выпу- щенной мочи)—т же, что и при по- ступленіи больно въ клинику, но нѣсколько мень- шемъ количествѣ.

МѢСЯЦЪ И ЧИСЛО.	Кол. мочи въ куб. смт.	Уд. вѣсъ мочи.	Реакція мочи.	Колич. NaCl въ граммахъ.	Время.	Колич. молока въ куб. смт.	Т° вод. ванны.	Продолжит. ванны	Кровяное давленіе (art. brachi)
XII 16	38	1005	кисл.	0,385	8 ч. 30 м. утра	110	—	—	96
	41	1005	кисл.	0,389	9 ч. —	110	—	—	—
	56	1005	кисл.	0,392	9 ч. 30 м.	110	—	—	—
	135	1005	кисл.	1,166	—	330	—	—	—
	67	1004	кисл.	0,403	10 ч. —	110	34°С	90 м.	97
	88	1004	кисл.	0,415	10 ч. 30 м.	110	—	—	—
	129	1003	кисл.	0,421	11 ч —	110	—	—	100
	205	1001	кисл.	0,487	11 ч. 30 м.	—	конец.	—	102
	489	1003	кисл.	1,726	—	330	—	—	—
	81	1004	кисл.	0,402	12 ч. —	—	—	—	—
	76	1004	кисл.	0,398	12 ч. 30 м.	—	—	—	100
	61	1005	кисл.	0,376	1 часъ	—	—	—	—
	218	1004	кисл.	1,176	—	—	—	—	100

Таблица № II.

Больной О. А.

Мѣсяцъ и число.	Кол. мочи въ куб. снт.	Уд. вѣсъ мочи.	Реакція мочи.	Коллич. NaCl въ граммахъ.	Коллич. молока въ куб. снт.	Т° с. в. ванны.	Продолжит. ванны	Кровяное давление (art. brachi).	Время.	При какой т° и чрезъ сколько мн.
X 28	—	—	—	—	110	—	—	102	9 ч. утра	Нач. 45 90 П. л. 30
	50	1008	кисл.	0,218	110	—	—	—	9 ч. 30 м.	
	62	1008	кисл.	0,221	110	—	—	—	10 ч. —	
	148	1007	кисл.	0,387	110	120°С	40 м.	105	10 ч. 30 м.	
	260	107	кисл.	0,826	440	—	40 м.	—	—	
	81	1009	кисл.	0,278	410	120°С	конец.	120	11 ч. —	
	22	110	кисл.	0,146	110	—	—	—	11 ч. 30 м.	
	36	112	кисл.	0,119	—	—	—	—	12 ч. —	
	58	1011	кисл.	0,235	—	—	—	—	—	
	XII 5	—	—	—	—	110	—	—	104	
33		1011	кисл.	0,131	110	—	—	—	9 ч. —	
42		1011	кисл.	0,138	110	—	—	—	9 ч. 30 м.	
27		1010	кисл.	0,203	110	—	—	—	10 ч. —	
124		1009	кисл.	0,482	110	—	—	—	10 м. 30 м.	
140		1009	кисл.	0,498	110	—	—	105	11 ч. —	
103		1009	кисл.	0,466	—	—	—	106	11 ч. 30 м.	
469		1010	кисл.	1,918	660	—	—	—	—	
XII 6	315	1012	кисл.	1,047	660 куб снт. теплаго жидкаго чая.	—	Начал о.	103	За 3 часа выпито.	
							конец.	106		

Колличество пота. въ куб. снт.	Насл пота въ грам.	Вѣсъ тѣла до и послѣ ванны.	Т° тѣла до и послѣ ванны.	Т° ванны.			Примѣчаніе.
				На уровнѣ постели.	Въ обл. бок. и верх. пов. тѣла больн.	Подъ жело- зомъ ввер- ху.	
170	1,16	71,6 71,0	36°,8С 36°,6С	62°С	94°С	120°С	Ванну перенесъ легко.

черезъ сколько ми-
нутъ передъ ванной, во
время нея и черезъ
30 м. по окон. ея.

84—20
80—20
76—22
84—18

Случай VII-ой. Больной Н. Ш., 40 лѣтъ, рабочій. Принять въ клинику 5-го февраля 1907-го года съ жалобами на отѣки лица, живота, конечностей, на головныя боли, бывающія иногда, на одышку и небольшой кашель. Считаетъ себя больнымъ съ начала декабря 1906-года, когда больной въ первый разъ замѣтилъ отѣкъ лица и ногъ. Недѣлю спустя послѣ этого начали отекають руки, и немного увеличился въ объемѣ животъ. Затѣмъ появилась слабая одышка и небольшой кашель. Раньше нѣсколько разъ бывала „лихорадка“. Венерическія болѣзни отрицаетъ. Пива пилъ много, водку—рѣдко и въ небольшомъ количествѣ Женатъ, дѣтей не имѣетъ, не смотря на 10-ти лѣтнее супружество.

Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Костно-мышечная система и слой подкожной жировой влѣтчатки, развиты хорошо. Имѣется общая апасагса и слабо-выраженный ascites. penis и scrotum сильно отѣчны. Границы легкихъ, сердца, печени и селезенки нормальны. Аускультация легкихъ указываетъ на слабый бронхіальный катарръ. Тоны сердца чистые, но слегка глуховатые. Имѣется слабая акцентуазія II-го тона aortae. Пульсъ art. radialis—полный, средней высоты, значительнаго напряженія и нормальной частоты.

Моча желтовато-краснаго цв., нейтральной реакціи, съ большимъ осадкомъ солей. Микроскопически—въ мочевомъ осадкѣ; много эритроцитовъ, немного лейкоцитовъ; изрѣдка—эпителиальные цилиндры, эпителиальные цилиндры съ паслоеніемъ изъ эритроцитовъ, кровавые цилиндры, мелко и крупно-зернистые почечные цилиндры, кристаллы мочевой кислоты, фосфорно кислой амміакъ—магнезіи и немного мочевилаго натра. Осадокъ въ пробиркѣ небольшой, кроваво-краснаго цвѣта.

Больной пробылъ въ клиникѣ съ 5-го февраля по 16-ое марта 1907-го года и принималъ за это время 34 вод. ванны въ 34°С (по 90 минутъ каждая ванна). Изъ вспомогательныхъ средствъ пользовался постельнымъ содержаніемъ и молочной діетой.

Отѣки къ концу лѣченія исчезли совершенно. Состояніе мочевого осадка передъ уходомъ больного домой см. въ табл. № III-й.

Въ первые дни пребыванія больного въ клиникѣ онъ жаловался на головныя боли по утрамъ. Когда онъ началъ принимать водяныя ванны, боли прошли и болѣе не повторялись.

Таблица № III.

Больной Н. Ш.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.		Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogramm	Обруж. жира на уров. umbilicis(cent)	Обружность пра- вой и лѣвой голе- ни въ смтм.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея.
					Мочевина.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грам. махъ	Pro mille							
19 07 11	72—22	—	—	—	—	—	—	—	37,05	—	—	—	—	—	—	—
6	80—24 64—22	900 1015	нейт	15,18	8,95	0,98	2,25	2,5‰	36,7 36,9	57,3	80	38—25 38—24	—	—	—	—
7	84—24 76—22	2000 1012	кис.	30,19	14,17	1,12	4,00	2‰	36,2 36,4	66,1	80	38—26 40—24,5	34°C	90м.	86—20 78—22 74—22 80—20	
8	70—20 80—24	3500 1006	нейт	38,44	18,21	1,63	7,00	2‰	36,3 36,5	65,5	80	38—26 40—24,5	34°C	90м.	76—20 72—24 68—24 70—20	
9	80—22 76—22	3000 1006	кис.	26,68	13,72	1,13	6,00	2‰	36,3 37,1	65	79	38—26 39—24	—	—	—	—
10	80—20 80—22	2800 1006	кис.	—	—	—	4,20	1,5‰	36,4 37,0	65	79	37—26 39—24	34°C	90м.	—	
1	78—20 98—24	3500 1005	кис.	—	—	—	3,50	1‰	36,4 37,1	65,1	80	39—25,5 39—26	34°C	90м.	—	
2	92—24 88—24	3400 1004	нейт	43,39	29,18	1,82	5,10	1,5‰	36,5 36,7	65,3	80	38—25 38—25	34°C	90м.	—	
3	80—20 88—24	3000 1005	кис.	—	—	—	4,50	1,5‰	36,5 37,0	65	80	38—26 38—26	34°C	90м.	—	
14	74—22 74—22	2700 1005	кис.	36,14	21,52	1,39	2,70	1‰	36,5 37,0	64,7	79	37—24 38—24	34°C	90м.	74—22 70—22 68—24 72—20	
15	80—22 90—20	2900 1004	кис.	39,55	23,16	1,42	2,90	1‰	36,4 37,3	64,1	79	36—24 37—24	34°C	90м.	82—20 78—22 74—22 80—20	

При какой т° и через сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Вѣс. тѣла до вани. и посл. нея (въ кіл.)	т° тѣла до вани и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вре- мени послѣ приѣма пищи или питья сдѣлана ванна.
—	—	—	—	—
Начал 45 м. 90 м.) 30 м.) П. в. }	о. 120 112 124 121	66,0 66,0	36°,2 35°,9 35°,8 36°,1	Черезъ 2 часа по- слѣ утр. чая.
Начал 45 м. 90 м.) 30 м.) П. в. }	о. 122 124 125 121	65,3 65,3	36°,4 36°,1 36°,0 36°,3	Черезъ часъ послѣ утр. чая.
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
Начал 45 м. 90 м.) 30 м.) П. в. }	о. 123 125 126 122	64,6 64,6	36°,6 36°,4 36°,2 36°,5	Черезъ часъ послѣ утр. чая.
Начал 45 м. 90 м.) 30 м.) П. в. }	о. 119 121 124 120	64,0 64,0	36°,4 36°,2 36°,1 36°,3	Idem.

П р и м ѣ ч а н і е.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вѣч.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. ѡлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogram.	Окруж. живота на урѣв. umbilic. (сm)	Окружность правой и лѣвой голени въ сm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и черезъ 30 м. по окон. ея.
				Мочевина.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ граммахъ.	Pro mille.							
II 16	76—24	2800	кис.	27,18	14,96	0,87	2,80	1‰	36°,4 37°,2	63,5	78	36—24 37—24	—	—	—
	90—24	1005													
17	88—24	2000	кис.	46,12	21,15	1,72	2,00	1,0‰	36°,4 36°,7	63	80	36—24 33,5—24,5	34°C	90 м.	—
	80—24	1012													
18	80—24	2500	кис.	—	—	—	3,75	1,5‰	36°,3 36°,7	62,1	80	36—24 36,5—24	34°C	90 м.	—
	88—24	1010													
19	76—24	2300	кис.	28,125	12,16	1,47	1,15	0,5‰	36°,2 36°,7	62	80,5	36—23 36—23	34°C	90 м.	—
	78—24	1010													
20	82—22	2500	кис.	—	—	—	3,75	1,5‰	36°,2 37°,1	61,9	79	36—23 36—23	34°C	90 м.	—
	80—22	1008													
21	92—24	2600	кис.	—	—	—	7,80	3‰	36°,2 36°,8	61,9	78	36—24 36—23	34°C	90 м.	—
	76—24	1008													
22	80—22	1800	кис.	—	—	—	3,60	2‰	36°,0 37°,0	62,3	79	36—23 38—23,5	34°C	90 м.	—
	76—24	1012													
23	78—24	2000	кис.	31,43	16,95	1,18	4,00	2‰	36°,2 36°,5	62,5	79,5	35—22,5 36—23	34°C	90 м.	80—20 76—24 72—24 78—22
	80—24	1010													
24	88—24	2300	кис.	32,16	17,87	1,22	6,90	3‰	36°,3 36°,8	61,7	78	36—24 37—24	34°C	90 м.	86—18 80—20 78—22 82—20
	80—22	1009													
25	80—24	3500	кис.	46,14	26,67	1,38	7,00	2‰	36°,4 36°,5	62	78	36—23 36—24	не бы	ло.	—
	82—24	1005													
26	74—20	3100	кис.	—	—	—	6,20	2‰	36°,1 36°,8	61,8	78	36—24 37—24	34°C	90 м.	—
	76—24	1007													
27	80—24	3250	кис.	52,38	29,48	1,89	6,50	2‰	36°,1 36°,4	61,5	78	36—23 36—24	34°C	90 м.	—
	86—24	1007													
28	74—20	1900	кис.	—	—	—	3,80	2‰	36°,1 36°,4	61,2	78	26—22 36—23	34°C	90 м.	—
	72—20	1014													
III 1	72—18	1600	кис.	—	—	—	3,20	2‰	36°,3 36°,2	61,7	77	36,5—24 36—23,5	34°C	90 м.	—
	80—24	1012													

Кров. давление въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Вѣсъ тѣла до ванн и посл. нея (въ кіл.)	Т° тѣла до ванн и посл. нея черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько времени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Примѣчаніе.
125	62,8	36°,2	Черезъ часъ послѣ обѣда.	
126	62,8	36°,0		
128		35°,9		
127		36°,3		
122	61,9	36°,5	Idem.	
123	61,9	36°,3		
125		36°,2		
130		36°,4		
				Выпилъ 5 кружекъ молока.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ килограмм.	Обруж. живота на уров. umbilici (centm)	Обруженность правой и левой голени въ centm.	Т° ванн по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.
				Мочевинн.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ граммахъ.	Pro mille.						
III 2	80—24	1600	кис.	—	—	—	4,00	2,5‰	36°,2	61,5	77	36,5—23	34°С	90 м
	80—24	1015							36°,9					
3	80—22	1400	кис.	19,41	10,11	0,65	2,10	1,5‰	36°,2	62,7	78	36—24	34°С	90 м
	80—22	1015							37°,0					
4	74—22	1400	кис.	20,50	10,16	0,72	2,80	2‰	36°,2	63,2	79	37—24	34°С	90 м
	80—24	1015							36°,2					
5	88—24	2200	кис.	41,19	22,49	2,61	4,40	2‰	36°,3	64,1	79	36—24	34°С	90 м
	76—20	1010							37°,2					
6	72—22	2300	кис.	—	—	—	8,05	3,5‰	36°,2	64,5	78	36—25	34°С	90 м
	74—20	1009							36°,2					
7	74—20	2800	кис.	—	—	—	5,60	2‰	36°,2	64,9	78	37—24	34°С	90 м
	84—22	1007							37°,1					
8	84—24	2000	кис.	—	—	—	2,00	1‰	36°,2	63,8	78	37—24	34°С	90 м
	76—20	1011							37°,1					
9	74—24	1900	кис.	—	—	—	4,75	2,5‰	36°,2	63,6	78	36—24	34°С	90 м
	72—18	1014							37°,2					
10	72—20	2000	кис.	—	—	—	3,00	1,5‰	36°,2	63,2	78	37—24,5	34°С	90 м
	80—24	1014							37°,2					
11	92—24	2000	кис.	28,47	13,21	1,16	2,00	1‰	36°,2	62,8	79	37—24	34°С	90 м
	76—22	1015							37°,2					
12	74—22	1700	кис.	22,17	10,15	1,02	слѣд. н.	—	36°,2	62,8	79	37—25	34°С	90 м
	74—24	1015							37°,2					
13	72—18	1700	кис.	—	—	—	слѣд. н.	—	36°,2	63,3	78	37—23	34°С	90 м
	84—22	1015							37°,0					
14	88—24	1920	кис.	—	—	—	1,92	1‰	36°,3	62,9	78	36—23	24°С	90 м
	84—22	1013							37°,1					
15	76—22	1660	кис.	—	—	—	0,83	0,5‰	36°,2	62,2	78	37—24	34°С	90 м
	80—22	1014							37°,2					
16	—	1000	кис.	—	—	—	0,50	0,5‰	—	—	—	—	—	—
	—	1014							—					

Кров. давленіе въ мм. (Riva Rossi) art. brachialis.	Вѣсъ тѣла до ванн. и посл. нея (въ кіл)	Т° тѣла до ванны и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько времени послѣ пріема пищи или питья сдѣлана ванна.	Примѣчаніе.
—	—	—	—	
124	62,5	36°,7	Черезъ	
126	62,5	36°,6	часъ по-	
127		36°,5	слѣ утр.	
122		36°,8	чая.	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	

Количество элементов мочевого осадка, указывающихъ на патологическое состояніе почекъ, нѣсколько меньше, чѣмъ это было при поступленіи больного въ клинику.

Въ заключеніе остановимся на 4 наблюденіяхъ, имѣвшихъ цѣлью выяснить преимущество молока, какъ мочегоннаго средства, передъ другою жидкостью. Наблюденія ставились такъ: больнымъ С. К. и О. А. давали каждые полчаса (послѣдовательно—въ теченіе 3 часовъ) по 110 куб. снт. кипяченаго молока и, начиная со второго полчаса, опредѣляли количества мочи и NaCl ея, выдѣленные въ получасовой періодъ времени. Другою жидкостью, съ которою было продѣлано тоже, что и съ молокомъ, былъ теплый, жидкій чай (теплый настолько, что онъ не вызывалъ у больныхъ пота).

Сравнивая результаты, легко убѣдиться, что количество мочи и NaCl ея, выведенныя въ одинаковые промежутки времени (за 3 часа) значительно больше при приѣмѣ молока, чѣмъ при приѣмѣ чая. Слѣд., молоко играетъ извѣстную роль въ усиленіи мочеотдѣленія и не является жидкостью безразличной, повышающей кров. давленіе и, тѣмъ самымъ, увеличивающей діурезъ; напротивъ, молоко, очевидно, вліяетъ какимъ-то образомъ на самую паренхиму почекъ и, кромѣ того, еще дѣйствуетъ путемъ повышенія кров. давленія. Бóльшій эффектъ (въ смыслѣ повышенія діуреза) получается при совмѣстномъ примѣненіи водяныхъ тепловатыхъ продолжительныхъ ваннъ и молока, средній—при дѣйствіи сухо-возд. ваннъ и молока и наимѣншій—при молочной діетѣ безъ ваннъ. Впрочемъ, надо оговориться, что эти положенія справедливы для 3—4^{1/2} часовъ, во время которыхъ производились описанныя наблюденія. Что же касается поставленнаго ребромъ вопроса относительно каждаго новаго случая нефрита; „какую ванну примѣнить при немъ съ терапевтической цѣлью—водяную или сухо-воздушную, и отъ какой изъ этихъ ваннъ непремѣнно получится лучшій результатъ“, то на такой вопросъ было бы невозможно дать безошибочный отвѣтъ.

Эта невозможность вполне ясна: даже въ нашихъ 7 случаяхъ имѣются благопріятные результаты, полученные исключительно отъ сухо-возд. ваннъ, и тождественные же результаты—отъ ваннъ водяныхъ. Были и смѣшанные случаи, гдѣ больные пользовались сухо-возд. и вод. ваннами, и результаты получались опять-таки благопріятные. Наконецъ, были и такіе случаи (они не входятъ въ эту работу), въ которыхъ и сухо-возд. и вод. ванны оказывались совершенно бесполезными, хотя бесполезность подобной терапіи не могла быть предсказана заранее. Несомнѣнно одно: сухо-возд. ванны съ высокой Т-рой непримѣнимы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сами больные предупреждаютъ, что они никогда не потѣли и не потѣютъ, съ чѣмъ приходится встрѣчаться не особенно рѣдко. Само собою разумѣется, что при указанныхъ условіяхъ сухо-возд. ванны не могутъ имѣть терапевтическаго значенія, такъ-такъ цѣль

ихъ—облегчать работу почекъ путемъ усиленія потоотдѣленія и связаннаго съ послѣднимъ удаленія задержанной въ организмѣ, благодаря страданію почекъ (а, можетъ быть, и сосудовъ тѣла вообще), жидкости, NaCl и N-содержащихъ продуктовъ выдѣленія. Впрочемъ, и въ подобныхъ, на первый взглядъ кажущихся неподходящими для примѣненія сухо-возд. ваннъ, случаяхъ надо предвзительно убѣдиться, дѣйствительно ли такъ вяло, функционируютъ потовыя железы больного, что очень легко провѣрить, сдѣлавъ 2—3 сухо-возд. ванны, во время которыхъ можно давать 1—2 стакана теплой или, еще лучше, горячей жидкости (чай, отваръ малины, цвѣтовъ липы, бузины и т. п.). Иногда бываетъ такъ, что потъ появляется со второй, третьей, четвертой ванны, между тѣмъ какъ изъ первой ванны больной выходитъ совершенно сухимъ. Если въ первую ванну удалось вызвать хотя бы слабый потъ, можно почти съ увѣренностью сказать, что послѣдующія ванны дадутъ лучшій эффектъ, и лѣчение можетъ быть продолжено съ помощью сухо-возд. ваннъ. Къ тепловымъ водянымъ продолжительнымъ ваннамъ относятся всѣ тѣ случаи, когда больные совершенно не выносятъ сухой теплоты высокой Т—ры, а сухая теплота болѣе низкой Т—ры, примѣненная въ теченіе нѣсколькихъ дней, оказывается совершенно бесполезной въ смыслѣ уменьшенія водянки. Водяныя ванны переносятся больными очень легко и не вызываютъ неприяныхъ побочныхъ явленій (сильной физической слабости, головныхъ болей и запоровъ), часто бывающихъ у больныхъ при сухо-возд. ваннахъ. Мало того, водяныя ванны, примѣненные уже послѣ сухо-возд. ваннъ, дѣйствуютъ на больныхъ ободряющимъ и укрѣпляющимъ образомъ. Наконецъ, водяныя ванны болѣе безопасны для больныхъ въ отношеніи возможности простуды, особенно зимой, когда часто больному приходится по необходимости приниматься за работу черезъ 2—3 дня по выпискѣ изъ больницы, гдѣ его лѣчили сухо-возд. ваннами высокой Т—ры: тѣло, привыкшее къ послѣдней, будетъ, безъ сомнѣнія, болѣе предрасположено къ вредному вліянію низкихъ Т—уръ зимняго воздуха, чѣмъ тѣло, подвергавшееся сравнительно низкой Т—рѣ вод. ваннъ. Далѣе сухо-возд. ванны сильнѣе дѣйствуютъ на сердце, вызывая учащеніе пульса и повышеніе кровяного давленія, что, конечно, не безразлично для сердечной дѣятельности, и почему сухо-возд. ванны должны примѣняться съ величайшей осторожностью у тѣхъ больныхъ, у которыхъ и безъ того болѣе или менѣе повышено кровяное давленіе: при примѣненіи терапевтическихъ мѣръ, вызывающихъ повышеніе кров. давленія; у лицъ преклоннаго возраста, съ атероматозомъ периферическихъ сосудовъ, съ ожирѣніемъ сердца, при сердечныхъ порокахъ и т. п. При необходимости дѣлать ванны у такихъ больныхъ лучше попытаться

сначала достигнуть желаемыхъ результатовъ съ помощи вод. ваннъ въ 34°C (въ $1\frac{1}{2}$ часа), и только, если онѣ окажутся бесполезными, перейти осторожно къ сухо-возд. ваннамъ, не прибѣгая сразу къ T —рѣ выше 60° — 80°C (въ верхней части ванны).

Резюмируя сказанное выше относительно дѣйствія сухо-воздушныхъ и продолжительныхъ водяныхъ „термически индифферентныхъ“ ваннъ, можно сдѣлать слѣдующіе окончательные выводы:

1) Ни сухо-воздушныя, ни водяныя ванны не вліяютъ на утренніе и вечерніе пульсъ, дыханіе и T —ру тѣла.

2) Суточные количества мочи меньше при сухо-возд. ваннахъ (для большинства случаевъ значительно ниже нормы) и больше при ваннахъ водяныхъ (чаще—значительно превышаютъ ее). Общія количества мочи и пота, выдѣленныхъ за сутки подъ вліяніемъ сухо-возд. ваннъ для бѣльшей части наблюденій меньше количества мочи, выдѣляемой за такой-же промежутокъ времени при ваннахъ водяныхъ. Уд. вѣсъ ея больше при сухо-возд. ваннахъ и меньше—при водяныхъ. Суточные количества бѣлка мочи больше при сухо-возд. ваннахъ и меньше при ваннахъ вод. (см. таблицы). Суточные количества мочи больше (сравнительно съ суточными количествами мочи въ дни безъ ваннъ) при сухо-возд. ваннахъ и еще больше—при ваннахъ водяныхъ. Абсолютныя (суточные) количества мочевины, NaCl мочи и ея фосфатовъ меньше при сухо-возд. ваннахъ и больше при ваннахъ вод., но меньше суточ. количествъ этихъ веществъ въ нормальной мочѣ. Абсолютное количество ихъ (при тѣхъ и другихъ ваннахъ) то прямо, то обратно пропорціо-нально суточному количеству мочи, но для большинства анализовъ надо принять за правило—увеличеніе количествъ мочевины, NaCl и фосфатовъ при повышеній діуреза.

3) Кров. давленіе повышается значительно при ваннахъ сухо-возд. и мало—при водяныхъ. При первыхъ—пульсъ сильно учащается (исключеніе въ отношеніи учащенія пульса представляютъ больные, раньше привыкшіе къ высокимъ температурамъ воздуха, любители парныхъ бань, больные изъ простонародья и т. п.), при вторыхъ—немного замедляется. Дыханіе сильно учащается при сухо-возд. ваннахъ (исключеніе тоже, что и для пульса) и очень мало—при ваннахъ вод.

4) При сухо-возд. ваннахъ (для всѣхъ почти случаевъ) наблюдается сильное потоотдѣленіе: при водяныхъ оно бываетъ лишь тогда, когда больной послѣ ванны теплѣе закроется въ постели, но и то очень небольшое.

5) При сухо-возд. ваннахъ NaCl выдѣляется, кромѣ мочи, еще и потомъ, при ваннахъ вод.—главнымъ образомъ мочею (во-

личество пота при нихъ незначительно, и, слѣд., ничтожно количество NaCl пота), но при послѣднихъ количество NaCl все-таки больше количествъ NaCl взятыхъ вмѣстѣ пота и мочи, выдѣленныхъ за сутки подѣ влияніемъ сухо-возд. ваннъ.

6) Вѣсъ тѣла падаетъ больше (за сутки) при сухо-возд. ваннахъ и меньше при ваннахъ вод.; при первыхъ паденіе вѣса тѣла происходитъ вскорѣ послѣ ванны (взвѣшивание производилось по прекращеніи пота), при вторыхъ паденіе вѣса тѣла совершается постепенно въ теченіе времени, слѣдующаго за ванной; послѣ же ванны вѣсъ тѣла остается такимъ, какимъ онъ былъ до ванны.

7) T—ра периферіи тѣла (in axilla) во время сухо-возд. ваннъ поднимается на $0^{\circ},3$ $0^{\circ},9$ и падаетъ, сравнительно съ T—рой тѣла непосредственно передъ ванной, на $0^{\circ},1$ — $0^{\circ}3$ С въ зависимости отъ бѣльшаго или меньшаго потоотдѣленія во время и послѣ ванны. Такое же паденіе T—ры имѣетъ мѣсто и при ваннахъ водныхъ, но тамъ она немного повышается по окончаніи ванны.

Средняя T—ра воздуха сухо-возд. ваннъ = 50° — 98° (при 90° — 120° С въ верхней части ванны).

9) Бѣльшій эффектъ (въ смыслѣ повышенія діуреза, выведенія изъ организма мочевныя, NaCl и фосфатовъ и уничтоженія отѣковъ получается, по крайней мѣрѣ, для опытовъ наблюденія за нефритиками въ продолженіе $4\frac{1}{2}$ часовъ) при совмѣстномъ примѣненіи вод. ваннъ и молочной діеты, средній—при дѣйствіи сухо-возд. ваннъ и молочной діеты и мѣньшій—при одной молочной діетѣ. Молоко имѣетъ значеніе въ повышеніи діуреза.

9) Сухо-возд. ванны могутъ осторожно примѣняться при отѣкахъ отъ страданія почекъ у больныхъ съ туберкулѣзомъ легкихъ. Въ случаѣ надобности можно комбинировать сухо-возд. и вод. ванны у одного и того-же больного.

10) Изъ побочныхъ явленій при сухо-возд. ваннахъ наблюдаются запоры, головная боль и ощущенія сильной физической слабости, при чемъ головныя боли во время самой ванны или вскорѣ послѣ нея надо отнести на счетъ влияния ваннъ, а боли, возникающія черезъ нѣсколько часовъ послѣ ванны могутъ быть и другого происхожденія (напр., урѣмическаго).

11) При ваннахъ водяныхъ самочувствіе больныхъ гораздо лучше, чѣмъ при ваннахъ сухо-возд. Поэтому, принимая во вниманіе еще и бѣльше благоприятные результаты, получаемые при лѣченіи нефритовъ вод. ваннами, лучше начинать лѣченіе каждаго нефрита именно съ ваннъ водяныхъ, соединенныхъ съ постельнымъ содержаніемъ больного и молочной діетой.



Сфигмограмма пульса лучевой артерии больного И. Н. В., снятая во время сухо-воздушной ванны в 120°C, продолжительностью в 40 минут.



Перед ванной.



20 минут при Т—рѣ 120°C.



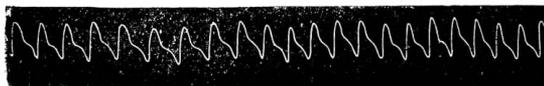
40^я минут при Т—рѣ 120°C.



Через 10 минут по окончаніи ванны.

Во время водяной («термически индифферентной») ванны в 34°C, продолжительностью в 90 минут.

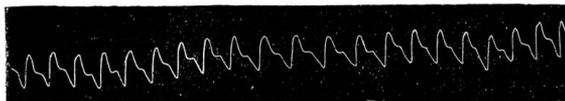
Больной И. Н. В.



Начало ванны.



Через 45 минут отъ начала ванны.



Через 90 минут отъ начала ванны, (конецъ ея).

Примѣч. Сфигмограмма пульса, снятая у больного И. Н. В. (1-й случай) во время сухо-воздушной ванны, относится къ ваннѣ 18-го марта, а снятая у того же больного во время ванны водяной—къ ваннѣ 5-го апрѣля. Сфигмограммы пульса, снятыя у остальныхъ 6 больныхъ во время ваннъ, не могли быть помѣщены по независящимъ отъ автора обстоятельствамъ.

Международный Съездъ дѣятелей по борьбѣ съ бугорчаткой

въ Вашингтонѣ, съ 21-го сент. по 12-ое окт. нов. ст. 1908.

Россійское Бюро Съезда: Предсѣдатель Л. В. Бертенсонъ, С.-Петербургъ, Сергіевская, 20. Товарищъ предсѣдателя И. Ф. Рапчевскій, С.-Петербургъ, Пушкинская, 11. Главный Секретарь А. А. Владиміровъ, С.П.Б. Каменноостровскій, 62.

Въ нынѣшнемъ году, съ 21 го сентября до 12-го октября нов. ст., въ Вашингтонѣ состоится очередной Международный Съездъ дѣятелей по борьбѣ съ бугорчаткой.

Во времени этого Съезда приуроченъ и созывъ VП-ой Конференціи Международнаго Союза борьбы съ бугорчаткой.

Американское національное Общество для изученія и предупрежденія бугорчатки („The National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis“), во главѣ котораго стоятъ Dr. Franck Billings (Предсѣдатель), Theodore Roosevelt и Grover Cleveland (почетные вице-предсѣдатель), взяло на себя организацию Съезда и Выставки при немъ и опубликовало слѣдующія предва- рительныя свѣдѣнія:

Для матеріальнаго обезпеченія Съезда, еще въ 1905 г. американцы рѣшили собрать капиталъ въ 100,000 долларовъ, отыскавъ для этого 20 лицъ, согласныхъ пожертвовать 5000 долларовъ каждый. Проценты, имѣющіе нарости съ этого капитала до 1908 г., предположено употребить на преміи (числомъ 11) за наилучшія работы и проекты по разнымъ вопросамъ борьбы съ бугорчаткой.

Занятія Съезда должны происходить въ Washington'ѣ, а приемы участниковъ его въ тѣхъ изъ большихъ городовъ Соединенныхъ Штатовъ, которые пожелаютъ взять на себя расходы по чествованію и развлеченію гостей и согласятся представить заранѣе программу приемовъ, съ точнымъ указаніемъ потребнаго для этого времени.

Съездъ продолжится три недѣли, причемъ первую и послѣднюю, недѣли предполагается посвятить развлеченіямъ, а вторую занятіямъ.

Доклады предполагается напечатать еще до начала Съезда на четырехъ языкахъ: англійскомъ, нѣмецкомъ, французскомъ и испанскомъ.

Научныхъ секцій намѣчено семь, а именно: 1) патологія и бактериологія (предсѣд. Dr. William H. Welch, Baltimore; секр. Dr. Harold C. Ernst, Boston. и Dr. Wm. Royal Stokes, Baltimore); 2) клиническое изученіе и леченіе бугорчатки; больницы, здравницы

и dispensaires (предсѣд. Dr. Vincent Y. Bowditch, Boston; секр. Dr. Jos. Walsh, Philadelphia); 3) хирургія и ортопедія (предсѣд. Dr. Wm. J. Mayo Rochester); 4) бугорчатка дѣтей; этиологія, профилактика и терапія (предсѣд. Dr. Abraham Jacobi, New-York; секр. Dr. David Bovaird, New-York); 5) бугорчатка въ гигиеническомъ, социальномъ, промышленномъ и экономическомъ отношеніяхъ (предсѣд. Mr. Edward T. Devine, New York; секр. Mr. Paul Kennaday, New-York; Mr. Alex. M. Wilson, Chicago; Miss Lillian Brandt, New-York); 6) санитарно-врачебный надзоръ за бугорчаткой—государственный и общественный (предсѣд. Surgeon General Walter Wyman, Washington) и 7) бугорчатка животныхъ и ея отношеніе къ человеку (предсѣд. Dr. Leonard Pearson, Philadelphia).

На особый Комитетъ, избранный въ 1906 г., возложены подготовительныя по Съезду работы. Главнымъ секретаремъ Комитета приглашенъ, по избранію, д-ръ І. Фэлтонъ (J. Fulton), срокомъ на два года, съ жалованьемъ и съ правомъ приглашать за определенное вознагражденіе помощниковъ и съ обязательствомъ посвящать себя всецѣло интересамъ Съезда.

Первымъ дѣломъ Секретаріата было заручиться поддержкой и покровительствомъ Американскаго правительства и согласіемъ муниципалитетовъ отдѣльныхъ штатовъ принять участіе въ Съездѣ,— и въ этомъ направленіи уже достигнуты блестящіе результаты. Въ настоящее время всѣ штаты безъ исключенія откликнулись на приглашеніе и устроили мѣстные организаціонныя комитеты Съезда. Кромѣ того организованъ комитетъ по устройству Выставки предметовъ, относящихся къ борьбѣ съ бугорчаткой.

Членскій взносъ для дѣйствительныхъ участниковъ Съезда (membres titulaires) установленъ въ 5 долларовъ; для членовъ-помощниковъ (membres associés)—въ 2 доллара. Первые получаютъ бесплатно протоколы, труды и всѣ печатныя произведенія Съезда.

Американскій Организаціонный Комитетъ намѣревается исходатайствовать для иностранныхъ участниковъ Съезда возможно широкія льготы по проѣзду на океанскихъ пароходахъ и желѣзныхъ дорогахъ, и эта забота возложена на специальную комиссію.

Съездъ обѣщаетъ быть очень многолюднымъ, такъ какъ уже теперь зарегистрировано большое число членовъ ¹⁾.

¹⁾ Напечатано согласно постановленію Общества врачей въ засѣданіи 1-го Марта 1908 г. Всѣ дальнѣйшія справки относительно Съезда можно получать черезъ посредство указаннаго въ заголовкѣ Россійскаго Бюро Съезда.

ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1908 ГОДЪ.

ДНЕВНИКЪ
ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

1904—1908 г.г.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.

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

Предсѣдатель *Н. А. Геркенъ*

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

28-го Октября 1904 года.

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

Присутствовали—профф. Ге. Архангельскій, Любимовъ, Геркенъ, д-ра Неболюбовъ, Казанскій, Купидоновъ, Гиммель, Рождественскій, Бургсдорфъ, Каляпинъ, Надель-Пружанская, Валицкій, Илговскій, Панъ, Десятовъ, Чалусовъ, Кузнецовъ.

1. Д-ръ *В. О. Бургсдорфъ* сдѣлалъ сообщеніе о лѣченіи оспы краснымъ свѣтомъ, съ предъявленіемъ больного.

П Р Е Н І Я.

Проф. Каземъ-Бекъ. Случай, представленный докладчикомъ, несомнѣнно является случаемъ сильно развитой оспы, дающей въ результатѣ, такъ называемую сливную форму, сопровождающуюся очень высокой температурой и дающей въ большинствѣ случаевъ смертельный исходъ. Если-бы данный больной оставался при обыкновенномъ лѣченіи, то въ самомъ лучшемъ случаѣ, онъ былъ-бы сильно обезображенъ рубцами. Однако у демонстрируемаго больного мы ничего подобнаго не видимъ. Все это вмѣстѣ взятое даетъ полное право говорить, что результаты лѣченія краснымъ свѣтомъ безусловно блестящи.

Д-ръ *Өаворскій*. Блестящій результатъ лѣченія краснымъ свѣтомъ вполнѣ оправдываетъ желаніе, чтобы этотъ способъ былъ распространенъ тамъ, гдѣ оспа встрѣчается очень часто, именно въ деревнѣ. Бесѣдуя недавно съ однимъ земскимъ врачомъ Новоузенскаго уѣзда Самар. губер., я узналъ, что онъ уже примѣняетъ лѣченіе краснымъ свѣтомъ оспенныхъ больныхъ. Результатами лѣченія онъ остается очень доволенъ, онъ сказалъ, что у такихъ больныхъ оспа течетъ значительно благопріятнѣе и оставляетъ послѣ себя рубцы болѣе мелкіе, Наличие рубцовъ несомнѣнно должна быть объяснена недостаточностью свѣтофильтровъ, которые употребляетъ этотъ врачъ, именно закрытіе всѣхъ отверстій простой красной матеріею.

Д-ръ *Орловъ*. Оспа весьма часто, въ 90% даетъ осложненія со стороны глазъ и больные часто слѣпнутъ. Въ нашемъ случаѣ по видимому есть опухоль вѣкъ. Быть можетъ у больного и былъ herpes на роговицѣ, но благодаря отсутствію блага свѣта не получилось развитія серьезнаго заболѣванія глаза.

Д-ръ *Бургсдорфъ*. У больного дѣйствительно не наблюдалась отечная припухлость лица и вѣкъ и ощущалась болѣзненность въ глазахъ, но болѣе ничего замѣчено не было. Къ сожалѣнію, относительно состоянія глазъ при лѣченіи оспы по методу Finsen'a, въ приводимой имъ литературѣ, указаній не имѣется.

Проф. *Ге*. При оспѣ глазъ поражается двоякимъ образомъ: или развиваются пустулы на cornea или появляется паноптальмитъ. Я очень часто видѣлъ демонстрируемаго больного, но не видѣлъ ничего у него на глазахъ, Herpes corneae у него совершенно не было. Д-ръ Орловъ безусловно правъ, говоря, что нужно обратить вниманіе на глаза у подобнаго рода больныхъ. Въ способѣ леченія краснымъ свѣтомъ мы имѣемъ огромное преимущество въ томъ отношеніи, что при употребленіи его выпадаетъ періодъ нагноенія со всѣми тяжелыми его послѣдствіями, съ которыми мы часто не можемъ бороться. Конечно, очень желательно наибольшее распространеніе этого способа. Въ заключеніе я долженъ добавить, что у даннаго больного глаза остались невредимыми, весьма возможно, въ силу того, что красный свѣтъ не являлся для нихъ раздражающимъ моментомъ.

Проф. *Геркенъ*. Нельзя-ли рѣшить этотъ вопросъ экспериментально. Мы знаемъ, что съ 9-го дня бываетъ у оспенныхъ боль-

ныхъ нагноительная лихорадка, мы знаемъ, что причиною, ея въ огромномъ большинствѣ случаевъ, являются микробы, среди которыхъ стафилококки встрѣчаются чаще всего. Если Вы имѣете удобную комнату, то можете работать съ культурами стафилококковъ по сравненію съ культурами другихъ микробовъ. Въ красномъ свѣтѣ, очевидно, мы имѣемъ средство, понижающее вирулентность стафилококковъ, въ огромномъ количествѣ покрывающихъ поверхность человѣческаго тѣла (на 1 кв. сант. 17,000). Необходимо поставить опыты въ этомъ на правленіи.

Д-ръ Бургсдорфъ. Одинъ изъ членовъ Комиссіи по изслѣдованію метода Finzen'a, проф. Н. М. Любимовъ, уже предвосхитилъ Вашу мысль. Какъ мнѣ извѣстно, подъ руководствомъ его студентомъ г. Хомяковымъ предпринимаются экспериментальныя изслѣдованія по возбужденному Вами вопросу. Не думаю однако, чтобы эффектъ леченія оспы по методу Finzen'a, зависѣлъ отъ губительнаго дѣйствія краснаго свѣта на стафилококковъ. Относительно бактерициднаго дѣйствія свѣта, въ настоящее время, существуетъ обширная литература, при чемъ почти всѣ авторы такое дѣйствіе свѣта согласно приписываютъ лучамъ короткой волны, такъ называемымъ—химическимъ.

Д-ръ Казанскій. Чѣмъ можно объяснить дѣйствіе именно краснаго свѣта?

Д-ръ Бургсдорфъ. Лучи короткой волны: синіе, фіолетовые и особенно ультрафіолетовые, какъ то доказано многочисленными изслѣдованіями, оказываютъ наибольшее раздражающее вліяніе на кожу; ихъ именно дѣйствію и приписываетъ Finzen переходъ оспенныхъ везикулъ въ пустулы. Для предотвращенія нагноенія Finzen помѣщаетъ больныхъ въ красный свѣтъ, устраняя такимъ путемъ вредное дѣйствіе лучей химическихъ.

Д-ръ Казанскій. Почему Финзенъ рекомендовалъ красный свѣтъ? Можетъ быть, не хуже будетъ дѣйствовать и лучи желтые зеленые, и даже темнота!

Д-ръ Бургсдорфъ. Красный свѣтъ представляетъ крайнюю лѣвую полосу видимаго спектра, обладающую наибольшей длиной волны и, слѣдовательно, являющуюся менѣе всего дѣятельной по сравнитель-

но ничтожному запасу химическихъ лучей. Такъ какъ, однако, все дѣло въ отфильтрованіи лучей наиболѣе преломляемыхъ, то, какъ мною и было указано, Finsen допускаетъ предположеніе, что и въ темно-оранжевомъ, темно-желтомъ, темно-зеленомъ, а также и въ темнотѣ, лѣченіе можетъ дать благопріятные результаты.

Проф. Ге. Мы не можемъ сейчасъ сказать Вамъ, д-ръ Казанскій, почему такъ дѣйствуетъ красный свѣтъ. Это пока составляетъ цѣль работы, специально выбранной для этого при нашемъ университетѣ комиссіи.

Д-ръ Казанскій. Достовѣрно-ли установлено, что нагноеніе при оспѣ вызывается стафилококками? Быть можетъ, это есть результатъ дѣйствія оспенной заразы. Вѣдь прививка оспы считается дѣйствительною только тогда, когда при этомъ развивается нагноеніе.

Проф. Геркенъ. Почти всегда въ пустулахъ встрѣчаются стафилококки.

Д-ръ Казанскій. Но вѣдь это не значитъ, что эти стафилококки истинная причина нагноенія при оспѣ? Вѣдь есть бактеріи, не гисеродныя, которыя тѣмъ не менѣе, при извѣстныхъ условіяхъ, даютъ нагноеніе, напр., тифозныя, холерныя бактеріи.

Д-ръ Орловъ. Вѣдь въ вакцинѣ есть *согупаebacterium vac-cinae*, относящаяся къ классу дифтероидныхъ. Интересно изучить вліяніе свѣта и на нее, а не только на стафилококковъ.

Д-ръ Гиммель. Этотъ случай настолько демонстративенъ, что спорить не стоитъ. По моему, лучше обратить вниманіе на профилактику распространенія болѣзни. Но почему же только употреблять именно красный свѣтъ, мы знаемъ, что желтый цвѣтъ точно также активенъ, и при немъ мы можемъ надѣяться получить хорошіе результаты; при немъ исключается то раздражающее вліяніе, какое наблюдается при красномъ свѣтѣ. Меня интересуетъ научная сторона дѣла. Дѣйствуетъ-ли красный свѣтъ на кожу или на содержимое оспенной пустулы. Вѣдь содержимое пустулы контагіозно, а поэтому здѣсь вліяніе красного свѣта будетъ сводиться къ дѣйствию на контогій, и т. о. мы можемъ изучить вліяніе красного свѣта на различ-

наго рода бактерій. Насколько мнѣ извѣстно, опыты въ данномъ направленіи начинаютъ ставиться въ лабораторіи проф. Любимова студентами Хомяковымъ и Дамперовымъ, и мнѣ думается, что эти чисто научныя изысканія прольютъ хоть сколько-нибудь свѣта на этотъ вопросъ, на который какъ докладчикъ, такъ и референтъ отвѣчаютъ: мы не знаемъ, что и вполнѣ естественно. Затѣмъ, Гиммель спросилъ у докладчика, каково было теченіе t^0 на 8-й день заболѣванія.

Д-ръ Б у р г с д о р ф ъ. Вопросъ о профилактикѣ оспы путемъ прививокъ давнымъ давно рѣшенъ, чтобы нужно было теперь вновь къ нему возвращаться и распространяться о ея цѣлесообразности. Но когда статистическія цифры свидѣтельствуютъ о громадной заболѣваемости оспой, выражающейся десятками тысячъ ежегодно, то приходится считаться и съ лѣченіемъ, изыскивать методы, дающіе наилучшіе результаты. Раздражающее дѣйствіе краснаго свѣта относится къ психо-нервной системѣ, а при оспѣ мы имѣемъ дѣло съ кожей, на которую онъ такъ не вліяетъ. Въ самомъ толкованіи Вами метода Finsen'a кроется очевидное недоразумѣніе. Я долженъ снова указать, что методъ носитъ негативный характеръ и что красному свѣту Finsen никакой активной роли не приписываетъ, что слѣдовательно нельзя говорить о лѣченіи краснымъ свѣтомъ, а слѣдуетъ говорить только о лѣченіи въ красномъ свѣтѣ, ибо основу метода составляетъ исключеніе химическихъ лучей.

Д-ръ И л г о в с к і й. У меня имѣется случайная справка изъ литературы, которая является какъ бы отвѣтомъ на вопросъ д-ра Казанскаго: въ 1480 году, по словамъ Benard'a, мать св. Екатерины Сиенской помѣстила свою больную оспою дочь въ темную комнату; въ 1870 году Wotors и Jack, а въ 1877 году Potain помѣшали больныхъ въ совершенно темную комнату, куда они входили съ очень слабымъ искусственнымъ свѣтомъ. Болѣзнь протекала легче и скорѣе.

Д-ръ В а л и ц к і й. Мнѣ представляется искусственнымъ дѣленіе лучей спектра на дѣятельные и недѣятельные. Я могу Вамъ привести фактъ изъ зоологіи, указывающій, что красный свѣтъ является иногда активнымъ: извѣстно, что обезглавленные тараканы бѣгутъ по направленію къ красному свѣту отъ эритрофалы.

Д-ръ Бургсдорфъ. Дѣйствіе свѣта, выражающееся фотохимическими и фотофизиологическими процессами, имѣетъ мѣсто при условіи поглощенія его той или другой средой. Прѣжнее дѣленіе лучей на тепловые, свѣтовые и химическіе теперь не считается правильнымъ, такъ какъ въ каждомъ отдѣлѣ спектра можно констатировать присутствіе всѣхъ этихъ лучей въ большей или меньшей степени; очевидно, что дѣло заключается не въ одномъ качествѣ лучей, но и ихъ количествѣ.

Проф. Ге. Коммиссія получила опредѣленное назначеніе подтвердить мысли Финзена о леченіи оспы. Какъ будетъ относиться оспа къ другимъ цвѣтамъ, это будетъ принято коммиссіею во вниманіе.

Д-ръ Гиммельъ. Къ рѣшенію вопроса о дѣйствіи краснаго цвѣта на оспу возможно подойти двумя путями: или вліяніемъ его на кожу или на самую вакцину. Если мы возьмемъ нѣсколько колбочекъ съ вакциной и будемъ подвергать ихъ дѣйствію краснаго цвѣта, а затѣмъ послѣдовательно изъ нихъ дѣлать прививки дѣтямъ, причемъ періодъ времени дѣйствія свѣта краснаго на прививку будетъ различенъ, то мы путемъ того, будетъ-ли у насъ получаться положительный или отрицательный результатъ прививки, можемъ выяснитъ вопросъ о дѣйствіи краснаго цвѣта на самую вакцину; а если такого дѣйствія не окажется, то это дастъ намъ право уже болѣе точно высказываться о вліяніи краснаго цвѣта на оспенный процессъ.

Проф. Ге. По моему, мы говоримъ здѣсь объ оспѣ, а не о вакцинѣ, которую нельзя приравнивать къ оспѣ. Вы, какъ дерматологъ, должны знать, что между вакциной и оспою нѣтъ никакого сходства.

Д-ръ Гиммельъ. А по моему, они имѣютъ очень близкое сходство.

2. Д-ръ *Котеловъ*. О хлористо-этиловомъ наркозѣ.

П Р Е Н І Я.

Надель-Пружанская спросила, употреблялъ ли докладчикъ этотъ наркозъ при порокахъ сердца.

Котеловъ. Въ одномъ случаѣ порока сердца больной перенесъ его хорошо.

Рождественскій. Вы не привели одного случая Lateisen'a гдѣ послѣ 6 к. с. хлористаго этила послѣдовала смерть. Въ этомъ случаѣ, произведенное вскрытіе показало склерозъ вѣнечной артеріи.

Архангельскій. Вы не достаточно указали, что изслѣдователи химической природы келена не устанавливають концентрацію раствора. Такъ, по однимъ она равно $0,17\%_{01}$ а по другимъ $=2\%$. Вамъ было предложено остановиться на вопросѣ о сравнительномъ дѣйствіи келена, какъ анестезирующаго средства, съ другими анестезирующими, напр., съ хлороформомъ. Рѣшить эту задачу очень трудно. Вы вводили келенъ съ Локковскою жидкостью въ вену, чтобы выяснитъ дозировку его. Въ одномъ опытѣ оказалось, что эфиръ въ томъ же количествѣ не вызываетъ наркоза, а келенъ вызвалъ. Вы дѣлали опыты надъ вырѣзаннымъ еердцомъ, причѣмъ дѣйствіе келена оказалось слабѣе, чѣмъ хлороформа, при келенѣ было замедленіе сердца только при большихъ дозахъ, что являлось результатомъ дѣйствія на задерживающіе центры, въ то время какъ при хлороформѣ имѣется болѣе глубокое измѣненіе сердца. Интересно было бы комбинировать келенъ съ снотворными средствами.

Геркенъ. Хлористый этиль имѣеть огромное преимущество въ томъ, что при немъ отъ начала наркоза до полного наступленія его проходитъ самое большее отъ 2-хъ до 5 минутъ. Это позволяетъ примѣнять его при малыхъ хирургическихъ операціяхъ—панариціяхъ и т. д., гдѣ нельзя примѣнить хлороформъ. Это средство еще выгодно тѣмъ, что при немъ повышается кровяное давленіе, паденіе котораго является самымъ страшнымъ, напр., при хлороформѣ. Послѣ этого обстоятельства мы стали свободно примѣнять его въ 400 случаяхъ. Тяжелыхъ послѣдствій никакихъ не было.

Орловъ. Для окулистовъ примѣненіе такого средства является очень важнымъ и желательнымъ.

Илговскій. Можно-ли въ дѣтской практикѣ свободно примѣнять келенъ?

Котеловъ. По сравненію съ хлороформомъ нужно думать, что хлористый этиль лучше примѣнять у дѣтей.

Геркенъ. У дѣтей моложе 5 лѣтъ нужно бояться засасыванія слизи и слюны, благодаря чему бываетъ одышка. Нужно возбудить ребенка, чтобы у него появилось дыханіе.

Каземъ-Бекъ. Желательно было бы у больныхъ, подвергающихся хлористоэтиловому наркозу, изслѣдовать предварительно возможно тщательно состояніе сердца, въ виду того, что въ одномъ случаѣ, какъ указалъ одинъ изъ опоннентовъ, при примѣненіи этого наркоза послѣдовала смерть и вскрытіе показало атероматозъ вѣнечной артеріи сердца. Въ виду же отмѣчаемаго докладчикомъ повышенія артеріальнаго давленія при наркозѣ келеномъ, послѣдній долженъ примѣняться у больныхъ съ артеріосклерозомъ очень осторожно.

Въ заключеніе предсѣдатель благодарилъ докладчиковъ за сдѣланныя ими сообщенія и выразилъ пожеланія почаще дѣлиться съ обществомъ своими наблюденіями.

Административная часть,

1. Прочитаны и утверждены протоколы а) годичнаго засѣданія отъ 10-го Октября 1904 года, в) засѣданія отъ 20-го Марта 1904 г.

2. Избраны въ дѣйствительные члены Общества врачей

а) Котелсвъ	—	14 избир.	1 неизб.
в) В. Адамюкъ	—	15 избир.	0 неизб.
с) Кулаевъ	—	15 избир.	0 неизб.

Предсѣдатель А. Н. Каземъ-Бекъ,

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

18 Ноября 1906 года.

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

Присутствовали — профф. Разумовскій, Неболюбовъ, д-ра Казанскій, Гиммель, Заболотновъ, Чарушинъ, Лурія, Осокинъ, Первушинъ; Купидоновъ, Соколовъ, Фофановъ, Надель-Пружанская, Илговскій, Чалусовъ, Горяевъ и до 100 человекъ гостей.

По открытіи засѣданія проф. Разумовскій поблагодарилъ Общество за выборъ его въ почетные члены общества. Я не такъ много работалъ въ обществѣ, чтобы заслужить эту высокую честь. Меня тѣмъ болѣе обрадовалъ этотъ выборъ, что въ этомъ обществѣ я началъ первые шаги своей дѣятельности, съ этимъ обществомъ я считаю себя органически связаннымъ... Я буду служить ему по мѣрѣ силъ и еще разъ благодарю общество за оказанную мнѣ честь.

По поводу предстоящаго 23-го ноября 1906 года чествованія памяти Николая Ивановича Пирогова проф. Разумовскій сказалъ: Пироговъ былъ первымъ въ Россіи, который поднялся до значенія міровой величины. Эта величина не только русская, но именно мировая. Но я полагаю, что чествованіе памяти его есть не только торжество врачей, но и всей русской интеллигенціи. Пироговъ — нашъ русскій мыслитель и это особенно должно быть пріятно для нашего національнаго самосознанія. Въ медицинскомъ факультетѣ постановлено

чествовать память Пирогова торжественнымъ засѣданіемъ совмѣстно съ 3-мя медицинскими обществами г. Казани. Я думаю, что общество примкнетъ къ этому постановленію. Я просилъ бы упомянуть меня и проф. Каземъ-Бека выработать программу. Кромѣ того, я предлагалъ бы воспользоваться мыслью г. студента, предложившаго пригласить на торжество для внутренняго распорядка гимназистовъ и гимназистокъ старшаго класса.

Д-ръ Лурія. Такъ какъ Н. И. Пироговъ былъ не только врачомъ, но и педагогомъ, то можетъ быть слѣдуетъ пригласить на засѣданіе и педагоговъ.

Разумовскій. Засѣданіе будетъ доступно всѣмъ, т. что всѣ желающіе могутъ присутствовать. Я полагалъ бы послать приглашеніе на засѣданіе не отдѣльнымъ лицомъ, а всѣмъ педагогическимъ учрежденіямъ.

Общество врачей соглашается съ предложеніемъ проф. Разумовскаго и постановило принять участіе въ засѣданіи въ память Пирогова 23-го ноября 1906 года.

Д-ръ *Виноградовъ*. Случай многокамернаго (алвеолярнаго) эхинококка печени, съ демонстраціей препарата.

П Р Е Н І Я.

Проф. Разумовскій. Вопросъ объ эхинококкахъ интересуетъ и патологоанатома и клинициста. Только Австрія, Аргентина и Исландія могутъ конкурировать въ этомъ вопросѣ съ Россіей. Вопросъ этотъ разработанъ, главнымъ образомъ, въ Россіи и особенно въ Казани. Много поработалъ въ этомъ отношеніи Николай Матвѣевичъ Любимовъ. Я напомнимъ здѣсь нѣкоторые факты неизвѣстные. Лучшая работа по данному вопросу эта работа Мельникова-Разведенкова, за которую онъ, кажется, и получилъ профессуру. Работая за-границею, онъ совѣтовался съ Николаемъ Матвѣевичемъ по этому вопросу и просилъ его прислать данныя по этому вопросу. Николай Матвѣевичъ отнесся къ этому, какъ и всегда и въ научныхъ вопросахъ, съ полною готовностью и послалъ просимое. Частью своихъ выводовъ Мельниковъ-Разведенковъ обязанъ именно Н. М. Любимову. Мнѣ очень

пріятно, что ученики Н. М. Любимова разрабатываютъ этотъ вопросъ. Сообщенныя свѣдѣнія пополняютъ ученіе объ эхинококкахъ.—Извѣстенъ клинической фактъ, что жидкость эхинококка очень ядовита послѣ прокола нерѣдко наблюдаются коллапсы. Однажды, въ началѣ моей дѣятельности я поставилъ діагнозъ эхинококка у одного приказчика. Я сдѣлалъ проколъ; спустя 1 часъ послѣ этого пульсъ ослабѣлъ, черезъ 4 часа послѣдовалъ сильнѣйшій коллапсъ, но онъ скончился счастливо.—Мы съ моимъ ординаторомъ Линдебергомъ вприскивали эхинококковую жидкость животному въ *vena jugularis* до $\frac{1}{3}$ его количества крови. Однако животныя остались живы. Быть можетъ свойства эхинококковой жидкости мѣняются, благодаря патологическимъ измѣненіямъ печени, существующимъ при эхинококкѣ.

Виноградовъ. Очень интересно, что оболочка эхинококкового пузыря проходима. Благодаря этому эхинококки могутъ питаться сами органическими жидкостями организма и сами выдѣлять продуктъ обмѣна въ ткани.

Заболотновъ. Здѣсь затронуть вопросъ о ядовитости. Мы знаемъ, что при многок. эхинококкѣ процессъ протекаетъ какъ при туберкулезѣ. Здѣсь мы встрѣчаемъ также коагуляціонный некрозъ, слѣдовательно, имѣется ядовитый продуктъ, который и отравляетъ организмъ. Представленный эхинококкъ является по величинѣ очень большимъ. Между прочимъ здѣсь интересно то обстоятельство, что въ пузырь эхинококковомъ наступило омертвѣніе, благодаря чему образовалась полость, которая нерѣдко подаетъ поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ. Частота эхинококка въ Казанской губерніи нерѣдка: на вскрытіяхъ приходится встрѣчать иногда 1—2 раза въ годъ, а иной годъ и совсѣмъ не встрѣчается, если принять во вниманіе малочисленность вскрытій въ нашемъ пат. анат. институтѣ. Большая часть случаевъ въ Россіи тяготеетъ къ Казани. Его начали изучать и толкнулись впервые въ Казани. Тѣмъ не менѣе изъ Сибири были описаны случаи Романовымъ и Крузенштерномъ. Вѣроятно, тамъ случаи эти быв. чаще, но особенность нашихъ культурныхъ условій не позволяетъ видѣть эти случаи чаще. Въ нашемъ музеѣ мы имѣемъ не только эхинококки, полученные нами самими при вскрытіи; но 2—3 присланы нами отъ докторовъ не казанскихъ. Есть-ли эта глиста одна и та-же *taenia echinosoccus* или 2 разныя глисты. Нѣкоторые авторы думаютъ, что существуетъ 2 *taeniae*: одно вызываетъ эхинококкъ солитарный, а другая—мультилокулярный. Есть даже указанія

на возможность дифференціального распознаванія этихъ таяіа. Для меня не представляется однако убѣдительною эта дифференціація. Мы думаемъ, что это одна и та-же таяіа; которая даетъ мѣсто при извѣстныхъ условіяхъ мѣсто двумъ различнымъ формамъ. Существуютъ интересные опыты Mangold'a: онъ кормилъ щенятъ одного помета эхинококкомъ, а затѣмъ кишечникомъ этихъ щенятъ кормили поросянка, у котораго при вскрытіи найденъ узелъ въ печени.

Разумовскій. По нѣмецкимъ авторамъ поразительна разница между эхинококкомъ мультилокулярнымъ и солитарнымъ (читаетъ выдержку изъ монографіи Rosselt).

Каземъ-Бекъ. Я полагалъ бы, что такое скопленіе случаевъ въ Казани объясняется тѣмъ, что здѣсь научный центръ—клиники, куда и стекается огромной матеріалъ со всей прилегающей округи. Я желалъ-бы знать, въ какомъ положеніи были 12-типерстная кишка?

Виноградовъ. Кишка была проходима, ductus choledochus былъ свободенъ. Очевидно, что желтуха обязана сдавленію желчныхъ путей въ печени.

Заболотновъ. Что касается діагностики, то, если больной жалуется больше 1 года на опухоль въ печени, подобныя хроническій должна навести клинициста на мысль съ многокамерномъ эхинококкѣ.

Лурія. Позволительна-ли пункція при эхинококкѣ?

Разумовскій. Нѣтъ, непозволительна.

Лурія. Я видѣлъ проколы эхинококка, но не видѣлъ такихъ вредныхъ послѣдствій.

Разумовскій. Я дѣлаю проколь только тогда, когда у меня все готово для операціи. Сдѣлавъ проколь, я сдѣлаю тотчасъ операцію.

Каземъ-Бекъ. Я могу указать одинъ случай, гдѣ у больного былъ эхинококкъ всюду, но, главнымъ образомъ, въ лѣвой доли печени. Хирургъ сдѣлалъ проколь и у больного тотчасъ развился колапсъ.

Разумовскій, Я дѣлалъ проколъ эхинококковой кисты и у меня на глазахъ сдѣланное отверстіе расширилось само въ щель. Оболочка эхинококка очень рыхла. Однажды мнѣ пришлось дѣлать проколъ эхинококковой кисты причемъ, жидкость вышла внизъ. Черезъ 1 годъ послѣ этого развился внизу эхинококкъ. Если все это сопоставить, то выходитъ что проколъ не псзволителенъ, если только не дѣлать вскорѣ послѣ него операциі.

Заболотновъ. При вскрытіяхъ мнѣ приходилось наблюдать въ брюшной полости разсѣянный эхинококкъ. Н. М. Любимовъ говорилъ, что это есть результатъ такой операциі.

Предсѣдатель благодарилъ докладчика за столь интересный докладъ.

Коломейцевъ. Случай реинфекціи сифилисомъ.

Разумовскій. Случай Вашъ не подлежитъ сомнѣнію. Но вотъ въ чемъ дѣло: оптимизмъ въ этомъ случаѣ быть нельзя. Мнѣ пришлось быть 5 лѣтъ консультантомъ на Кавказѣ, гдѣ сифилитиковъ масса. Получается ужасное впечатлѣніе. Эти больные хорошо лечились, вездѣ бывали, а тѣмъ не менѣе сифилисъ у нихъ остался. Есть вѣдь случаи, гдѣ и ракъ излечимъ. Черни, на примѣръ, видѣлъ такіе случаи; на моихъ глазахъ прошли 2—3 такихъ случая, гдѣ ракъ стоялъ. Но отсюда еще не вытекаетъ, что ракъ излечимъ, отсюда еще нельзя думать о какомъ бы то ни было общемъ правилѣ излечимости рака. Относительно сифилиса я всегда говорю студентамъ на лекціяхъ: господа! берегитесь сифилиса.

Коломейцевъ. Я не могу согласиться съ Вашимъ пессимизмомъ, такъ какъ на Кавказѣ Вы видѣли только часть огромнаго числа сифилитиковъ.

Гиммельъ. Что меня радуетъ въ данномъ случаѣ, такъ это желаніе у молодого сифилидолога работать. Мнѣ кажется случаи, подобные Вашему надо разносить въ публикѣ. Я не думаю, чтобы въ 95% сифилисъ не излѣчимъ какъ полагаютъ психіатры и невропатологи. Правда, у сифилидологовъ тоже нѣтъ на этотъ счетъ точныхъ данныхъ, однако я полагаю, что золотая середина—путь наиболѣе вѣрный въ рѣшеніи этого спорнаго вопроса.

Коломейцевъ. Насколько я знаю психіатръ проф. Ковалевскій держится оптимистическаго взгляда на сифились.

Гиммель. Нѣтъ это не такъ: онъ пессимистъ.

Шоломовичъ. Существоющей между невропатологами пессимистической взглядъ я могу подтвердить однимъ случаемъ съ врачомъ, который получилъ сифились, въ теченіе 4-хъ лѣтъ непрерывно вводилъ въ себя ртуть и тѣмъ не менѣе онъ попалъ въ психіатрическую лечебницу.

Илговскій. Какъ выйти изъ тѣхъ двухъ противоположныхъ мнѣній, которыя я слышалъ отъ невропатологовъ: одинъ говоритъ, что если Вы имѣете передъ собою *tabes*, то значитъ у больного былъ *lues*, если даже этотъ послѣдней всячески его отрицаетъ; а другой—говоритъ: почему же непременно привлекать въ качествѣ этиологическаго момента *lues*, почему же не уретритъ или мягкій шанкръ производить *tabes*.

Коломейцевъ. Я могу только сказать, что число сифилитиковъ велико, а табиковъ и паралитиковъ мало.

Лурія. Необходимо обращать вниманіе на то, что сифились поражаетъ и внутренніе органы, сосуды, производитъ кахецію и т. д. Въ такихъ случаяхъ сифились плохо поддается леченію и здѣсь можно убѣдиться во всей серьезности заболѣванія сифилисомъ. Распространять же въ публикѣ взглядъ, что сифились излечимъ, явится для нея зломъ! мы это видимъ въ тѣхъ результатахъ, которые принесъ за собою, на примѣръ, взглядъ, что трипперъ есть пустякъ, есть ничтожное заболѣваніе.

Предсѣдатель дѣлаетъ замѣчаніе, что общество уклонилось отъ выставленной докладчикомъ темы.

Гиммель. Докладчикъ вѣдь даетъ больному только нѣкоторую гарантію излечимости сифилиса; Мы всегда говорили больному: приходи и лечись. Что же касается уретрита, то мы вполне признаемъ весь его вредъ.

Горяевъ. Интересно знать, происходитъ-ли излеченіе сифилиса благодаря ртути или же это есть самоизлеченіе? Второй интере-

сующій меня вопросъ: почему не лечатъ тогда, когда ядъ только что вступилъ въ организмъ, слѣдовательно при первичныхъ явленіяхъ, если считать ртуть специфическимъ средствомъ.

К а з а н с к і й: Проф. А. Г. Ге училъ, что при первичныхъ явленіяхъ сифилиса не слѣдуетъ назначать общаго ртутнаго лѣченія въ виду того, что организмъ легко привыкаетъ къ ртути и потому при серьезныхъ вторичныхъ явленіяхъ сифилиса ртуть можетъ оказаться мало дѣйствительной; съ другой стороны, иногда до появленія вторичныхъ явленій трудно бываетъ точно распознать твердый шанкръ; общее-же лѣченіе не страдающаго сифилисомъ ртутью, средствомъ далеко не индифферентнымъ, едвали позволительно.

Г и м м е л ь. Существуетъ два лагеря: первый говоритъ, что нужно лечить тогда, когда вытупаютъ вторичные припадки, а другой предлагаетъ приступать къ леченію тогда, когда появляется твердый шанкръ. Я бы полагалъ считать болѣе правильнымъ второй взглядъ. По моему не слѣдуетъ ждать вторичныхъ явленій, которыя, какъ напр., папулы говорятъ уже за эмболию кожныхъ сосудовъ и слѣдовательно за болѣе энергичное распространеніе яда и болѣе энергичное пораженіе организма. Что касается вопроса о дѣйствиі ртути, мы этого не знаемъ.

К о л о м е й ц е в ь. Громадное количество сифилидологовъ тѣмъ не менѣе держатся перваго взгляда.

З а б о л о т н о в ь. Миѣ думается имѣется огромное значеніе, въ какомъ возрастѣ наступаетъ заболѣваніе и начинается леченіе. Быть можетъ въ извѣстномъ возрастѣ организмъ болѣе успѣшно вырабатываетъ антитоксинъ и приходитъ въ состояніе иммунности.

Вообще всѣ эти темныя стороны быть можетъ уяснятся, благодаря открытію Schaudin.

Ө а в о р с к і й находитъ совершенно безцѣльнымъ спорить по поводу этиологіи tabes и прогрессивнаго паралича, пока намъ не будетъ извѣстна біслогія сифилитическаго яда, пока мы экспериментально не докажемъ причинной связи между сифилитическимъ ядомъ и палочкой Schaudin. Можно говорить только о томъ или иномъ впечатлѣніи по поводу этиологіи вышеуказанныхъ заболѣваній, а не о доказанномъ научно фактѣ. По поводу того какъ дѣйствуетъ ядъ на

сифилитическій ядъ я могу указать на опыты Мечникова на обезьянахъ и на одномъ врачѣ французскомъ, добровольно предложившемъ себя въ жертву эксперименту. Оказывается, что если втирать сѣрую ртутную мазь въ мѣсто, въ которое былъ посредствомъ насѣчекъ втертъ сифилитическій ядъ, не позднѣе 24 часовъ то ядъ по организму не распространяется, слѣдовательно онъ уничтожается ртутною мазью на мѣстѣ.

Разумовскій. Конечно, все это имѣетъ значеніе большее научное, но тѣмъ не менѣе здѣсь много увлеченія. Я бы полагалъ, что наблюденіе клиническое имѣетъ больше значенія для выводовъ практическихъ. Въ этомъ случаѣ я больше довѣрился бы опытному клиницисту, чѣмъ теоретику. Еще разъ подчеркиваю, что оптимизмъ относительно излеченія сифилиса пока невозможенъ. Возьмите хотя бы то обстоятельство, что реинфекція при сифилисѣ очень рѣдка.

Казанскій. Пока мы не знаемъ существа заразы при сифилисѣ, всякіе доводы по поводу этиологической связи lues'a съ tabes'омъ и paralysis progressiva будутъ излишни.

Административная часть.

1. Заслушано предложеніе Правленія Пироговскаго Общества о присылкѣ делегата на предстоящее чествованіе 25 лѣтней годовщины смерти Н. И. Пирогова, и о матеріальномъ участіи Общества въ предполагаемомъ устройствѣ въ Москвѣ дома имени Н. И. Пирогова.

Постановлено: 1) въ день 25-ти лѣтней годовщины смерти Н. И. Пирогова, 23 ноября 1905 года отправить соответственную телеграмму.

2) Сочувствуя принципиально устройству въ Москвѣ дома Н. И. Пирогова, но въ то же время не имѣя возможности въ виду тяжести матеріальнаго положенія Общества притти на помощь денежнымъ взносомъ, постановило открыть между врачами г. Казани подписку на этотъ предметъ.

3) Чествовать день 23-го ноября торжественнымъ засѣданіемъ совмѣстно съ медицинскимъ факультетомъ и Военносанитарнымъ Обществомъ.

2) Стипендіатомъ имени Ротштейна выбранъ ученикъ 1-й гимназіи С п а с с к і й, получившій 17 избирательныхъ шаровъ і неизбирательный.

Относительно кандидата на 2-ю стипендію имени Ротштейна Ефимова навести соотвѣтственныя справки и баллотировать въ слѣдующемъ засѣданіи.

Заслушана бумага Правленія университета отъ 15-го ноября 1906 г. за № 2949 стипендіатъ имени Ротштейна Успенскій уволенъ по прошенію.

4) Утвержденъ счетъ за постройку шкафа для бібліотеки.

Предсѣдатель проф А. Каземъ Векъ.

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

голичнаго засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

11-го Февраля 1907 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Каземъ-Бекъ и при секретарѣ д-рѣ Фаворскомъ.

Присутствовали—Неболюбовъ, Разумовскій, Казанскій, Идельсонъ. Агафоновъ, Илговскій, Панъ Шибковъ, Соколовъ, Надель-Пружанская, Цыпкинь, Опокинъ, Гиммель, Захарьевскій, Кузнецовъ, Десятовъ, Заболотновъ, Никольскій.

1) *Почетный членъ проф. И. М. Догель.* Слово по поводу ноября 23-го дня 1906 года.

2) *Д-ръ Енохинъ Н. И.* Пироговъ, какъ основатель консервативнаго леченія въ современной военнополевой хирургіи.

4) *Секретарь д-ръ А. Фаворскій* прочелъ отчетъ о дѣятельности Общества за 1905 годъ и первую половину 1906 года.

а) Отчетъ о состояніи кассы общества.

в) Отчетъ о состояніи библіотеки общества.

Административная часть.

Выборы должностныхъ лицъ. Въ предсѣдатели предложены записками проф. Каземъ-Бекъ (19 записокъ), проф. Разумовскій (3 записки) и д-ръ Казанскій (5 записокъ).

Выбранъ председателемъ проф. Каземъ-Бекъ, получившій 22 избират. и 4 неизбират. Второй и третій кандидаты отказались отъ баллотировки.

Въ товарищи председателя предложены:

Тонковъ	—	1 записка	—	(за отсутствіемъ—не баллотиров).
Каземъ-Бекъ	—	3	—	
Агабабовъ	—	2	—	(за отсутствіемъ—не баллотиров).
Заболотновъ	—	9	—	
Разумовскій	—	3	—	отказался
Неболюбовъ	—	7	—	отказался
Гиммель	—	1	—	отказался

Выбранъ Заболотновъ, получившій 26 избирательныхъ и 1 неизбират.

Въ 1-е секретари предложены:

Фаворскій	—	24 записки
Овчинниковъ	—	1 записка
Панъ	—	2 —
Илговскій	—	2 —

Выбранъ—Фаворскій.

Въ 2-е секретари

Панъ	—	18 записокъ
Первушинъ	—	2 —
Шибковъ	—	2 —
Фаворскій	—	2 —
Илговскій	—	2 —
Овчинниковъ	—	2 —
Агафоновъ	—	1 —

Выбранъ О. Г. Панъ.

Въ К а з н а ч е и

Неболюбовъ	—	19 записокъ
Захарьевскій	—	5 —
Заболотновъ	—	5 —
Десятковъ	—	2 —

Выбранъ В. П. Неболюбовъ.

Въ Библіотекари

Казанскій — 21 записку

Илговскій — 8 —

Никольскій — 1

Идельсонъ — 1

Выбраны М. В. Казанскій и Илговскій.

Въ члены Ревизіонной комиссіи предложены—Разумовскій 22 зап. Даркшевичъ 7, Идельсонъ 6, Арнольдъ 2, Догель 10, Захарьевскій 12, Казанскій 4, Зуевъ 4, Ге 1, Кандаратскій 1; Заболотновъ 4, Гиммель 5. Выбраны—Разумовскій, Догель и Захарьевскій.

Предсѣдатель **А. Каземъ-Бекъ.**

Секретарь **А. Фаворскій.**

ПРОТОКОЛЬ

торжественнаго засѣданія Общества врачей при Казанскомъ Университетѣ, посвященнаго памяти почетнаго члена его, проф. Н. М. Любимова.

24-го февраля 1907 года.

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

Присутствовали: Разумовскій, Неболюбовъ; Гиммель, Илговскій, Шибковъ, Первушинъ, Зуевъ, Горяевъ, Енохинъ, Никольскій, Идельсонъ, Соколовъ, Казанскій, Арнольдъ, Заболотновъ.

Предсѣдатель предложимъ почтить вставаньемъ память умершихъ членовъ Общества профф. Адамюка, Архангельскаго и Н. М. Любимова, а равно не члена Общества д-ра Шрейбера, погибшаго при изученіи чумы.

Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ. Н. М. Любимовъ по личнымъ воспоминаніямъ.

Проф. В. И. Разумовскій, упомянувъ о томъ, какъ Н. М. Любимовъ, утомленный и усталый поѣхалъ въ Петербургъ, надѣясь тамъ отдохнуть, но нашелъ себѣ тамъ могилу, прочиталъ подробную исторію болѣзни его и протоколъ вскрытія, произведенный д-ромъ Чистовичемъ.

Прив. доц. Заболотновъ. Николай Матвѣевичъ, какъ профессоръ и ученый.

И. В. Терегуловъ. Воспоминанія друга о Николаѣ Матвѣевичѣ Любимовѣ.

Д-ръ М. В. Казанскій. Проф. Н. М. Любимовъ, какъ членъ Казанскаго Общества врачей,—и нѣсколько страницъ изъ исторіи Общества.

И. М. Петяевъ. Отчетъ по школѣ памяти Н. М. Любимова.

Д-ръ Илговскій, занимавшійся въ лабораторіи Н. М. Любимова, въ своей рѣчи обрисовалъ личность Николая Матвѣевича, какъ учителя и какъ человѣка.

Проф. В. И. Разумовскій. Къ казуистикѣ операціи Krönlein'a,

За позднимъ временемъ послѣдній докладъ отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель А. Каземъ-Бекъ.

Секретарь А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

10-го марта 1907 г.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ Фаворскомъ.

Присутствовали:—Идельсонъ, Казанскій, Илговскій, Гиммель, Островскій, Кузнецовъ, Десятовъ, Вендрихъ, Виноградовъ, Любенецкій, Печниковъ, Цыпкинъ, Зуевъ, Лурія, Заболотновъ, Арнольдъ, Троицкій, Горяевъ, Чалусовъ.

Д-ръ Р. А. Лурія. Врачебное дѣло въ Японіи (путевыя впечатлѣнія).

П Р Е Н І Я.

Заболотновъ. Изъ моихъ личныхъ бесѣдъ съ однимъ японскимъ врачомъ я знаю, что у нихъ посылаются для научнаго усовершенствованія за границу врачи окружными госпиталями.

Лурія. Такихъ госпиталей тамъ 16.

Казанскій. Какъ тамъ распространены заразныя болѣзни, особенно брюшной тифъ?

Лурія. Я могу сказать, что на 1 миллионъ смертей Вы имѣете тамъ 661 случай сыпного тифа, 23430 случаевъ дезинтеріи (далѣе читаетъ выдержку изъ монографіи).

Казанскій. Говорятъ, что японцы не пьютъ сырой воды.

Лурія. Относительно этого я ничего не могу Вамъ сообщить.

Островскій подтверждаетъ, что японцы дѣйствительно не пьютъ сырой воды.

Казанскій. Не имѣете-ли Вы свѣдѣній о заболѣваемости въ японской арміи?

Лурія. Нѣтъ.

Казанскій. Представляется замѣчательнымъ: не смотря на то, что японцы обыкновенно тщательно предварительно выбирали мѣсто для расположенія своихъ войскъ, тѣмъ не менѣе заболѣванія въ ихъ арміи достигли огромной цифры.

Лурія. Меня поражала ихъ плохая упитанность. Мнѣ думается, это играетъ немалую роль въ большемъ % заболѣванія у нихъ. Я могу указать, что напримѣръ рисъ ѣдятъ очень мало, хотя работа ихъ тяжелая.

Идельсонъ. Меня поражаетъ питаніе японцевъ. Въ то время какъ физиологи требуютъ въ раціонѣ 120 граммъ бѣлкавъ, у японцевъ полагается только 60. Но нужно замѣтить, что съ открытіемъ военныхъ дѣйствій у нихъ раціонъ рѣзко измѣнился: солдатамъ стали давать свѣжее мясо, не говоря уже о мясныхъ консервахъ до 360 граммъ.

Арнольдъ спросилъ относительно устройства больницъ и системы вывоза нечистотъ.

Лурія. Больницы построены по типу смѣшанному, т. сказать полупавильонному. Изоляція въ инфекціонныхъ отдѣленіяхъ поставлена слабо. Инфекціонныя отдѣленія не имѣютъ отдѣльнаго врача. Нечистоты вывозятся крестьянами, являющимися каждое утро къ дому и нагружающими нечистоты на свои телѣжки для отвоза на свои поля и огороды.

Арнольдъ. Судя по Кириллову тамъ антисанитарія полная. У насъ это дѣло поставлено лучше, такъ какъ вывозка нечистотъ вскорѣ послѣ ихъ образованія усиливаетъ только возможность заразы. Кирилловъ былъ, главнымъ образомъ, на сѣверѣ, въ Хакодате. Быть можетъ, тамъ условія совершенно иныя. Что касается вопроса о дѣтѣхъ, то здѣсь необходимо принимать во вниманіе и климатъ. Съ другой стороны, вѣроятно, углеводы пополняютъ недостающее количество бѣлковъ и жира. Интересно было бы знать, каковы раціоны въ больницахъ.

Лурія. Я не могу точно отвѣтить на Вашъ вопросъ. Надо между прочимъ принять во вниманіе, что японцы ѣдятъ рыбу и всякую морскую живность (ракушки, улитки и т. д.), которой европейцы обыкновенно не ѣдятъ.

Любенецкіи. Какъ распространенъ тамъ туберкулезъ и сифилисъ?

Лурія. Оба рода заболѣванія распространены очень сильно. Алкоголизмъ не замѣчается тамъ. Въ вертепахъ я видѣлъ пьяныхъ европейцевъ, но не японцевъ. Саки съ пьютъ только на ночь,—Глазныя болѣзни тамъ распространены сильно.

Идельсонъ. Въ японской арміи во время войны тоже отпущалась саки.

Казанскій. Мнѣ извѣстно, что наши солдаты очень «презрительно» отзывались объ этомъ напитокѣ.

Гиммельъ. Я видѣлся съ товарищемъ японцемъ, который говорилъ мнѣ, что кожныя болѣзни тамъ мало распространены, а сифилисъ сильно. Что касается чистоты, то въ личной жизни они не всѣмъ чистоплотны. Съ другой же стороны японцы очень усидчивы и кропотливы при исполненіи своей работы. Относительно ихъ медицинскаго развитія я не особенно высокаго мнѣнія. Одинъ изъ моихъ товарищей специалистовъ очень многого элементарнаго не зналъ.

Островскій. За три мѣсяца я видѣлъ одного пьянаго. У дѣтей, не смотря на тщательный уходъ, много сыпныхъ болѣзней.

Арнольдъ. Въ виду всѣхъ интересующаго теперь вопроса объ автономіи больницъ интересно узнать, какое у нихъ управленіе.

Лурія. Въ японскихъ больницахъ монархическое правленіе. Миѣ хотѣлось знать мнѣніе общества, насколько хороша автономія въ больницѣ.

Арнольдъ. Вопросъ этотъ очень солидный. Имѣется по нему специальная литература. Онъ требуетъ specialнаго доклада.

Предсѣдатель. Вопросъ этотъ сейчасъ не можетъ итти на обсужденіе.

Затѣмъ, предсѣдатель благодарить докладчика за представленный докладъ.

Д-ръ Копыловъ. Случай непроходимости кишекъ въ слѣдствіе Меккелевскаго дивертикула.

П Р Е Н І Я.

Цыпкинь. Какой Вы сдѣлали разрѣзъ?

Копыловъ. Нѣсколько наклонный къ Пупартовой связкѣ, какъ это рекомендуетъ проф. Mikulicz.

Илговскій. Почему такъ мало оперируютъ данныя заболѣванія?

Копыловъ. Они трудно распознаются при жизни. Напр. Вгунъ указалъ 8 случаевъ.

Заболотновъ. Далеко-ли отъ слѣпой кишки Вы резецировали?

Чалусовъ. Какъ Вы представляете себѣ механизмъ внѣдренія дивертикула.

Копыловъ. Дивертикуль вывернулся внутрь въ кишку и затѣмъ повлекъ стѣнку кишки за собою.

Цыпкинь. Вы находите возможнымъ наглухо закрывать рану?

Копыловъ. Да.

Заболотновъ. Никакого тяжа отъ брюшной стѣнки не было?

Копыловъ. Нѣтъ.

Каземъ-Бекъ. Въ институтѣ патолого-анатомическомъ есть случай самоизлеченія непроходимости кишки. Н. М. Любимовъ показывалъ омертвѣвшую часть кишки. Предсѣдатель затѣмъ, благодарилъ докладчика за интересный докладъ.

Докладчикъ былъ награжденъ аплодисментами.

Административная часть.

Избраны въ члены общества:

I. Д-ра 1) Кутлубаевъ	15 избират.	1 неизбир.
2) Чебоксаровъ	15 избират.	1 неизбир.
3) Гликманъ	12 избират.	4 неизбир.
4) Копыловъ	16 избират.	1 неизбир.

II. Прочитана бумага Правленія Пироговскаго общества о записи въ члены общества.

Постановлено послать 5 рублей въ дополненіе къ членскому взносу, чтобы получать всѣ изданія Пироговскаго общества.

Предсѣдатель А. Каземъ-Бекъ.

Секретеръ А. Фаворскій.

ПРОТОКОЛЬ

голичнаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

27 Января 1908 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали — Заболотновъ, Захарьевскій, Купидоновъ, Панъ, Кузнецовъ, Гиммель, Чалусовъ, Левханьянцъ, Первушинъ, Зуевъ, Цыпкинь, Надель-Пружанская, Блиндштейнъ, Клячкинь, Геркенъ, Орловскій, Троицкій, Соларевъ, Горяевъ, Любенецкій, Казанскій, Гликманъ, Копыловъ, Семченко, Идельсонъ, Опокинъ, Неболюбовъ, Шибковъ, Кривоносовъ, Чебоксаровъ и человекъ 30 гостей.

1. Рѣчь дѣйств. члена, д-ра *Чалусова*. «Значеніе X—лучей, какъ метода изслѣдованія въ медицинѣ». Рѣчь была покрыта дружными аплодисментами присутствующихъ.

2. *А. Фаворскій*. Отчеты секретаря и казначея Общества.

3. *М. В. Казанскій*. Отчетъ библіотекаря Общества.

4. Выборы должностныхъ лицъ.

Записками въ предсѣдатели Общества были намѣчены:

Каземъ-Бекъ—3. Геркенъ—26. Первушинъ—1. Неболюбовъ—2. Орловскій—1. Казанскій—1.

Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ уже передъ подачей записокъ просилъ членовъ Общества не вносить его въ списокъ кандидатовъ на должность предсѣдателя Общества. Передъ баллотировкой шарами, не смотря на просьбы членовъ, онъ окончательно отказался отъ баллотировки. Затѣмъ, отказались отъ баллотировки всѣ намѣченные кандидаты, за исключеніемъ проф. Геркена. Проф. Геркенъ только просилъ Общество избрать не одного товарища предсѣдателя, а двухъ. Послѣ нѣкоторыхъ преній Общество согласилось съ этимъ предложеніемъ. Проф. Н. А. Геркенъ получилъ при баллотировкѣ 32 избирательныхъ шара и 2 неизбирательныхъ. Такимъ образомъ предсѣдателемъ Общества былъ выбранъ проф. Н. А. Геркенъ, встрѣченный послѣ избранія апплодисментами. Послѣ своего избранія новый предсѣдатель предложилъ Обществу поблагодарить бывшаго предсѣдателя проф. А. Н. Каземъ-Бека за тотъ трудъ, который онъ несъ въ теченіе своего предсѣдательства. Н. А. Геркенъ отмѣтилъ, что Общество врачей подъ предсѣдательствомъ проф. А. Н. Каземъ-Бека, не смотря на крайне неблагопріятные моменты для его дѣятельности (политическія осложненія въ жизни нашей родины, повлекшія за собою прекращеніе академической дѣятельности; образованіе новаго Общества младшихъ преподавателей при Университетѣ), все же неустанно продолжало работать.—Общество отвѣтило на призывъ Н. А. Геркена горячими, неоднократно возобновлявшимися апплодисментами, перешедшими въ овацію своему бывшему предсѣдателю.

Въ 1-е товарищи предсѣдателя намѣчены:

Заболотновъ—26. Орловскій—3. Казанскій—1. Каземъ-Бекъ—1. Первушинъ—1.—Геркенъ—1. Захарьевскій—1.

Выразилъ согласіе баллотироваться Заболотновъ, который и избранъ 30 голосами противъ 2 неизбирательныхъ.

Избраніе было встрѣчено апплодисментами.

Во 2-е товарищи предсѣдателя намѣчены:

Орловскій—24. Неболюбовъ—1. Первушинъ—1. Кривоносъ—1.

Выразилъ согласіе баллотироваться Орловскій, который и избранъ 26 голосами противъ 6 неизбирательныхъ.

Въ секретари редакціи «Казанскаго Медицинскаго Журнала» намѣчены:

Орловскій—13. Горяевъ—1. Фаворскій—16. Заболотновъ—1. Панъ—3.

Выразилъ согласіе баллотироваться Панъ, который избранъ 29-ю противъ 3 неизбирательныхъ.

Въ секретари Общества врачей намѣчены:

Өаворскій—16. Горяевъ—4. Орловскій—3. Панъ—1. Неболюбовъ—1.

Выразилъ согласіе баллотироваться Өаворскій, который и получилъ 26 избирательныхъ голосовъ противъ 4 неизбирательныхъ.

Избраніе было встрѣчено апплодисментами.

Въ бібліотекари намѣчены.

Казанскій—28. Горяевъ—1. Шибковъ—3.

Выразилъ согласіе баллотироваться Казанскій, который и получилъ 29 избирательныхъ и 2 неизбирательныхъ. Передъ выборами бібліотекаря членъ Общества Идельсонъ предложилъ Обществу благодарить бібліотекаря д-ра Казанскаго за его прошлую весьма полезную дѣятельность въ качествѣ бібліотекаря Общества. Общество благодарило его апплодисментами.

Во 2-е бібліотекари намѣчены.

Шибковъ—27. Котеловъ—1. Зуевъ—1. Панъ—1. Чалусовъ—1. Гиммель—1.

Выразилъ согласіе баллотироваться Шибковъ, который и избранъ единогласно. Избраніе встрѣчено апплодисментами.

Въ казначеи намѣчены:

Владиміровъ—18. Панъ—5. Неболюбовъ—5. Орловскій—1. Перушинъ—1. Идельсонъ—1. Заболотновъ—1.

Секретаремъ было заявлено о согласіи Владимірова, подвергнуться баллотировкѣ. При баллотировкѣ онъ получилъ 25 избирательныхъ противъ 6 неизбирательныхъ.

Послѣ выборовъ казначея членъ Общества Идельсонъ предложилъ Обществу благодарить бывшаго казначея проф. В. П. Неболюбова за его весьма полезную дѣятельность въ качествѣ казначея. Общество дружными апплодисментами отвѣтило на это предложеніе.

Въ члены Ревизионной Комиссии намѣчены:

Захарьевскій—23. Разумовскій—22. Неболюбовъ—3. Идельсонъ—4. Каземъ-Бекъ—8. Первушинъ—2. Гиммель—2. Зуевъ—2. Даркшевичъ—3. Купидоновъ—6. Орловскій—4. Агабабовъ—2. Блудштейнъ—1.

Избраны Захарьевскій, Разумовскій и Каземъ-Бекъ.

Постановлено утвердить предложеніе бібліотекаря Общества М. В. Казанскаго 1) о выдачѣ сборника, посвященнаго памяти Н. М. Любимова, жертвователямъ на школу имени Н. М. Любимова по выбору Бюро Общества и Ректору Петербургскаго Университета, проф. Боргману, какъ принимавшему дѣятельное участіе въ похоронахъ Н. М. Любимова; а равно выдать сборникъ авторамъ, помѣстившимъ свои статьи въ немъ; 2) изъ остальныхъ экземпляровъ сборника часть разрѣшить продавать по 2 рубля за экземпляръ.

Предложены въ члены Общества врачей—И. К. Климовичъ, А. А. Элинсонъ, А. С. Шоломовичъ, А. К. Цинкъ и И. М. Тимофеевъ.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

Отчетъ секретаря Общества врачей.

Истекшій 1907 годъ былъ 38-мъ годомъ существованія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Въ теченіе этого года Общество состояло изъ 113 членовъ, изъ коихъ 110 было дѣйствительныхъ и 3 почетныхъ. Дѣятельность Общества въ истекшемъ году выразилась въ устройствѣ 9 засѣданій, изъ которыхъ первое—годовое было посвящено чествованію памяти Н. И. Пирогова. Въ этомъ засѣданіи ученикъ Н. И. Пирогова, проф. И. М. Догель произнесъ рѣчь: «Слово по поводу Ноября 23-го дня». Д-ръ Б. П. Енохинъ произнесъ рѣчь на тему: «Пироговъ, какъ основатель современнаго консервативнаго способа леченія огнестрѣльныхъ ранъ». Отдѣльное засѣданіе было посвящено чествованію Почет-

наго члена и дѣятельнаго сотрудника Общества проф. Н. М. Любимова. Чествованіе сопровождалось произнесеніемъ рѣчей ближайшими учениками и друзьями проф. Любимова. Такъ прив. доц. П. П. Заболотновъ обрисовалъ личность проф. Любимова, какъ ученаго и профессора. Д-ръ М. В. Казанскій далъ характеристику Н. М. Любимова, какъ члена Казанскаго Общества врачей въ связи съ исторіей Общества. Г-нь И. В. Терегуловъ прочиталъ: «Воспоминаніе друга о Николаѣ Матвѣевичѣ Любимовѣ». Д-ръ Илговскій говорилъ о Н. М., какъ объ учителѣ и предсѣдателѣ Общества; проф. Каземъ-Бекъ, привелъ свои воспоминанія о Н. М., какъ профессорѣ патологической анатоміи.

Въ остальныхъ 6 очередныхъ и одномъ экстренномъ засѣданіи было сдѣлано 8 докладовъ и 2 демонстраціи. Изъ нихъ 3 доклада и 1 демонстрація касалась области хирургіи, 1 докладъ и 1 демонстрація падала на область внутреннихъ болѣзней, 2 доклада касались общественно-медицинскихъ наукъ, 1 докладъ изъ области физиологіи, и 1 докладъ общаго, немедицинскаго характера. Доклады имѣли своей темой:

Д-ръ Н. В. Копыловъ. Случай непроходимости кишекъ вслѣдствіе Меккелевскаго дивертикула (съ демонстраціей макроскопическаго препарата).

Д-ръ И. И. Цыпкинъ. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи рака гортани.

Д-ръ П. М. Красинъ. Клиническія наблюденія надъ колото-рѣзанными ранами печени.

Проф. В. И. Разумовскій. Демонстрація живыхъ сросшихся близнецовъ (Sternoragi).

Д-ръ Н. К. Горяевъ. Къ вопросу о болѣзни Банти (съ демонстраціей больныхъ факультетской терапевтической клиники).

Д-ръ Н. К. Горяевъ. Демонстрація больныхъ изъ факульт. терапевт. клиники съ лейкеміей въ началѣ леченія X—лучами.

Д-ръ Р. А. Лурія. Врачебное дѣло въ Японіи (путевыя впечатлѣнія).

Д-ръ Е. М. Идельсонъ. Къ характеристикѣ Японской военной санитаріи.

Проф. Самойловъ. Струнный гальванометръ Einthoven'a и его значеніе въ медицинѣ.

Д-ръ Г. А. Любенецкій. Вопросъ о международномъ языкѣ въ медицинѣ.

Кромѣ чисто научной дѣятельности, общество занималось выборомъ стипендіатовъ имени Ротштейна. Печатнымъ органомъ Общества попрежнему былъ «Казанскій Медицинскій Журналъ», на который Общество получило въ отчетномъ году пособія 300 рублей отъ министерства Народнаго просвѣщенія. Однако отсутствіе подходящаго матеріала, отсутствіе подписчиковъ и дороговизна печатанія журнала заставило Общество сократить число выпусковъ его вмѣсто бывшихъ 12 въ годъ до 4.

Секретарь *А. Оаворскій.*

Отчетъ по кассѣ Общества врачей за 1907 годъ.

Приходъ:

Оставалось къ 1 Января 1907 г.	2538 р. 34 к.
Вновь поступило: членскихъ взносов	433 р. —
« субсидія Министерства	300 р. —
« ‰ по сбереженіямъ и бумагамъ.	74 р. 24 к.
« подписка на журналъ	2 р. —
Итого.	3347 р. 58 к.

Расходъ:

Типографскіе расходы	536 р. 50 к.
Жалованье служащей въ библиотекѣ	120 р. —
« служителю	60 р. —
Наградныя имъ-же.	20 р. —
На книги и журналы.	76 р. 24 р.
Переплетъ книгъ	25 р. 05 р.
Столярныя работы.	21 р. —
Расходы по чествованію памяти Н. И. Пирогова и Н. М. Любимова.	17 р. 80 р.
Почтовые и мелочныя расходы	17 р. 15 р.
Итого.	893 р. 74 р.

Осталось къ 1 января 1908 года 2453 р. 84 к.

Кромѣ того, у Общества имѣется капиталъ, собранный по подпискѣ на степендію имени проф. Леонтьева 450 р. въ серіяхъ.

Казначей *В. Неболюбовъ.*

Отчетъ

о состояніи бібліотеки Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1905—1907 годы.

(Читано въ годичномъ засѣданіи Общества 27 января 1908 г.).

Въ іюнѣ 1905 г. бібліотека Общества, вмѣстѣ со многими другими учрежденіями, переведена была, по распоряженію Правленія Университета, изъ главнаго зданія Университета въ зданіе бывшаго студенческаго общежитія, что на Арскомъ полѣ, такъ далеко отъ Университета! И снова, такимъ образомъ, бібліотека нашего Общества испытала жестокую превратность своей судьбы. Невольно вспоминается незавидная исторія нашей бібліотеки, о которой я рассказывалъ въ своей статьѣ: «Библіотека Казанскаго Общества врачей за 25 лѣтъ его существованія (1868—1895 г.г.)», напечатанной въ «Дневникѣ» нашего Общества врачей за 1895 г. вып. II: «Двадцатипятилѣтіе Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ». Приведу вкратцѣ исторію мытарствъ нашей бібліотеки.

Въ началѣ жизни нашего Общества бібліотека помѣщалась—есть на то указанія—въ патолого-анатомическомъ институтѣ, завѣдующимъ которымъ былъ предсѣдатель Общества того времени, проф. А. В. Петровъ.

Съ возобновленіемъ жизни нашего Общества въ 1877 г. и уже въ качествѣ «Общества врачей, состоящаго при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ», Ректоромъ Университета разрѣшено было помѣстить бібліотеку Общества врачей въ средней клинической аудиторіи («старыя клиники»), согласно предложенію профессора факультетской терапевтической клиники, покойнаго Н. А. Виноградова.

Въ 1882 г. Попечитель Округа разрѣшилъ привести въ исполненіе постановленіе Совѣта Университета относительно предоставленія

въ главномъ зданіи Университета помѣщенія для библіотеки Общества врачей. Дана была Обществу отдѣльная комната, въ два окна, въ нижнемъ этажѣ главнаго зданія Университета; въ этой же комнатѣ устроена была и читальня. На устройство библіотеки и читальни ассигновано было 700 рублей.

Но не прошло и 2¹/₂ лѣтъ, какъ библіотеку нашего Общества постигло жестокое несчастье: Ректоръ Университета г. Буличъ отказалъ Обществу въ данномъ помѣщеніи библіотеки. Пришлось не только закрыть читальню, но и съ самой библіотекой, такъ хорошо обставленной, не куда было дѣваться. Лѣтомъ 1885 г. библіотека временно помѣщена была въ аудиторіи противъ зоологическаго кабинета, а въ сентябрѣ 1885 г. библіотека выселена была въ полутемную и проходную площадку корридора въ восточномъ крылѣ зданія Университета (противъ бывшей 10-ой аудиторіи и зоологическаго кабинета, съ правой стороны университетской церкви). Общество вынуждено было сдѣлать постановленіе: «до тѣхъ поръ, пока не будетъ найдено болѣе приличное помѣщеніе, библіотеку Общества считать закрытой». Въ этомъ «казематѣ» библіотека находилась болѣе года.

Въ концѣ 1886 г. при ректорѣ Университета Кремлевѣ и деканѣ медицинскаго факультета Шербаковѣ, бывшемъ тогда предсѣдателемъ Общества, для библіотеки Общества разрѣшено было Попечителемъ Округа отвести новое помѣщеніе, оказавшееся нѣсколько лучшимъ, такъ какъ позволило библіотекѣ вновь функционировать. Это былъ проходной корридоръ—площадка между актовымъ заломъ и церковью, уже съ лѣвой стороны послѣдней. Въ этомъ оригинальномъ помѣщеніи библіотека Общества находилась 3 года.

Въ 1890 г., благодаря просвѣщенному вниманію Ректора Университета, покойнаго проф. К. В. Ворошилова, для библіотеки нашего Общества отведена была снова отдѣльная комната, та-же, какую библіотека занимала 10 лѣтъ назадъ.

Въ этой одной комнатѣ, вмѣщавшей въ себѣ уже въ 1895 г. 11 большихъ шкафовъ съ 7500 томами различныхъ сочиненій, библіотека нашего Общества оставалась до послѣдняго времени, въ теченіе цѣлыхъ 15 лѣтъ. Неотложно требовалось болѣе обширное помѣщеніе для библіотеки. Но не смотря на настойчивыя указанія въ этомъ отношеніи со стороны библіотекаря и ходатайства со стороны другихъ представителей Общества, библіотека наша, навѣрное, еще много лѣтъ прожила-бы все въ этомъ-же тѣсномъ помѣщеніи, если бы необходимость капитальной перестройки главнаго зданія Университета не

заставила Правленіе Уинверситета въ 1905 г. выселить и нашу бібліотеку изъ главнаго зданія Уинверситета въ зданіе бывшаго студенческаго общежитія... .

Дальность перевозки на Арское поле и тѣсныя три комнаты, отведенныя въ новомъ помѣщеніи, при недостаткѣ шкафовъ, дурно отразились на бібліотекѣ Общества, имѣвшей уже болѣе 10.000 томовъ различныхъ сочиненій: шкафы были нѣсколько поломаны; замки у многихъ изъ нихъ испорчены, что впрочемъ у нѣкоторыхъ шкафовъ было и раньше; книги въ шкафахъ разложены были далеко не правильно; масса книгъ оказалась по необходимости на окнахъ, на полу и на шкафахъ; нѣкоторыя вещи, принадлежащія бібліотекѣ Общества, за недостаткомъ мѣста, не могли быть перевезены въ новое помѣщеніе, какъ напр. двери, нѣсколько кресель, полки отъ открытаго шкафа.

Требовалось серьезное упорядоченіе бібліотеки; но въ іюль 1905 г. завѣдывавшій бібліотекой уѣхалъ на войну, а заступавшему его мѣсто второму бібліотекарю трудно было принять на себя дѣло приведенія бібліотеки въ порядокъ. Да и до того-ли было въ концѣ 1905 г. и началѣ 1906 г., чтобы серьезно отдаться такому дѣлу, какъ перебирание бібліотеки.

Къ тому-же, положеніе бібліотеки Общества въ новомъ помѣщеніи не безъ основанія считалось неопредѣленнымъ: говорили, что для бібліотеки Общества, можетъ быть, отведутъ помѣщеніе снова въ главномъ зданіи Уинверситета, по окончаніи перестройки его.

Въ засѣданіи Совѣта Уинверситета 3 октября 1905 г. слушалось предложеніе Министра народнаго просвѣщенія о скорѣйшемъ очищеніи зданія студенческаго общежитія. По этому поводу доложена была Совѣту справка, что 1 мая, на основаніи заключенія высшаго начальства, студенческое общежитіе было закрыто на время прекращенія занятій въ Уинверситетѣ.

«Въ концѣ мая и въ началѣ іюня, въ виду необходимости приступить къ перестройкѣ западной половины главнаго Уинверситетскаго корпуса, помѣщавшіяся въ этой половинѣ зданія учебно-вспомогательныя учрежденія съ ихъ имуществомъ и коллекціями перемѣщены Правленіемъ Уинверситета временно, впредь до окончанія работъ въ главномъ университетскомъ зданіи, въ зданіе общежитія, гдѣ и находятся въ настоящее время. Сюда перемѣщены... и бібліотека Общества врачей. «Очистить общежитіе отъ находящагося въ немъ имущества нѣтъ никакой возможности. Въ Уинверситетскихъ зданіяхъ совершенно нѣтъ свободнаго мѣста». И Совѣтъ уинверситета «пришелъ къ полному

убѣжденію въ невозможности очищенія общежитія и предоставленія его студентамъ»... ¹⁾.

Лѣтомъ 1906 г., къ каковому времени завѣдывавшій бібліотекой уже возвратился въ Казань изъ Иркутска, начались большія передѣлки въ помѣщеніяхъ бывшаго студенческаго общежитія въ интересахъ перешедшихъ въ него учебно-вспомогательныхъ учреждений: пробивались стѣны въ комнатахъ для сообщенія или соединенія одной комнаты съ другой, пробивались стѣны и въ цѣляхъ перестановки газовыхъ и водопроводныхъ трубъ и т. под. Шумъ, стукъ и особенно масса пыли, ложившейся толстымъ слоемъ на столы, кресла, въ шкафы съ книгами, не говоря уже о кипахъ книгъ, открыто лежавшихъ на окнахъ и на полу, дѣлали буквально не возможными какія бы то ни было занятія въ бібліотекѣ.

Наступилъ 1907-ой годъ. Не прекращавшіеся слухи о переводѣ нашей бібліотеки въ другое помѣщеніе смѣнились опредѣленными разговорами, что для бібліотеки Общества Совѣтская Комиссія по распредѣленію университетскихъ помѣщеній предназначила новыя комнаты въ томъ же зданіи б. студенческаго общежитія, почти рядомъ съ нынѣ занимаемыми. Наконецъ, стало извѣстно, что Совѣтъ Университета постановилъ, согласно мнѣнію Комиссіи, предоставить нашему Обществу для бібліотеки 5 нумерованныхъ и одну большую безъ № комнаты въ той же сѣверной половинѣ перваго этажа зданія б. студенческаго общежитія. Объ этомъ постановленіи Совѣта Университета предсѣдатель Общества, проф. А. Н. Каземъ-Бекъ сообщилъ Обществу въ одномъ изъ недавнихъ засѣданій.

Изъ предоставленныхъ Совѣтомъ Университета для бібліотеки нашего Общества комнатъ насъ особенно заинтересовала большая и свѣтлая комната (безъ №), весьма удобная для устройства въ ней читальни, въ которой Общество наше весь вѣкъ свой такъ сильно нуждалось и нуждается. И мы съ почтеннымъ товарищемъ, только-что избраннымъ вторымъ бібліотекаремъ, докторомъ А. И. Шибковымъ, уже мечтали къ новому, 1908-му году устроить въ указанной комнатѣ читальню съ возможными удобствами, а затѣмъ, по переносѣ бібліотеки въ новыя комнаты, заняться упорядоченіемъ ея.

Но «новсе счастье» съ новымъ годомъ лишь жестоко улыбнулось намъ: завѣдующій зданіемъ б. студенческаго общежитія, и. д. бібліо-

¹⁾ Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета 1906 г. Сентябрь (Приложеніе).

текаря Университета, А. Е. Заблоцкій не позволилъ намъ занять отведенную нашему Обществу большую, не нумерованную комнату.

Правда, мы и раньше слышали, бывая въ зданіи общежитія, что насъ не пустять въ большую комнату; но настойчивыя предложенія намъ со стороны предсѣдателя Общества, проф. Каземъ-Бека, члена Совѣта Университета, занять вновь отведенныя для библиотеки Общества комнаты и подтвержденіе со стороны и. д. Ректора Университета проф. Александрова права Общества занять эти комнаты согласно постановленію Совѣта Университета, заставили насъ приступить къ организации переноса библиотеки въ новое помѣщеніе, при чемъ мы рѣшили прежде всего занять для читальни большую безъ № комнату. Уже наняты были служителя общежитія и назначень былъ день для переноса библиотеки. Но завѣдующій зданіемъ общежитія не позволилъ занять большую комнату и потребовалъ оффиціальной бумаги на разрѣшеніе Обществу занять и эту, безъ №, комнату. По просьбѣ предсѣдателя Общества, Правленіе Университета послало завѣдующему зданіемъ общежитія оффиціальную бумагу съ указаніемъ на постановленіе Совѣта Университета. Но, не смотря и на «бумагу» Правленія Университета, мы по прежнему встрѣтили со стороны завѣдующаго зданіемъ общежитія не преодолимыя препятствія къ занятію большой комнаты, столь нужной намъ. Замѣчу, что противъ занятія подъ библиотеку Общества другихъ, вновь отведенныхъ комнатъ завѣдующій ничего не имѣеть.

Въ виду такого печальнаго недоразумѣнія я лично навелъ справки: какъ именно редактировано постановленіе Совѣта Университета относительно предоставленія для библиотеки нашего Общества новаго помѣщенія, и вотъ что я прочиталъ въ напечатанныхъ ¹⁾ протоколахъ Совѣта Университета:

«Протоколъ засѣданія Совѣта Императорскаго Казанскаго Университета

28 мая 1907 г.

П. 12. Слушали: Докладъ Совѣтской Коммисіи по распредѣленію университетскихъ помѣшеній отъ 20 мая слѣд. содержанія:

Е. Зданіе бывшаго студенческаго общежитія.

1-ый этажъ. Въ сѣверной половинѣ отвести для кабинета патологической анатоміи 13 комнатъ (№№ 33—37 и 4—11), а остальныя—

¹⁾ Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета 1908 г. Январь.

для бібліотеки Общества врачей. Въ южной половинѣ „.... помѣщенія предоставляются Обществу Археологіи, Исторіи и Этнографіи, и др.

«Протоколъ засѣданія Совѣта Императорскаго Казанскаго Университета

30 мая 1907 г.

13. Слушали: Совѣтъ Университета продолжалъ разсмотрѣніе вопроса о распредѣленіи университетскихъ помѣщеній.

«Зданіе бывшаго студенческаго общежитія.

1-ый этажъ. Предложеніе Комиссіи отвести въ сѣверной половинѣ для кабинета патологической анатоміи (съ добавленіемъ) и для оперативной хирургіи 13 комнатъ (№№ 33—37 и 4—11), а остальные для бібліотеки Общества врачей—Совѣтомъ принято». Далѣе идетъ разговоръ о помѣщеніяхъ южной половины 1-го этажа зданія студенческаго общежитія.

Такимъ образомъ, въ заключеніе говорится въ протоколѣ засѣданія Совѣта Университета 30 мая 1907 г., планъ распредѣленія университетскихъ помѣщеній въ западной половинѣ главнаго зданія (Университета) и въ помѣщеніи бывшаго студенческаго общежитія, принятый и утвержденный Совѣтомъ въ настоящемъ засѣданіи, представляется въ слѣдующемъ видѣ:

Е. Зданіе бывшаго студенческаго общежитія.

1-ый этажъ. Въ сѣверной половинѣ отводится 13 комнатъ (№№ 33—37 и 4—11) для кабинета патологической анатоміи и оперативной хирургіи, а остальные комнаты для бібліотеки Общества врачей.»

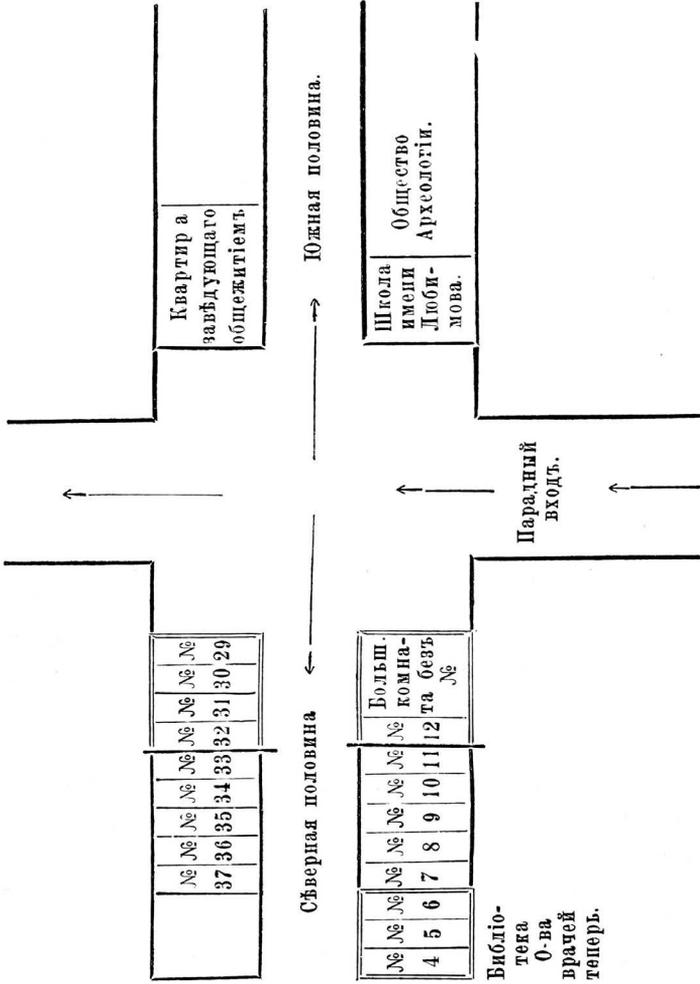
«Планъ изложеннаго распредѣленія помѣщеній сообщить въ факультеты и Правленію Университета».

Въ приведенныхъ протоколахъ Совѣта университета точно не указаны, какія именно комнаты въ сѣверной половинѣ 1-го этажа зданія бывшаго студенческаго общежитія назначены для бібліотеки Общества и потому необходимо опредѣлить, что это за «остальные» комнаты въ данномъ мѣстѣ, кромѣ указанныхъ 13 комнатъ, назначенныхъ для кабинета патологической анатоміи и оперативной хирургіи. Въ этихъ цѣляхъ представляется здѣсь, шематично составленный мною, планъ перваго этажа зданія студенческаго общежитія.

Изъ этого плана видно, что въ сѣверной половинѣ первого этажа зданія бывшего студенческаго общежитія находятся слѣдующія комнаты: на правой сторонѣ 9 нумерованныхъ комнатъ, съ 29 № по

Планъ

I этажа зданія бывшего студенческаго общежитія.



Улица б. Односторонка Арскаго поля.

37 №, и на лѣвой сторонѣ: 9-ть же нумерованныхъ комнатъ, съ № 4 по № 12 и одна большая комната, съ двумя дверями, первая на лѣво отъ параднаго входа, безъ №.

Согласно постановленію Совѣта Университета, для кабинета патологической анатоміи и оперативной хирургіи отведены 13-ть комнатъ: 5 съ правой стороны (№№ 33, 34, 35, 36 и 37) и 8 съ лѣвой стороны (№№ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11).

Остались: на правой сторонѣ 4 комнаты (№№ 29, 30, 31, и 32) и на лѣвой сторонѣ 2 комнаты; одна за № 12 и другая—безъ №, большая.

Очевидно, что всѣ эти 5 нумерованныхъ комнатъ и одна большая безъ №, какъ «остальныя» въ сѣверной половинѣ 1-го этажа зданія бывшаго студенческаго общежитія, и должны, согласно постановленію Совѣта Университета, перейти къ Обществу врачей для помѣщенія въ нихъ библіотеки его. Но вотъ большую комнату, не нумерованную, завѣдующій зданіемъ б. студенческаго общежитія и не позволяетъ Обществу занять,—почему, хорошо не знаю. Претензій на эту комнату со стороны другихъ учреждений, поселившихся въ зданіи б. студенческаго общежитія, я ни отъ кого не слыхалъ.

Во всякомъ случаѣ библіотека нашего Общества и до сихъ поръ остается въ тѣхъ же 3-хъ тѣсныхъ комнатахъ и безъ хотя бы сколько нибудь удобной читальни. При существующихъ условіяхъ упорядоченіе библіотеки представляется весьма затруднительнымъ, а при возможномъ въ непродолжительномъ времени выселеніи нашей библіотеки въ другое мѣсто—и прямо будетъ непроизводительнымъ трудомъ. А между тѣмъ упорядоченіе библіотеки нашего Общества настоятельно необходимо: нужно заказать 2 или 3 новыхъ шкафа для книгъ, а старые—поправить; въ шкафахъ перебрать всѣ книги и журналы, что бы уложить ихъ въ должномъ порядкѣ и не такъ скученно, какъ было раньше; нужно вновь поступившія въ библіотеку книги и журналы внести съ карточекъ въ документальный каталогъ, а ранѣе получавшіеся записать и въ карточный и документальный каталоги, и проч.

Въ виду всего сказаннаго, я прошу Общество обратиться въ Правленіе Университета съ просьбой о разъясненіи возникшаго недоразумѣнія и ходатайствовать предъ Правленіемъ о приведеніи въ исполненіе постановленія Совѣта Университета относительно предоставленнаго Обществу новаго помѣщенія для нашей библіотеки, которое такъ намъ нужно.

Теперь я долженъ сообщить о поступленіяхъ за отчетные 1905—1907 годы въ библіотеку Общества разныхъ сочиненій и о пользованіи

ею за то же время. Къ сожалѣнію, по вышеуказаннымъ причинамъ, ни точныхъ, ни утѣшительныхъ данныхъ въ томъ и другомъ отношеніи привести не могу.

По сдѣланнымъ записямъ, періодическихъ изданій поступило за 1905 и 1906 г. г. 94 названія и въ 1907 г.—82. Изъ нихъ журналовъ и газетъ, почти все медицинскихъ,—37 за первые два года и 35 за 1907 г.; «Протоколовъ», «Трудовъ», «Извѣстій» и под. различныхъ, б. ч. медицинскихъ, Обществъ и учреждений—42 и 37 названій, и изданій городскихъ и земскихъ учреждений—15 и 10.

За исключеніемъ двухъ русскихъ и двухъ иностранныхъ медицинскихъ журналовъ, выписывавшихся на средства Общества, всѣ остальные періодическія изданія, также какъ и почти всѣ отдѣльныя сочиненія, получены были въ бібліотеку или въ обмѣнъ на издаваемый Обществомъ «Казанскій Медицинскій Журналъ» или въ даръ отъ различныхъ лицъ и учреждений, за что приношу жертвователямъ живѣйшую благодарность.

Сколько всего имѣеть бібліотека нашего Общества книгъ, журналовъ и разныхъ другихъ сочиненій,—сейчасъ точныхъ цифръ привести не могу. Въ общемъ, въ бібліотекѣ нашей имѣется болѣе 8000 названій различныхъ сочиненій, заключающихъ въ себѣ до 10.000 томовъ.

Пользованіе бібліотекой нашего Общества за отчетные годы было въ скромныхъ размѣрахъ: по записямъ, брали книги на домъ за всѣ 3 года вмѣстѣ лишь 36 членовъ Общества и имъ сдѣлано было за то же время 238 выдачъ различныхъ изданій. Изъ этого числа выдачъ на долю медицинскихъ газетъ и журналовъ падаетъ 63%, на долю «Протоколовъ» и «Трудовъ» различныхъ Обществъ и учреждений—нѣсколько болѣе 10%, на долю книгъ—около 10% и—диссертацій—нѣсколько болѣе 7%.

Если не ошибаюсь, увеличивается интересъ къ изданіямъ различныхъ обществъ и учреждений, чего нельзя не привѣтствовать, такъ какъ этого рода изданія заключаютъ въ себѣ массу цѣннаго медицинскаго матеріала, обычно или неизвѣстнаго или игнорируемаго, вслѣдствіе чего можетъ быть не мало сдѣлано «открытій Америки».

Въ самой бібліотекѣ, въ читальнѣ ея, пользовались тѣми или другими изданіями не многіе члены Общества, можетъ быть, отчасти вслѣдствіе отдаленности помѣщенія бібліотеки отъ центра города.

Секретарь-Библіотекаръ Общества *М. Казанскій.*

Р. С. По поводу новаго помѣщенія для библіотеки Общества, вскорѣ послѣ годовичнаго засѣданія я узналъ, что завѣдующій зданіемъ б. студенческаго общежитія подалъ въ Правленіе Университета бумагу, въ которой указываетъ на нежелательность передачи большой комнаты Обществу врачей въ виду того, что эта комната—будто бы—нужна Обществу Археологіи для засѣданій, что лучше перевести въ эту комнату изъ сосѣдняго помѣщенія школу имени проф. Любимова, что съ имуществомъ, находящимся въ передаваемыхъ Обществу комнатахъ, некуда дѣваться и под.

По поводу этой бумаги я обратился къ Декану медицинскаго факультета, какъ члену Правленія, оказать содѣйствіе къ выполненію постановленія Совѣта Университета относительно новаго помѣщенія для библіотеки Общества и особенно о предоставленіи въ наше распоряженіе большой комнаты, для устройства въ ней нашей читальни. Проф. Н. А. Миславскій выразилъ готовность, но просилъ заручиться заявленіемъ Предсѣдателя Общества Археологіи, что имъ не нужна большая комната для засѣданій. Въ разговорѣ г. Деканъ замѣтилъ однако, что вопросъ о распредѣленіи помѣщеній въ общежитіи можетъ вызвать споры, которые прекратятся только по распредѣленіи помѣщеній въ восточномъ крылѣ главнаго зданія Университета, когда перестройка его будетъ закончена.

По моей просьбѣ, Предсѣдатель нашего Общества, проф. Н. А. Геркенъ спрашивалъ Предсѣдателя Общества Археологіи, проф. Н. Э. Катанова относительно большой комнаты и получилъ отъ него записку, что комната эта имъ не нужна будетъ, если для засѣданій предоставлена будетъ въ верхнемъ этажѣ аудиторія, которой, кстати сказать, наше Общество уже много разъ пользовалось для своихъ засѣданій, и которой, слѣдовательно, можетъ пользоваться и Общество Археологіи.

При личныхъ разговорахъ нашего Предсѣдателя съ завѣдующимъ зданіемъ б. студенческаго общежитія, послѣдній выразилъ согласіе на занятіе нашей библіотекой и большой комнаты.

Въ засѣданіи Правленія Университета, при обсужденіи бумаги завѣдующаго зданіемъ б. студенческаго общежитія, дѣйствительно возникли споры о помѣщеніяхъ и предсѣдатель нашъ, проф. Геркенъ тщетно убѣждалъ и просилъ членовъ Правленія разрѣшить Обществу, согласно постановленію Совѣта Университета, занять вмѣстѣ съ другими комнатами и большую.

Со стороны нѣкоторыхъ членовъ Правленія были сдѣланы заявленія о необходимости предоставить тѣ или другія изъ отведенныхъ Обществу комнатъ очень нуждающимся въ нихъ разнымъ кабинетамъ и вообще учебно-вспомогательнымъ учрежденіямъ, и рѣшеніе вопроса о новомъ помѣщеніи для библіотеки нашего Общества отложено Правленіемъ до распредѣленія помѣщеній въ перестроенномъ восточномъ крылѣ главнаго зданія Университета.

Такъ, ясно и категорически рѣшенный Совѣтомъ Университета вопросъ о новомъ помѣщеніи для библіотеки нашего Общества, по странной ироніи судьбы затормозился и отодвинуть въ сторону. Когда кончатся мытарства библіотеки нашего Общества врачей, состоящаго при Университетѣ,—Богъ вѣсть!

Если снова будетъ перерѣшаться вопросъ о помѣщеніи нашей библіотеки, то было бы весьма желательно получить помѣщеніе въ главномъ зданіи Университета, какъ болѣе центральномъ и удобномъ мѣстѣ, на что можно бы надѣяться хотя бы въ виду того, что изъ 38 лѣтъ своей жизни наше Общество вотъ уже 31-ый годъ работаетъ подъ сѣнью Университета!

27 февраля
1908 г.

М. Казанскій.

