

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

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

ТОМЪ II.
А П Р Ъ Л Ъ.
1902 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1902.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 18 іюня 1902 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Изъ судебно-медицинскаго кабинета Казанскаго Университета.

Разрывы селезенки въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

В. П. Неболюбова.

Ближайшая причина смерти, наступающей вскорѣ послѣ травмы, смотря по свойствамъ послѣдней, кроется, какъ извѣстно, въ сотрясеніи мозга, шокѣ или кровоизліяніи. При значительной травмѣ, сопровождающейся явственными и рѣзкими слѣдами, а тѣмъ болѣе нарушеніемъ цѣлости частей тѣла, обыкновенно смерть наступаетъ отъ наружнаго или внутренняго кровотечения, и для лицъ, окружающихъ потерпѣвшаго, а тѣмъ болѣе для врача, такіе случаи не представляютъ затрудненій въ смыслѣ оцѣнки самыхъ поврежденій и уясненія ихъ причинной связи съ смертельнымъ исходомъ. Но всегда и для всѣхъ будутъ представлять загадку случаи болѣе или менѣе быстрой смерти, при незначительной, или нерѣзко обозначенной травмѣ. Въ самомъ дѣлѣ, кто не станетъ въ тупикъ, когда видитъ, или слышитъ, что субъектъ, получившій, напр., самый безобидный толчокъ въ животъ, падаетъ безъ чувствъ и въ нѣсколько минутъ умираетъ! Вскрытіе тѣла, конечно, обнаружитъ истинную причину смерти. Но часто и послѣ вскрытія судебный врачъ невольно задаетъ себѣ вопросъ: можно-ли безъ особой натяжки поставить въ причинную зависимость между собой легкой толчокъ и найденный при изслѣдованіи трупа разрывъ внутренняго органа? Съ другой стороны, еще большее недоумѣніе должны вызывать тѣ случаи, когда найденъ разрывъ органа, а нѣтъ слѣдовъ насилія и даже изъ предварительныхъ свѣдѣній о послѣднемъ ничего неизвѣстно.

Въ практикѣ нашего судебно-медицинскаго кабинета подобные случаи бывали, напр.: одинъ ученикъ гимназіи ткнулъ книгой въ животъ своего товарища; тотъ упалъ и чрезъ нѣсколько мгновеній померъ. Другой случай: прирѣзаемые въ колоніи малолѣтнихъ преступниковъ дѣти, сходя съ лѣстницы, прижали къ периламъ одного мальчика и онъ тутъ же умеръ. Неудивительно, что при подобныхъ обстоятельствахъ теряются окружающіе и даже врачъ,

А каково душевное состояніе виновника такого трагическаго случая—невольнаго убійцы!?

Въ концѣ октября прошлаго (1900) года мѣстные газеты оповѣстили своихъ читателей, что въ Суконной слободѣ одинъ квартирохозяинъ, повидимому, въ припадкѣ ревности, выгналъ гостя отъ своей квартирантки, а затѣмъ жестоко избилъ её самоё и та умерла во время побой, чуть ли не утопая въ лужахъ крови.

1-го ноября, вслѣдствіе отношенія судебного слѣдователя 3-го уч. г. Казани и въ присутствіи его и проф. К. М. Леонтьева, мною совмѣстно съ городовымъ врачомъ г. Котельниковымъ произведено было изслѣдованіе трупа этой женщины, которое показало:

А) Наружный осмотръ.

Трупъ женскаго пола, лѣтъ около 40; ростъ 2 арш. 5 вершк., окружность груди 1 арш. $2\frac{3}{4}$ вершка. Цвѣтъ покрововъ блѣдный, съ легкимъ желтоватымъ оттѣнкомъ; на задней поверхности туловища разбросаны пятна фіолетоваго цвѣта. Кожа упруга, подкожный жирный слой развитъ хорошо; трупное окоченѣніе сильное. Въ волосистой части головы слѣва, соотвѣтственно височной области, замѣтно незначительное припуханіе. На лбу вблизи волосистой части, почти надъ срединами бровей, находятся 2 небольшихъ кругловатыхъ пятна темно-краснаго цвѣта, жестковатыхъ наощупь, въ разрѣзѣ съ небольшими кровоизліяніями. Лѣвая половина лица слегка припухша, синевата, въ разрѣзѣ безъ кровоподтековъ. Глаза закрыты; на вѣкахъ праваго глаза по небольшому темно-красному пятну, жесткому наощупь, при чемъ въ толщѣ нижняго вѣка кровоизліяніе, а въ верхнемъ замѣтно только пропитываніе кровью верхняго слоя кожи. Слизистая оболочка вѣкъ блѣдна, роговицы нѣсколько мутны, зрачки расширены. Покровы носа и носовыя кости цѣлы, полости его чисты и свободны. Окружность носа и рта запачкана кровью, причемъ полосы засохшей крови направляются отъ рта на лѣвую сторону лица. Ротъ закрытъ, слизистая оболочка губъ блѣдно-синяго цвѣта. На нижней губѣ, начиная отъ ея середины до лѣваго угла рта, слизистая оболочка съ подлежащими мягкими частями разорвана; края разрыва неровны, поматы и пронизаны мелкими сгустками крови; разрывъ по своей длинѣ прерывается тонкими перемычками неповрежденной слизистой оболочки; глубина разрыва также неравнобѣрна, ближе къ срединѣ губы она около $\frac{1}{2}$ сантим.; дно разрыва не ровно и покрыто кровяными сгустками. На верхней губѣ, также соотвѣтственно ея срединѣ, находится кругловатое темно-красное пятно съ небольшимъ разрывомъ слизистой оболочки и кровоизліяніями въ толщѣ губы. Зубы

цѣлы; въ полости рта крови не замѣтно. Шея и грудь ничего особеннаго не представляютъ. Животъ вздутъ; брюшныя стѣнки кромѣ блѣдной окраски особенностей не имѣютъ. Половые органы и задній проходъ ничего особеннаго не представляютъ. На среднемъ плечѣ правой руки небольшое синеватое пятнышко, три такихъ же пятнышка находятся на тылѣ лѣвой кисти; всѣ онѣ наощупъ мягки и въ разрѣзѣ съ кровоподтеками. Кости конечностей и туловища цѣлы.

В) Внутренній осмотръ.

Мягкіе покровы черепа блѣдны, суховаты. Кости умѣренной толщины, межкостное вещество равномѣрно развито; твердая мозговая оболочка немного сращена со сводомъ черепа; мягкая прозрачна, сосуды ея слѣва сильно налиты кровью, а справа значительно меньше. Мозгъ плотенъ, въ разрѣзѣ влаженъ, сѣрое вещество его красновато, въ бѣломъ умѣренное количество красныхъ точекъ и полосокъ. Желудочки слегка расширены, содержатъ прозрачную жидкость. Узлы мозга, мозжечекъ и продолговатый мозгъ представляютъ тѣ же особенности, что и большой мозгъ. Гортань свободна, слизистая оболочка ея красна; въ просвѣгѣ дыхательнаго горла буро-красная пѣнистая жидкость. Легкія свободны, нѣсколько раздуты, блѣдны, поверхность ихъ гладка; на разрѣзѣ верхнія доли сѣро-краснаго цвѣта, сухи, а нижнія темно-краснаго цвѣта и съ поверхностей разрѣза ихъ при давленіи стекаетъ въ небольшомъ количествѣ кровянистая жидкость. Въ сердечной сорочкѣ немного красноватой жидкости, давшей реакцію на спиртъ. Сердце увеличено, сильно обложено жиромъ; желудочки его пусты, клапаны нормальны. Печень нѣсколько увеличена, въ разрѣзѣ сѣрозато-зеленаго цвѣта, содержитъ незначительное количество крови. Селезенка сильно увеличена, —вѣситъ 5900 граммъ; капсула ея напряжена, гладка, вблизи воротъ она въ нѣсколькихъ мѣстахъ разорвана; кромѣ того на той же внутренней поверхности ткань селезенки разорвана почти во всю толщу органа, при чемъ изъ подъ капсулы выпячивается грязно-красная и очень мягкая ткань селезенки, которая и въ остальныхъ частяхъ органа также очень мягка и легко разрывается при давленіи пальцемъ. Въ окружности селезенки очень много жидкой и полусгустившейся крови; жидкая кровь находится во всей брюшной полости, а кровяные сгустки и между петлями кишекъ. Въ сальникѣ и рыхлой кѣтъчаткѣ стѣнокъ живота замѣтны мелкіе кровоподтеки. Почки нормальной величины, въ разрѣзѣ темно-красны. Мочевой пузырь пустъ. Въ желудкѣ около 100 граммъ буро-красной мутноватой жидкости съ комочками хлѣба и масла. Слизистая оболочка утолщена, цѣла. Въ тонкихъ кишкахъ

мутная желтоватая жидкость, слизистая оболочка ихъ нормальна. Въ толстыхъ кишкахъ обычное содержимое. Матка по величинѣ нормальна, полость ея пуста, слизистая оболочка слегка утолщена.

Изъ предварительныхъ свѣдѣній, собранныхъ полиціей, стало извѣстно, что покойная злоупотребляла спиртными напитками и вела разгульный образъ жизни. 29-го октября она явилась на свою квартиру въ пьяномъ видѣ и съ постороннимъ мужчиной. Хозяинъ квартиры, повидимому изъ ревности, сначала выгналъ гостя, а затѣмъ сталъ бить Гр—ву кулаками и пинками босыхъ ногъ. Побои продолжались около $\frac{1}{2}$ часа и во время ихъ Гр—ва померла. На мѣстѣ преступленія слѣдовъ крови почти не замѣтно.

Микроскопическое изслѣдованіе селезенки показало гиперемію и гиперплазію пульпы и мальпигіевыхъ тѣлецъ и сильную пигментную инфильтрацію, т. е. измѣненія, свойственныя маляріи и именно въ періодъ остраго опуханія.

Данныя вскрытія, освѣщенные предварительными свѣдѣніями, не оставляли сомнѣній, что смерть Гр—вой послѣдовала отъ внутренняго кровоизліянія, бывшаго слѣдствіемъ разрыва селезенки, который въ свою очередь произошелъ отъ ударовъ въ область живота тупымъ орудіемъ.

Однако такое, несомнѣнно по существу правильное, хотя научно мало обоснованное, мнѣніе недостаточно для суда, въ рукахъ котораго отнынѣ судьба нанесшаго побои и тѣмъ причинившаго Гр—вой смерть. Это обстоятельство и предлагаемые въ такихъ случаяхъ судебнымъ слѣдователемъ вопросы, невольно заставляютъ задуматься, дѣйствительно-ли здѣсь были особенно жестокіе и продолжительные побои, или, при кратковременности ихъ, не были ли они причинены тяжелымъ орудіемъ, или, наконецъ, не представляла-ли чего особеннаго сама селезенка, что могло бы благоприятствовать ея разрыву даже и при ничтожной травмѣ.

Каждому врачу хорошо извѣстно, что по своему строенію и положенію въ подреберьи селезенка при нормальномъ ея состояніи мало доступна насилію и можетъ быть разорвана, даже разрушена, только при очень значительной травмѣ, напр., при паденіи съ высоты, давленіи обрушившимся зданіемъ, землей и т. п., или при попаданіи подъ поѣздъ желѣзной дороги, тяжелые экипажи, или, наконецъ, при нанесеніи поврежденій въ область селезенки массивными предметами въ видѣ бревна, камня, полѣна, удара копытомъ лошади и пр. Но и во всѣхъ такихъ случаяхъ разрывы селезенки чаще всего сопровождаются нарушеніемъ цѣлости и другихъ органовъ, переломомъ костей и иными болѣе или менѣе серьезными поврежденіями, или они происходятъ отъ вѣдренія концовъ переломленныхъ реберъ. Въ тоже время статистика разрывовъ внутрен-

нихъ органовъ, при всякаго рода поврежденіяхъ тупыми орудіями, говоритъ намъ, что селезенка занимаетъ второе мѣсто, уступая по частотѣ разрывовъ печени ¹⁾. По Л. Майеру на 136 случаевъ разрыва печени, одновременно съ другими внутренностями, въ 15 случаяхъ былъ разрывъ селезенки и съ 11 почекъ ²⁾. По вскрытіямъ Вѣнскаго судебно-медицинскаго Института за періодъ времени съ 1878 по 1897 г. было всего 494 случая поврежденій внутреннихъ органовъ при дѣйствіи всевозможной тупой силы и изъ нихъ на долю селезенки падаетъ 163, т. е. 33%, тогда какъ печень была разорвана 296 разъ (около 60%) и легкія 209 разъ (42,3%) ³⁾. Tillmans также говоритъ, что изъ подкожныхъ поврежденій органовъ брюшной полости чаще встрѣчаются разрывы печени ⁴⁾. Но д-ръ Беллинъ ⁵⁾ на 246 случаевъ насильственной смерти въ г. Харьковѣ разрывъ селезенки встрѣтилъ 12 разъ, печени же 2 раза и почки 1 разъ, почему онъ и настаиваетъ, что при травмѣ разрывы селезенки „среди поврежденій другихъ брюшныхъ внутренностей занимаютъ первенствующее мѣсто“. Становясь такимъ заключеніемъ въ противорѣчіе съ выводами вышеуказанной статистики, онъ пытается объяснить преимущественное поврежденіе селезенки тѣмъ обстоятельствомъ, что въ Харьковѣ особенно распространены кулачные бои, при которыхъ удары кулакомъ правой руки чаще всего приходятся въ лѣвое подреберье противника. Однако изъ наблюдавшихся имъ же 12 случаевъ только 8-й обусловленъ ушибомъ въ животъ (кулакомъ). Слѣдовательно, объясненіе подмѣченному факту нужно искать въ чемъ-то другомъ.

По сохранившимся при Казанскомъ судебно-медицинскомъ кабинетѣ протоколамъ, за время съ 1867 года по 1900 годъ включительно, на 1297 вскрытій случаевъ разрыва внутреннихъ органовъ было всего 15, и изъ нихъ разрывовъ селезенки наблюдалось всего 10, поврежденій печени 7, легкихъ 3, сердца—2, почекъ—2 и 1 разрывъ толстыхъ кишекъ. При этомъ въ двухъ случаяхъ,—попаданіе подъ поѣздъ желѣзной дороги и подъ электрической травмой, селезенка была разорвана вмѣстѣ съ печенью и другими внутренними орга-

¹⁾ Гофманъ. Учебн. суд. мед. перев. подъ ред. Косоротова. Спб. 1901 г. стр. 224.

²⁾ Фр. Кёнигъ. Руков. къ частн. хир. перев. подъ ред. Левшина. Спб. 1879 г. Т. II. Стр. 8.

³⁾ Вѣстн. Обществ. гиг., судебн. и практ. мед. декабрь 1900 г. рефер. по суд. мед. стр. 1916—18.

⁴⁾ Tillmans. Руков. къ частной хирургіи, перев. Грузенберга. Спб. 1890. Т. I, стр. 539.

⁵⁾ Беллинъ. Травмат. поврежденія селезенки въ суд.-мед. отношеніи. Харьковъ. 1888, стр. 22—24.

нами. Въ пяти случаяхъ также очень тяжелой травмы была разорвана печень, иногда съ другими органами, селезенка же оставалась неповрежденной, при чемъ она отмѣчена нормальной по своему строенію. Случай, гдѣ найдена была разорванной одна селезенка, заслуживаютъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія.

Случай 1-й (25 февр. 1870 г.). Трупъ кр-на Ф—на. Тѣлосложеніе умѣренное; покровы тѣла и особенно слизистыя оболочки блѣдны. Въ покровахъ головы рана длиною 2", доходящая до костей: на днѣ ея сгустки крови. Надъ правой бровью темно-красное пятно съ кровоподтекомъ. Въ наружномъ углу праваго глаза 4 пятна величиною съ горошину,—всѣ съ кровоизліяніями. Справа на уровнѣ носового крыла пятно въ двугривенный; въ ноздряхъ и ушныхъ раковинахъ кровавые сгустки. Въ височныхъ мышцахъ кровоподтеки; въ костяхъ черепа трещина, идущая отъ лѣваго слухового прохода вверхъ, раздѣляясь на двѣ, изъ которыхъ первая около 2", а вторая около 1" длины. На основаніи черепа трещина, идущая поперекъ чрезъ все основаніе. На правомъ полушаріи мозга, соотвѣтственно наружной равнѣ, много крови: мягкая оболочка здѣсь и на основаніи мозга пропитана кровью. Въ сѣромъ веществѣ мозга подъ такими мѣстами разсѣяны мелкія кровоизліянія. Мозгъ малокровенъ, легкія также; въ сердечной сорочкѣ много кровянистой жидкости. Печень и почки цѣлы и малокровны. Селезенка увеличена; на ея наружной поверхности „близь задняго края около середины“ въ 3-хъ мѣстахъ разрывы, величиной и формой похожіе на бобъ; при разрѣзѣ селезенки въ разрывахъ обнаружены сгустки крови.

Данныя вскрытія указываютъ на несомнѣнно прижизненную и очень большую травму, направленную преимущественно на голову, и смерть, очевидно, произошла отъ сотрясенія ишиба мозга. Разрывы селезенки и сгустки крови въ нихъ позволяютъ заключить, что они произошли при жизни Ф—на, хотя отсутствіе болѣе или менѣе значительнаго кровоизліянія въ брюшную полость заставляеть думать, что дѣятельность сердца въ это время была уже крайне слаба, т. е. разрывы селезенки произошли въ самые послѣдніе моменты жизни. Къ сожалѣнію, въ протоколѣ вскрытія нѣтъ даже намека на состояніе мягкихъ частей вокругъ селезенки, равно какъ и на обстоятельства смерти Ф—на.

Случай 2-й (19 апрѣля 1870 г.). Отставной рядовой Ос—въ, тѣлосложенія умѣреннаго, питанія слабаго. Покровы тѣла желтоваты; лѣвая паховая область запачкана дегтемъ; кисти рукъ въ грязи; выше и ниже лѣваго колѣннаго сочлененія по одному небольшому темносинему пятну—съ кровоподтекомъ. На правомъ бедрѣ синеватое пятно съ двугривенный и два синихъ продолговатыхъ пятна,—всѣ съ кровоподтеками, Въ брюшной полости около

5 фунтовъ жидкой крови съ сгустками, — послѣднихъ больше около селезенки. „Селезенка чрезвычайно рыхла; въ hilus замѣтно углубленіе, покрытое сгустками, отъ котораго въ ту и другую сторону идутъ трещины... вся субстанція селезенки около hilus пропитана сгустками. Въ окружающихъ селезенку частяхъ (какъ со стороны реберъ, такъ и въ диафрагмѣ подъ брюшиной) темныя пятна съ подтеками въ разрѣзѣ“. Въ мягкихъ частяхъ спины въ области селезенки кровоизліяніе около 1½ д. въ длину и 1 д. ширины. Печень, почки, сердце и легкія цѣлы. Въ покровахъ головы надъ правой теменною костью небольшой кровоподтекъ, доходящій до кости. Кости черепа цѣлы; мозгъ блѣденъ.

Присутствіе травмы и въ этомъ случаѣ несомнѣнно, хотя здѣсь орудіемъ, повидимому, былъ предметъ тяжелый и плоскій, который дѣйствовалъ преимущественно на среднюю и отчасти на нижнюю часть туловища. Присутствіе грязи на рукахъ и помарки дегтемъ лѣвой паховой области даютъ основаніе заключать, не попалъ ли Ос—въ подъ телѣгу. Разрывы очень рыхлой селезенки несомнѣнно травматическаго и прижизненнаго происхожденія, въ чемъ особенно убѣждаютъ кровяные сгустки на мѣстѣ разрывовъ и вокругъ селезенки, скопленіе крови и сгустковъ въ брюшной полости и пятна съ кровоподтеками въ окружающихъ селезенку частяхъ, даже въ мышцахъ спины. Смерть несомнѣнно послѣдовала отъ внутренняго кровоизліянія. Свѣдѣній объ обстоятельствахъ случая также нѣтъ.

С л у ч а й 3-й (2 мая 1872 г.). Трупъ арестанта изъ рабочаго дома, — лѣтъ около 50. Кожа немного вяла блѣдно-желтаго цвѣта; слизистыя оболочки блѣдны; подкожный жирный слой слабо развитъ; трупное окочененіе сильное. На передней поверхности туловища, особенно около пупка, разбросано нѣсколько (13) петехій; вокругъ задняго прохода помарки жидкимъ каломъ.—Мягкая оболочка мозга мутна, отечна; мозгъ малокровенъ. Въ полости живота, влѣво отъ селезенки, кровяные сгустки, а въ полости малаго таза значительное количество кровянистой жидкости. Селезенка вдвое больше нормальной и до такой степени размягчена, что наощупъ не отличается отъ кровяныхъ сгустковъ, при выниманіи она распалась въ видѣ кашицы кирпичнаго цвѣта. „На мѣстѣ, соответствующемъ селезенкѣ, между ребрами и мышцами найдены были разбросанныя незначительныя кровоизліянія, въ видѣ несмывающихся пятенъ цвѣта крови, ограничивающихся только внутреннимъ слоемъ мышцъ, величиной въ лѣсной орѣхъ, числомъ 3“. Печень блѣдна, почки мутны, какъ-бы выварены. Желудокъ растянутъ пищевой кашицей. Лѣвое легкое блѣдно и раздуто, правое еще болѣе раздуто и въ разрѣзѣ въ высшей степени малокровно и сухо; сердце сильно увеличено, вяло, желудочки пусты.

Жидкая кровь съ сгустками въ брюшной полости и разбросанные кровоподтеки въ реберныхъ мышцахъ позволяютъ говорить о прижизненномъ травматическомъ разрывѣ, или, — вѣрнѣе, — разможженіи селезенки. Но, въ тоже время, отсутствіе какихъ либо слѣдовъ насилія на тѣлѣ покойнаго и незначительныя число и величина вышеупомянутыхъ кровоподтековъ между ребрами указываютъ на незначительную травму, — быть можетъ, также ударъ кулакомъ, что при чрезвычайной мягкости и рыхлости селезеночной пульпы, обусловленныхъ, вѣроятно, тифомъ (петехіи), а отчасти физиологическимъ (пищеварительнымъ) набуханіемъ селезенки, легко могло произвести подобное разрушеніе. Обдуцентъ также высказался за возможность травмы тупымъ орудіемъ, хотя изъ предварительныхъ свѣдѣній ничего не видно.

С л у ч а й 4-й (24 окт. 1880 г.). Трупъ мальчика лѣтъ 15. Покровы и особенно слизистыя оболочки блѣдны, трупныя пятна красноватыя на спинѣ. На лбу у наружнаго угла лѣвой глазницы мягкое красное пятно продолговатое, длиною около 1 сантим., съ кровоподтекомъ. Правый зрачекъ около 6, а лѣвый 2 миллиметра. Около мечевиднаго отростка сухія пятна, желтыя, безъ кровоподтековъ. Животъ вздутъ. На правомъ бедрѣ въ области шейки темное, мягкое, пятно „съ кровоподтекомъ давняго происхожденія“; такое же пятно, только меньше, и на лѣвой нижней конечности; кромѣ того, на нихъ находятся твердыя пятна желтаго цвѣта. Легкія блѣдны, въ разрывѣ „въ высокой степени малокровны“; мышцы сердца блѣдны. Кишки покрыты мелкими кровяными сгустками; въ маломъ тазу жидкая кровъ. Селезенка вынута осторожно послѣ выпиливанія реберъ; длина ея 21 сантим., ширина 14 и толщина 4 сантим., вѣсъ 590 grm. На внутренней ея поверхности 2 разрыва, — одинъ, идущій перпендикулярно и длиною 4 сантим., а другой, составляя съ первымъ прямой уголь, 3 сантим. длины. Края разрывовъ раздвинуты, глубина ихъ около 1 сантим.; изъ разрывовъ выступаетъ бурая, маркая мякоть селезенки. Капсула ея напряжена, а ткань въ высшей степени рыхла; печень и почки цѣлы блѣдны. Желудокъ наполненъ пищевой смѣсью; слизистая оболочка его и кишокъ блѣдна. „При самомъ тщательномъ осмотрѣ реберъ съ обѣихъ сторонъ, не замѣтно нарушенія ихъ цѣлости, а также не найдено было никакихъ кровоподтековъ“. Мягкіе покровы черепа чрезвычайно блѣдны, мозгъ и хориоидальное сплетеніе также.

Отсутствіе кровоподтековъ въ окружности селезенки и вообще знаковъ насилія на тѣлѣ могло подсказать заключеніе, что разрывъ сильно увеличенной и крайне рыхлой селезенки произошелъ здѣсь даже безъ насилія со стороны, а единственное свѣжее пятно у угла лѣваго глаза получило случайно при паденіи тѣла и т. п. Но присутствіе желтыхъ, твердыхъ (пергаментообразныхъ) пятенъ вбли-

зи мечевиднаго отростка, очевидно, образовавшихся на мѣстѣ ссадинъ, даетъ нѣкоторое указаніе на сдавливаніе живота твердымъ предметомъ. Жидкая кровь и сгустки въ брюшной полости и паразитическое безкровіе всѣхъ органовъ не оставляетъ сомнѣній въ прижизненномъ происхожденіи разрывовъ и смерти отъ внутренняго кровоизліянія. Довольно характерно расположеніе самыхъ разрывовъ. Обдуцентъ не далъ вполне опредѣленнаго заключенія о причинѣ разрыва, хотя и допустилъ возможность удара по животу. Судя по времени вскрытія и возрасту умершаго, можно думать, что это и есть случай изъ колоніи малолѣтнихъ преступниковъ.

С л у ч а й 5-й (вскр. 18 сент. 1881 г.). Трупъ мужчины лѣтъ 50. Покровы тѣла блѣдны, трупныя пятна слабо выражены и только на спинѣ; окочененіе сильное; кожа вялая, сухая; подкожный жирный слой слабо развитъ. Лицо сильно осунувшееся, носъ заостренъ. Слизистыя оболочки блѣдны; зрачекъ лѣваго глаза узокъ, правое глазное яблоко атрофировано. Около лѣваго угла рта темное, мягкое пятно около 3-хъ сантим. въ длину, съ кровоподтекомъ. Мягкіе покровы головы блѣдны и желтоваты. Въ продольной пазухѣ около 1 унціи довольно густой крови. Мозгъ плотенъ, бѣлое вещество его съ желтоватымъ оттѣнкомъ; на поверхности разрѣза его много кровяныхъ точекъ и полосокъ. Легкія малокровны. Сердце значительно увеличено; въ обоихъ желудочкахъ жидкая кровь и фибриновые сгустки. Ребра цѣлы. Около селезенки довольно плотные кровяные сгустки,—они вѣсятъ 50 grm. Селезенка вѣсомъ 950 grm, 5 вершковъ длиной и 3½ шириной; она твердая, въ разрѣзѣ красная, мальпигіевы тѣльца выступаютъ весьма рѣзко, капсула напряжена. На внутренней поверхности селезенки нѣсколько разрывовъ, два изъ нихъ довольно значительны, въ длину болѣе 4-хъ и въ глузину около 3-хъ сантим. Печень содержитъ немного крови. Въ желудкѣ около 1 унціи слизистой массы.

По свѣдѣніямъ отъ полиціи, покойный, Казанскій мѣщ. В—въ, найденъ лежащимъ на улицѣ, почему и отправленъ былъ въ больницу, но дорогой померъ. Обдуцентами предположена травма тупымъ орудіемъ, которая легко причинила разрывъ селезенки, измененной на почвѣ желчнаго тифонда (въ мальпигіевыхъ тѣльцахъ найдены были спирохеты Обермейера), при чемъ „быстрое наступленіе смерти при сравнительно небольшомъ кровотеченіи, объясняется крайне болѣзненнымъ состояніемъ субъекта“. На нашъ взглядъ, причина смерти В—ва скорѣе всего патологическая, а разрывъ селезенки представляетъ случайное осложненіе. Если бы не было обнаружено „довольно плотныхъ“ кровяныхъ сгустковъ около селезенки, то можно бы было допустить даже посмертный разрывъ, или, по крайней мѣрѣ, происшедшій во время агоніи,

напр., при паденіи В—ва, тѣмъ болѣе, что на тѣлѣ его нѣтъ и слѣдовъ насилія.

Случай 6-й (вскр. 4 окт. 1893 г.). Трупъ Нижегородскаго мѣщанина К—ва. 31 года. Покровы тѣла и слизистыя оболочки блѣдны; трупныя пятна не обильны фіолетоваго цвѣта; окочененіе сильное. Зрачки слегка расширены; на шеѣ и груди ничего особаго; животъ слегка вздутъ и стѣнки его зеленоваты. Мягкіе покровы головы довольно толсты. Мозгъ въ разрѣзѣ блѣденъ, влаженъ, красныхъ точекъ небольшое количество. Въ правомъ плевральномъ мѣшкѣ немного кровянистой жидкости. Желудочки сердца пусты. Въ брюшной полости, соотвѣтственно лѣвому подреберью, на сальникѣ большой и плотный сгустокъ крови, а также мелкіе сгустки между петлями кишекъ и жидкая кровь въ количествѣ (со сгустками) около 10 фунтовъ. „Селезенка сильно увеличена, чрезвычайно мягка, капсула напряжена. Длина селезенки 22 сантим., ширина 18 и толщина около 3-хъ сантиметровъ. Положенная на горизонтальную поверхность, селезенка легко расплывается; вѣсъ ея 805 граммъ. На внутренней поверхности селезенки, вблизи воротъ, капсула разорвана на протяженіи около 1 вершка. Между листками кѣвчатки, окружающей сосуда, разбросанные кровоподтеки. При разрѣзѣ селезенки ткань ея расплывается въ видѣ буроватой кашицеобразной массы“. Печень увеличена, содержитъ умѣренное количество крови. Въ желудкѣ около $\frac{1}{2}$ фунта пищевой смѣси, давшей реакцію на спиртъ.

По свѣдѣніямъ отъ полиціи, покойный занимался писаніемъ жалобъ и прошеній для народа и поэтому почти постоянно находился въ питейныхъ домахъ и жизнь велъ нетрезвую. 30 сентября, въ пьяномъ видѣ, зашелъ онъ въ одну изъ мелочныхъ лавочекъ, гдѣ поссорился съ хозяиномъ лавки и вступилъ съ нимъ въ драку. Послѣдній, будто-бы, вытолкалъ К—ва изъ лавки и билъ, даже лежачаго, гирькой. К—въ тутъ же былъ поднятъ безъ сознанія и отправленъ въ больницу, гдѣ онъ и померъ въ пріемной. Смерть несомнѣнно отъ внутренняго кровоизліянія вслѣдствіе травматическаго разрыва селезенки. Сомнѣній въ травмѣ быть не могло, потому что побои К—ву наносились на глазахъ постороннихъ лицъ, а слѣдовъ насилія на тѣлѣ, тѣмъ не менѣе, нѣтъ никакихъ. Рѣзкое патологическое измѣненіе селезенки, несомнѣнно благоприятствовало ея разрыву.

С л у ч а й 7-й (вскр. 9 окт. 1900 г.). Крестьянинъ лѣтъ 50, умѣреннаго тѣлосложенія. Трупныя пятна фіолетоваго цвѣта, обильныя, на спинѣ и конечностяхъ. Въ покровахъ головы кровоподтеки. Слизистая оболочка вѣкъ красна, а на губахъ синяго цвѣта; кончикъ языка ущемленъ между рѣзцами. Кости черепа пѣлы. Мозгъ полнокровенъ. Органы шеи ничего особаго не имѣютъ. Легкія раз-

дуть; на поверхности ихъ много мелкихъ темнокрасныхъ пятнышекъ (пятна Tardien); изъ бронхъ выдавливается буро-желтая густоватая масса. Въ желудочкахъ сердца по немногу темной жидкой крови. Печень цѣла, полнокровна. Вокругъ селезенки брыжжейка на протяжении около 10 сантим. пропитана темной кровью; сгустковъ крови въ брюшной полости нѣтъ. Селезенка мала; капсула ея на передне-верхнемъ концѣ вдоль разрыва сантиметра на 3 въ длину; мякоть селезенки выступаетъ изъ разрыва въ видѣ темно-красной мягкой опухоли, вообще же ткань ея суха и красновата. Почка цѣла.

Покойный, пьяный, выѣхалъ изъ Казани въ свою деревню въ ночь на 8 октября. На другой день онъ былъ найденъ въ оврагѣ подъ своей телѣгой (возомъ), которая однимъ концомъ лежала на его шеѣ и груди. Смерть произошла, по всей вѣроятности, отъ задушевія вслѣдствіе сдавленія шеи и грудной кѣтки упавшей съ высоты нагруженной телѣгой. Той же тяжестью, вѣроятно, выдавлена была пищевая смѣсь изъ желудка, которая при попыткахъ къ дыханію частью втянута была и въ дыхательные пути. Разрывъ селезенки произошелъ отъ той же причины, но самъ по себѣ едва ли бы могъ имѣть смертельный исходъ.

С л у ч а й 8-й касается вышеупомянутаго гимназиста, котораго товарищъ толкнулъ тетрадкой въ животъ, отчего онъ вскорѣ и померъ. На тѣлѣ покойнаго слѣдовъ насилія не было. Селезенка увеличена, мягка и разорвана; въ брюшной полости кровь. Бóльшихъ подробностей, къ сожалѣнію, привести не могу, такъ какъ не оказалось протокола вскрытія.

Итакъ, въ практикѣ Казанскаго судебно-медицинскаго кабинета въ теченіе 33-хъ лѣтъ было всего 9 случаевъ (вмѣстѣ съ описаннымъ въ началѣ) неосложненнаго разрыва селезенки.... Изъ нихъ въ 8-ми она была болѣе или менѣе увеличена и только въ одномъ мала, нормальна,—и это, какъ разъ, въ случаѣ сдавленія тѣла упавшимъ на дно оврага возомъ, т. е. при очень значительной травмѣ. Консистенція селезенки въ 7-ми случаяхъ мягка, даже была разъ кашицеобразной, и только въ двухъ плотна, при чемъ въ одномъ изъ послѣднихъ (случай 5-й) при значительномъ объемѣ органа, т. е. при хроническомъ его опуханіи.

При обсужденіи моментовъ, благоприятствующихъ разрыву селезенки, патолого-анатомы, хирурги и судебные медики вполне сходятся на мнѣніи, что селезенка, будучи увеличена и разрыхлена, при одновременной потерѣ эластичности въ капсулѣ, разрывается легко не только при грубомъ и значительномъ насиліи, но и при отраженномъ ударѣ, и даже вслѣдствіе легкаго толчка, паденія,

сотрясенія и даже при терапевтическомъ вмѣшательствѣ, какъ напр., при ощупываніи ¹⁾ и пробномъ проколѣ ²⁾ селезенки.

При злокачественной *intermittens*, напр., селезенка, „достигая объема въ три или четыре раза больше нормальнаго, сильно гиперемирована и размягчена, а иногда представляетъ мѣшокъ, наполненный темной кровянистой кашицей, при чемъ нерѣдко бываютъ инфаркты, а также произвольные „разрывы селезенки съ быстрымъ, смертельнымъ кровоизліаніемъ въ полость брюшины“ ³⁾.

Проф. Никифоровъ ⁴⁾ говоритъ, что разрывъ „болѣе легко наступаетъ въ селезенкахъ, увеличенныхъ какимъ-либо острымъ инфекціоннымъ процессомъ, какъ, напр., возвратной горячкой или перемежающейся лихорадкой.

По проф. Ивановскому ⁵⁾ „обильныя кровоизліанія въ полость брюшины происходятъ въ случаяхъ разрыва капсулы и прилежанія къ ней ткани селезенки при травматическихъ поврежденіяхъ (раненіяхъ, ушибахъ и сотрясеніяхъ) изрѣдка вслѣдствіе сильнаго растяженія капсулы при разбуханіи селезенки отъ активной гипереміи, сопровождающей инфекціонныя болѣзни“.

Тильмансъ ⁶⁾ признаетъ, что когда „селезенка переполнена кровью и увеличена, то достаточно уже такихъ незначительныхъ травматическихъ вліаній, какъ, напр., рвота или тяжелые роды, что бы обусловить разрывъ паренхимы ея“. Albert ⁷⁾ также находитъ, что „въ мѣстностяхъ, гдѣ опухоли селезенки наблюдаются часто, разрывы ея составляютъ отнюдь не рѣдкое явленіе; они происходятъ при этихъ условіяхъ подъ вліаніемъ сравнительно менѣе значительныхъ насилій“.

Гофманъ ⁸⁾ считаетъ „индивидуальную прочность органа имѣющей особенно важное значеніе при образованіи разрыва. Увеличенная и остро набухшая селезенка можетъ разорваться уже при незначительныхъ насиліяхъ, несравненно легче, чѣмъ нормальный органъ“. Тѣ же указанія находимъ и въ другихъ руководствахъ судебной медицины, напр., у Каспера, Шауэнштейна и др.

¹⁾ Никифоровъ. Основы патологич. анатоміи. Москва. 1900 г. т. II, стр. 20.

²⁾ Eilenburg. Реальная энциклопедія медиц. наукъ. Спб. 1896 г. т. XVII, стр. 713.

³⁾ Ziemsen. Руков. къ частной патологіи и терапіи. Перев. подъ ред. Лашкевича. Харьков. 1876 г. т. II, ч. I, стр. 526.

⁴⁾ Никифоровъ. Основы патологич. анатоміи. Москва, 1900 г. т. II, стр. 15.

⁵⁾ Ивановскій. Учебникъ частной патлог. анатоміи. Спб. 1898 г. стр. 233.

⁶⁾ Тильмансъ. Цитиров. раб. стр. 588.

⁷⁾ Albert. Учебникъ частной хирургіи. перев. Орѣчкина. Спб. 1899 г. т. II, стр. 20.

⁸⁾ Цитиров. учебникъ.

Поэтому, въ мѣстностяхъ, гдѣ господствуютъ лихорадки, (какъ у насъ въ Казани), или при эпидеміяхъ тифа, случаи травматическаго разрыва селезенки встрѣчаются чаще. Потому же и констатированные случаи такого разрыва преимущественно, если не исключительно, наблюдались на почвѣ патологически измѣненнаго органа. По вышеприведеннымъ даннымъ о поврежденіи селезенки, собраннымъ Майеромъ касающимся 116 случаевъ, разрывовъ здороваго органа было 23 ¹⁾. Изъ 348 случаевъ, приводимыхъ Беллинымъ въ 332-хъ селезенка патологически измѣнена ²⁾. Въ нашихъ случаяхъ 8 разъ отмѣчено патологическое состояніе селезенки, а именно: 7 разъ она увеличена и мягка и 1 разъ увеличена, но плотна.

При этомъ становится вполне понятнымъ, что въ сильно увеличенной и измѣненной селезенкѣ, помимо грубо травматическихъ, возможны разрывы, и при заурядныхъ сотрясеніяхъ тѣла, какъ чиханіе, кашель, рвота, быстрыя мышечныя напряженія и т. п., т. е. при такихъ условіяхъ, когда селезенка только сжимается между внутренностями, перемѣщающимися въ силу уменьшенія вмѣстимости брюшной полости. Благодаря, конечно, послѣднему обстоятельству, происходятъ разрывы патологически увеличенной селезенки и въ послѣдніе дни беременности, а также во время родовъ, что, напр., наблюдали Флитерманвъ и Кюстнеръ ³⁾ въ Петербургѣ во время эпидеміи возвратнаго тифа въ 1864 г. Рокитанскій ⁴⁾ наблюдалъ такіе, такъ называемые, произвольные разрывы селезенки больше всего при перемежающихся лихорадкахъ и брюшномъ тифѣ. Эйхгорстъ ⁵⁾ также говоритъ о произвольныхъ разрывахъ при остромъ припуханіи селезенки во время острыхъ инфекціонныхъ болѣзней (брюшной, сыпной и возвратный тифъ, болотная лихорадка, миліарный туберкулезъ).

Подходя къ обсужденію разбираемаго случая при такомъ освѣщеніи вопроса, мы уже можемъ увѣреннѣе высказаться относительно причинной зависимости между травмой и разрывомъ селезенки у Гр—вой. Слѣды насилія на ея тѣлѣ немногочисленны, мелки, съ незначительными кровоизліяніями и безъ поврежденія тканей тѣла и костей. Основываясь на свойствѣ этихъ поврежденій, безъ

¹⁾ Кёнигъ. Цитиров. соч. стр. 8;

²⁾ Цитиров соч. см. таблицы.

³⁾ Эйленбургъ. Реальн. энциклопедія, т. XVII, стр. 714.

⁴⁾ Рокитанскій. Руков. къ частн. патолог. анатоміи. перев. Москва. 1841 г. ч. 2-я, стр. 540.

⁵⁾ Эйхгорстъ. Руков. практич. медиц. перев. Говсѣва. Москва. 1900. т. II, стр. 748.

всякой натяжки, можно признать, что въ данномъ случаѣ побои были и они могли быть причинены легкимъ тупымъ орудіемъ, какъ напр., кулаками и босыми ногами и притомъ въ теченіе короткаго времени, напр., въ 3—5 минутъ. Въ предварительныхъ свѣдѣніяхъ есть,—правда,—указанія на то, что Гр—вой были нанесены побои, которые длились около $\frac{1}{2}$ часа. Но тѣ же слѣды насилія, особенно ихъ малочисленность, не могутъ подтвердить этого. Между тѣмъ, допустивъ продолжительность побоевъ, мы уже однимъ этимъ признаемъ за насиліемъ особенную его жестокость, составляющую одну изъ характерныхъ чертъ истязанія или мученія, что, какъ извѣстно, усиливаетъ степень виновности обвиняемаго и кары за вину.

Признаки истязанія, или мученія, въ нашемъ случаѣ дѣйствительно были заподозрѣны судомъ и проф. К. М. Леонтьеву былъ предложенъ судебной палатой вопросъ: „нельзя-ли считать побои, причиненные Гр—вой, мученіемъ“, на что онъ отвѣтилъ отрицательно.

Что касается кажущагося противорѣчія нашего мнѣнія съ предварительными свѣдѣніями и, между прочимъ, съ репортерской замѣткой, то судебнымъ врачамъ слишкомъ хорошо извѣстно, что всѣ подобныя свѣдѣнія, какъ и частныя пересуды, въ подробностяхъ часто грѣшатъ противъ дѣйствительности и страдаютъ преувеличеніямъ. Такъ, по упомянутой репортерской замѣткѣ, Гр—ва чуть не плавала въ крови, а изслѣдованіе ея трупа показало только слѣды незначительнаго кровотеченія изъ разсѣченной губы.

Допустивъ нанесеніе побой, мы должны отвѣтить на, обычно предлагаемые въ такихъ случаяхъ, вопросы: къ какому разряду отнести эти побои, т. е. считать ли ихъ согласно 1489 ст. Улож. о наказаніяхъ „тяжкими, угрожающими жизни опасностью“, или, наконецъ, подвести ихъ подъ ст. 1490, т. е. разсматривать какъ побои, послѣдствіемъ которыхъ была смерть. Въ послѣднемъ случаѣ виновный подвергается: „лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ въ каторжную работу на время отъ 8 до 10 лѣтъ“. Между тѣмъ ст. 1489 угрожаетъ виновному „лишеніемъ всѣхъ особенныхъ, лично и по состоянію присвоенныхъ, правъ и преимуществъ и ссылкой на житьё въ Сибирь или отдачей въ исправительныя арестантскія отдѣленія“. Можетъ быть, даже можно разсматривать побои Гр—вой, какъ тяжкіе, но „не подвергающіе жизнь обиженнаго опасности“ (ст. 1533)?

Причинная зависимость между побоями и смертью въ нашемъ случаѣ очевидна и несомнѣнна, и нельзя, конечно, считать легкими, или даже угрожающими жизни опасностью, такія поврежденія, вслѣдствіе которыхъ жизнь уже прекратилась, т. е. было бы абсурдомъ считать смертельное (по исходу) поврежденіе несмертельнымъ. При разрѣшеніи такихъ-то недоумнѣній судебному врачу

особенно необходимо помнить указанія Устава Судебной медицины, а именно статьи 1859—1862 и пунктъ 6-й статьи 1863, которыми требуется отличать поврежденія абсолютно смертельныя отъ условно или случайно смертельныхъ, т. е. такихъ поврежденій, которыя „не у всѣхъ, но только у нѣкоторыхъ людей и при ихъ особенныхъ обстоятельствахъ, оканчиваются смертью“ (ст. 1862). Въ ряду причинъ такой случайной смертельности, между прочимъ, указаны уставомъ разныя болѣзни и „болѣзненное состояніе внутренностей“ (ст. 1863 п. 6).

Руководствуясь этими статьями Устава судебной медицины, можно смѣло высказаться такъ: разрывъ селезенки, за которымъ послѣдовала смерть Гр—вой, долженъ быть разсматриваемъ, какъ поврежденіе „случайно смертельное“, такъ какъ селезенка ея была болѣзненно измѣнена, въ силу чего и представляла очень мало противодѣйствія травмѣ и весьма легко разрывалась, а слѣдовательно могла разорваться и отъ удара кулакомъ. Такъ заключить позволяютъ намъ обнаруженные при судебно-медицинскомъ изслѣдованіи тѣла Гр—вой, незначительные и немногочисленные наружныя слѣды насилія въ видѣ небольшихъ пятенъ, ссадинъ и ранъ съ кровоподтеками, небольшія кровоизліянія въ сальникѣ и подъ брюшиной при цѣлости реберъ и другихъ костей, но въ то же время сильно увеличенная (почти въ 3 раза) селезенка, съ очень мягкой и легко разрываемою тканью и чрезмѣрно напряженной ея капсулой.

Но если увеличенная и рѣзко измѣненная селезенка такъ удоборазрывается, то не могла ли она разорваться по смерти, напр., хотя бы при такихъ обстоятельствахъ: вслѣдствіе ударовъ по животу, особенно въ области желудка, Гр—ва умерла отъ тока или отъ сотрясенія мозга, но продолжавшимися ударами разорвана потомъ, т. е. уже у трупа, селезенка?

Не возражая ничего вообще противъ возможности подобныхъ случаевъ, въ частности, по отношенію къ разбираемому, допустить еѣ мы не можемъ, такъ какъ рѣзкое безкровіе органовъ и свертки крови въ брюшной полости говорятъ за прижизненное кровоизліяніе и лишь нѣкоторыя данныя вскрытія, какъ инъекція слизистыхъ оболочекъ дыхательныхъ путей, застойная гиперемія и отекъ нижнихъ долей легкихъ и венозный застой въ почкахъ, даютъ нѣкоторое основаніе думать, не было ли здѣсь одновременно и попытокъ удушенія, тѣмъ болѣе, что на губахъ обнаружены кровоподтеки и даже разрывы.

Судебнымъ слѣдователемъ для нашего случая, кромѣ всего былъ поставленъ еще приблизительно такой вопросъ,—не способствовало ли легкому разрыву селезенки опьяненіе и вообще нетрезвый образъ жизни Гр—вой. Считается возможнымъ, что катар-

ральное состояніе желудка и застойная гиперемія печени, свойственныя злоупотребленію алкоголемъ, благопріятствуютъ опуханію селезенки въ силу застоя въ ней крови, также какъ набухаетъ она и при наполненномъ пищей желудкѣ. А такъ какъ опуханіе, какъ уже мы видѣли, одинъ изъ главныхъ моментовъ, благопріятствующихъ разрыву, то и повторное опьяненіе, хотя посредственно, можетъ вліять на роковой исходъ. Кромѣ того, острое опьяненіе Гр—вой могло благопріятствовать летальному исходу еще и тѣмъ, что, опьянѣвши, она не могла оказать надлежашаго сопротивленія.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Случай симуляціи душевнаго разстройства ¹⁾.

В. С. Болдырева.

Еще въ XVII-мъ столѣтіи Павелъ Закхій, главный медикъ Папской области, высказалъ, что „нѣтъ почти ни одной болѣзни, которая такъ легко симулируется и такъ часто бываетъ притворною, какъ умопомѣшательство и вмѣстѣ съ тѣмъ, нѣтъ ни одной болѣзни, которую такъ трудно распознать, какъ умопомѣшательство“ ²⁾. Разбирая такой взглядъ на основаніи данныхъ, существующихъ въ литературѣ относительно частоты симуляціи, нельзя остановиться на чемъ-либо опредѣленномъ: одни авторы, напр. Schüle ³⁾, почти абсолютно отрицаютъ притворное помѣшательство, другіе-же, напротивъ, указываютъ на то, что симуляція душевнаго разстройства встрѣчается не особенно рѣдко; ужъ если находятся люди, которые, желая избавиться отъ воинской повинности, прибѣгаютъ къ искалѣченію, увѣчатъ себя, причиняютъ себѣ нерѣдко жестокія страданія, иногда прямо опасныя для жизни, то тѣмъ болѣе извѣстнаго рода субъекты, инстинктъ самосохраненія которыхъ затронутъ несравненно глубже, склонны къ симуляціи какаго-либо психоза; насколько каждый симулянтъ способенъ довести роль до конца, это другой вопросъ, но что пытаются симулировать сравнительно многіе—это фактъ, съ которымъ приходится считаться нерѣдко. Что-же касается легкости симуляціи, то достаточно привести мнѣніе Крафтъ-Эбинга ⁴⁾, чтобы дать надлежащую оцѣнку этому вопросу. Этотъ авторъ сравниваетъ симулянта съ актеромъ съ тою только разницею, что актеръ заучиваетъ готовую роль, а симулянтъ долженъ кромѣ того еще и

¹⁾ Сообщено въ научномъ собраніи врачей Казанской Округной Лечебницы 1-го марта 1900 года.

²⁾ А. Лоранъ. О притворномъ умопомѣшательствѣ.

³⁾ Schüle. Руководство къ душевнымъ болѣзнямъ.

⁴⁾ Krafft-Ebing. Судебная психопатологія.

создавать роль; какъ импровизиція душевнаго разстройства, такъ и выполненіе его требуютъ большаго умственнаго напряженія и если актеръ устаетъ послѣ нѣсколькихъ часовъ игры и требуетъ отдыха, то симулянтъ почти совсѣмъ не знаетъ отдыха: онъ долженъ непрерывно играть, ни на минуту не забывая, что за нимъ зорко слѣдятъ; онъ съ одной стороны всегда находится подъ вліяніемъ страха быть уличеннымъ въ притворствѣ, а съ другой стороны мысли его постоянно заняты предстоящимъ наказаніемъ въ случаѣ неудачнаго исхода симуляціи; находясь между этими двумя огнями, притворщикъ испытываетъ страшное напряженіе всѣхъ физическихъ и психическихъ силъ и поэтому неудивительно, что изнемогая, бываетъ не въ состояніи довести свою роль до конца; впрочемъ, какъ исключеніе, въ литературѣ упоминаются случаи, гдѣ симуляція длилась больше года и даже до 5 лѣтъ (случай Вернинье ¹⁾).

Если Закхій въ своемъ взглядѣ указываетъ на трудность распознаванія настоящаго умопомѣшательства, то распознать притворное, конечно, будетъ еще труднѣе. Правда, встрѣчаются случаи, гдѣ достаточно незначительнаго вниманія со стороны врача, чтобы открыть притворство, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ это бываетъ чрезвычайно трудно; докторъ Лоранъ ²⁾ въ своемъ руководствѣ говоритъ, что „бываютъ случаи, когда очень умные и одаренные большою силой воли люди становятся въ необходимость притворяться умалишенными и тогда они приводятъ въ затрудненіе и даже сбиваютъ съ толку самыхъ проникательныхъ наблюдателей“. Должно все таки думать, что степень трудности находится въ тѣсной зависимости съ интеллигентностью испытуемаго, съ его умственнымъ развитіемъ: чѣмъ развитѣе, тѣмъ искуснѣе и тоньше онъ будетъ симулировать; стоитъ припомнить случай проф. Н. М. Попова ³⁾, чтобы убѣдиться въ этомъ. Изъ всѣхъ субъектовъ, по тѣмъ или другимъ причинамъ и соображеніямъ стремящихся симулировать душевное разстройство, наибольшее число падаетъ конечно на долю людей, обвиняемыхъ въ тѣхъ или иныхъ преступленіяхъ: тягость наказанія, грозящаго за преступленіе, и позоръ заставляютъ ихъ прибѣгать къ такимъ приемамъ, благодаря которымъ они такъ или иначе могли-бы укрыться отъ приговора или по крайней мѣрѣ добиться смягченія кары; особенно заслуживаютъ вниманія тѣ случаи, когда симуляція производится субъектомъ, имѣющимъ то или

¹⁾ Annales medico-psychologiques 1853 г. Цитировано по статьѣ Н. М. Попова—случай притворнаго психическаго разстройства. Вѣстн. суд. мед. 1884 г.

²⁾ А. Лоранъ.—О притворномъ умопомѣшательствѣ, стр. 2.

³⁾ Н. М. Поповъ—случай притворнаго психическаго разстройства. Вѣстн. суд. мед. 1884 г.

иное специальное медицинское образование. Обь одномъ изъ случаевъ подобной категоріи я и намѣренъ доложить глубокоуважаемому собранію г.г. товарищей.

17-го іюня 1898-го года четырнадцатилѣтняя дѣвочка Василиса П., служившая нянькой за рублевое вознагражденіе въ г. Казани, въ Плетеняхъ, была нанята какимъ-то человѣкомъ, назвавшимся прикащикомъ купца Сахарова, на дачу послѣдняго тоже въ качествѣ няньки; условія были предложены очень заманчивыя, такъ что дѣвочка безъ особаго колебанія согласилась оставить старое мѣсто и пошла съ своимъ нанимателемъ къ новымъ хозяевамъ, проживавшимъ по его словамъ на дачѣ за Козьей слободой. Пройдя послѣднюю, прикащикъ завелъ дѣвочку въ казанскій городской общественный лѣсъ, гдѣ пользуясь глухостью и отдаленностью мѣста, повалилъ ее въ кусты, закрылъ ей ротъ платкомъ и изнасиловавъ ее, бросилъ одну въ лѣсу, а самъ скрылся. Дѣвочка кое-какъ добралась до своей матери, жившей въ Адмиралтейской слободѣ, и рассказала о томъ, что съ нею случилось; мать сообщила объ этомъ полиціи, которая и принялась за розыски преступника. Послѣдній былъ розысканъ 21-го іюня и оказался вовсе не прикащикомъ вымышленнаго купца Сахарова, а запаснымъ медицинскимъ фельдшеромъ Иваномъ Л., проживавшимъ въ Казани безъ опредѣленныхъ занятій. Онъ тутъ-же рассказалъ, что онъ искалъ дѣвушку для совокупленія и просилъ кухарку К. найти ему таковую; кухарка К. предложила ему Василису, за что и получила отъ него 50 коп. Онъ дѣйствительно завелъ обманомъ дѣвочку въ лѣсъ, но совокупленія съ нею не совершалъ, а поваливши на землю, разорвалъ ей дѣвственную плеву двумя пальцами; по его словамъ онъ и не могъ тогда совершать половыхъ сношеній, такъ какъ имѣлъ болѣзни: „триперъ, шанкеръ и бобоны“. Спустя 4 дня послѣ перваго показанія на новомъ допросѣ онъ передалъ обо всемъ совершенно иначе. По его словамъ кухарку К. онъ не только не просилъ искать ему дѣвушку для совокупленія, но даже и не зналъ ея совершенно до этого случая; съ Василисой-же онъ знакомъ былъ и раньше и пришелъ къ ней по ея-же просьбѣ, такъ какъ она не разъ будто-бы выражала желаніе прогуляться съ нимъ; въ то время когда она ушла одѣваться, ему попалась кухарка К., которая спросила, что ему нужно; чтобы не вызвать подозрѣнія, онъ и сказалъ, что ищетъ прислугу на дачу Сахарова, а когда вышла Варвара и отправилась съ нимъ, то вслѣдъ имъ кухарка К. сказала: „знаю, куда вы идете—гулять, а не на мѣсто“; видя, что она догадалась, въ чемъ тутъ дѣло, Л. далъ ей 50 коп., чтобы она ничего не говорила хозяевамъ. Далѣе онъ передалъ, что дѣйствительно они дошли до Кижичкаго монастыря, гдѣ узабора и расположились выпить захваченные имъ пиво и водку. Когда все выпили, то около 9 часовъ вечера верну-

лись домой. Тутъ онъ рѣшительно заявилъ, что совершенно не имѣлъ намѣренія совокупляться съ Василисой, тѣмъ болѣе, что былъ боленъ такими болѣзнями, на которыя онъ указывалъ и раньше на первомъ допросѣ. Отъ своего перваго показанія наотрѣзъ отказался, ссылаясь на то, что былъ тогда пьянъ и ничего не помнитъ; между тѣмъ Василиса на допросѣ заявила, что Л. предлагалъ ей 200 руб. съ тѣмъ, чтобы она прекратила дѣло.

Врачебная экспертиза констатировала какъ фактъ нарушенія у Василисы цѣлости дѣвственной плевы, такъ и зараженіе сифилисомъ; то и другое по мнѣнію экспертовъ совпадало съ моментомъ преступленія, виновникомъ котораго по всѣмъ уликамъ являлся Л.

Л. былъ помѣщенъ 23-го іюня въ тюрьму и находился въ тюремной больницѣ, гдѣ лечился отъ трипера и впоследствии открывшагося сифилиса. Въ тюрьмѣ онъ пробылъ болѣе 3 мѣсяцевъ и въ послѣднее время своего пребыванія сталъ обнаруживать безпокойство, раздражительность, отказывался отъ пищи, давалъ бессмысленные отвѣты на вопросы; такое состояніе его и заставило прокуратуру помѣстить Л. 14-го октября 1898 года въ Казанскую Окружную Лечебницу на испытаніе, при чемъ прокуратурой врачебному персоналу лечебницы по поводу испытываемаго предложены были слѣдующіе вопросы: 1) въ какомъ состояніи душевной дѣятельности испытываемый былъ во время совершенія преступленія, т. е. не проявлялъ-ли онъ въ то время признаковъ душевнаго расстройства и 2) представляетъ-ли испытываемый въ настоящее время признаки душевнаго заболѣванія.

Изъ анамнестическихъ свѣдѣній, полученныхъ относительно Л., извѣстно, что отецъ его былъ запойный пьяница и за грабежъ былъ сосланъ въ Сибирь; Л. по словамъ матери въ десятилѣтнемъ возрастѣ болѣлъ горячкой; во время этой болѣзни его испугалъ отецъ—онъ лишился языка и въ теченіе 5 лѣтъ ничего не говорилъ. Л. поступилъ въ Москвѣ въ техническую мастерскую Набръ-Гольца и былъ тамъ до призыва на военную службу. Повинность онъ отбывалъ въ Западномъ краѣ, гдѣ остался по окончаніи службы, получивши званіе запаснаго медицинскаго фельдшера; тутъ-же онъ и женился; обзаведясь семьей, поступилъ на Брестъ-Литовскую желѣзную дорогу машинистомъ, оставивъ профессию фельдшера, какъ менѣе доходную. Какъ жилъ Л. въ Брестъ-Литовскѣ, неизвѣстно, но года за 2 до преступленія онъ почему-то оставилъ жену съ дѣтьми и пріѣхалъ къ матери въ Казань, гдѣ почти не имѣлъ занятій, а предавался разгулу и пьянству.

При поступленіи въ Лечебницу у Л. можно было отмѣтить повидимому довольно рѣзкое пониженіе болеваго чувства, мѣстами почти до полного отсутствія; термическое чувство также повидимому было уничтожено: только прикосновеніе пробиркой съ горячей водой

на различныхъ мѣстахъ кожи испытуемый опредѣлялъ словами „немного тепло“, прикосновенія-же снѣгомъ по его словамъ онъ совершенно не чувствовалъ; тактильное чувство было сохранено; рефлекторная возбудимость была рѣзко повышена. Какъ въ пальцахъ вытянутыхъ рукъ, такъ и въ мышцахъ языка наблюдалось дрожаніе; кромѣ всего этого было констатировано съуженіе твердаго неба.

Л. пробылъ въ Лечебницѣ $\frac{1}{2}$ года. Первое время онъ представлялъ полную спутанность сознанія: говорилъ, что не знаетъ, гдѣ онъ находится, не могъ опредѣлить свой возрастъ, не въ состояніи былъ ориентироваться во времени, какъ-бы не понималъ, кто его окружаетъ, хотя въ случаѣ нужды зналъ, къ кому и зачѣмъ ему нужно обратиться: къ надзирателю, служителю, или къ ординатору. Приблизительно въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ онъ жаловался на присутствіе обмановъ органовъ чувствъ: слышалъ музыку, пѣніе, видѣлъ свою сожительницу Домну, которая по его словамъ часто приходила къ нему по ночамъ, бесѣдовала съ нимъ, жаловалась на свои муки въ темницѣ; одно время по словамъ Л. его ужасно пугали какіе-то черные люди, приходившіе къ нему въ комнату: головы у нихъ были шире туловища, глаза большіе съ продольными щелями, „зрачковъ нѣту, а всѣ глаза точно кровью налились“; отъ этихъ чудовищъ онъ ограждалъ себя молитвой и крестомъ.

Что касается памяти, то испытуемый проявлялъ значительное ослабленіе ея: не могъ припомнить, когда поступилъ въ Лечебницу, гдѣ и когда служилъ до этого, не могъ послѣдовательно передать различныя событія изъ своей жизни, давая напримѣръ такіа опредѣленія относительно времени: „не то весною, не то осенью, а можетъ быть и зимою“.

Испытуемый въ это время написалъ нѣсколько писемъ какимъ-то страннымъ своеобразнымъ почеркомъ, мѣшая русскія буквы съ латинскими.

Сонъ на первый взглядъ былъ рѣзко разстроенъ: испытуемый очень плохо спалъ ночи, но впослѣдствіи было замѣчено, что онъ достаточно спалъ днемъ.

Съ больными Л. въ общеніе не вступалъ и былъ какъ-бы погруженъ въ самого себя: былъ молчаливъ, задумчивъ, съ ординаторомъ рѣдко когда самъ заговаривалъ.

Несмотря на такое психическое состояніе и видимую подавленность настроенія, Л. не только не падалъ въ вѣсѣ, но напротивъ довольно замѣтно прибывалъ.

Только спустя 2 мѣсяца послѣ поступленія въ Лечебницу испытуемый сталъ какъ-бы приходить въ себя, могъ связно рассказывать кое-что изъ своей жизни, но и тутъ какъ-будто ему стоило

большихъ усилій припомнить то, что съ нимъ было, указать, напр., давно-ли онъ находится въ Лечебницѣ; онъ даже не выразилъ удивленія, зачѣмъ онъ попалъ сюда, не поинтересовался узнать, въ чемъ заключалось его заболѣваніе и если и передавалъ кое-что, то только тогда, когда ему напоминалось что-нибудь, напр., изъ галлюцинаторныхъ явленій; бредовыя-же мысли и нелѣпыя фразы, произнесенныя имъ за періодъ пребыванія въ Лечебницѣ, онъ абсолютно отрицалъ, говоря, что не можетъ быть, чтобы онъ могъ такъ говорить; рукописи, о которыхъ упоминалось выше, не признавалъ за свои, подписи въ различныхъ мѣстахъ слѣдственного дѣла различными почерками также не признавалъ своими и высказывалъ подозрѣніе, что это кто-либо росписывался, поддѣлывался подъ его руку. При разспросахъ о самомъ преступленіи испытуемый сначала твердилъ все, что на него наговорили, а потомъ уже не отрицалъ возможности совершенія его, указывая на то, что „все могло случиться по пьяному дѣлу“, но какъ это могло съ нимъ случиться и какъ происходило, онъ твердилъ, что ровнымъ счетомъ ничего не помнитъ; не помнитъ, какъ производилось слѣдствіе, какія показанія онъ тогда давалъ и т. д., зато все, что было раньше преступления и что не касалось его, онъ могъ рассказать довольно послѣдовательно и подробно, припоминая такія детали, безъ которыхъ можно-бы было и обойтись; при этомъ въ разговорѣ о преступленіи онъ всегда старается свести бесѣду на что-либо другое, лишь-бы только отвлечь вниманіе собесѣдника отъ этой темы, при чемъ и мимика и движенія представляютъ выраженіе какъ-бы невинности въ содѣянномъ и не вяжутся съ разговоромъ, который испытуемымъ старательно направляется лишь на постороннія детали прежней жизни, служебной обстановки и т. под.

Нравственный обликъ испытуемаго при дальнѣйшемъ его пребываніи въ Лечебницѣ еще болѣе выяснился: совершивъ какой-либо проступокъ, Л. никогда не сознавался въ немъ, а всегда ссыался на свою неспособность дѣлать дурное, на незнаніе и несмотря на явныя улики, представлялъ собою незаслуженно обвиненнаго, угнетенную невинность. Чтобы не упасть во мнѣніи администраціи Лечебницы, онъ на глазахъ служащихъ велъ себя очень скромно, но лишь только замѣчалъ ослабленіе надзора, сейчасъ-же совершалъ какой-либо проступокъ и опять оправдывался, опять ссыался на незнаніе, а самъ потихоньку грозилъ тѣмъ, которые рассказали о его непозволительныхъ поступкахъ.

Не зная съ одной стороны подробностей преступления и наблюдая испытуемаго чисто объективно, лишь какъ могущаго быть душевно-больнымъ, тѣмъ болѣе, что душевное расстройство у него проявилось уже въ самой тюрьмѣ, а съ другой слушая рассказы и заявленія испытуемаго о предшествующемъ злоупотребленіи алкоголемъ,

о несчастіяхъ въ семейномъ положеніи, неудачахъ въ жизни, о тѣхъ видѣніяхъ, которыя представлялись ему въ Лечебницѣ; по первому впечатлѣнію можно было думать о дѣйствительности подобныхъ явленій и субъектъ даже вызывалъ нѣкоторое сочувствіе со стороны врачебнаго персонала. Однако обращало на себя вниманіе отсутствіе должнаго соотвѣтствія между поведеніемъ больного и психическимъ его состояніемъ (явленія, подобныя случаю Н. Я. Смѣлова ¹⁾ и еще болѣе пришлось убѣдиться въ отсутствіи поступковъ и дѣйствій, свойственныхъ душевно-больному въ то время, когда испытуемый былъ вызванъ на освидѣтельствованіе къ судебному слѣдователю, гдѣ экспертомъ былъ какъ разъ одинъ изъ врачей Лечебницы: испытуемый, прекрасно знавшій этого врача, раньше бесѣдовавшій съ нимъ, говорившій съ нимъ обо всемъ наканунѣ своимъ обычнымъ тономъ, тутъ вдругъ быстро подбѣгаетъ къ нему, ухарски трясетъ его руку, представляетъ какъ-будто онъ съ нимъ въ большихъ пріятельскихъ отношеніяхъ, такъ-же обращается фамиллярно и къ судебному слѣдователю, болтаетъ наборъ словъ, но все это безъ всякаго соотвѣтствія съ данными душевнаго чувства. Въ послѣдующемъ проявленіи жизнедѣятельности испытуемаго при болѣе тщательномъ наблюденіи и объясненіи съ нимъ по существу онъ пересталъ уже заявлять о различныхъ грозныхъ и страшныхъ видѣніяхъ, но въ то-же время довольно рельефно сталъ проявляться упадокъ нравственныхъ понятій и представленій, стало замѣчаться стремленіе подговорить больныхъ создать какой-нибудь комplotъ, сдѣлать ч.-н. непервоначально и въ то-же время при служащихъ самому быть въ сторонѣ, а за глазами произносить брань и угрозы чуть не по адресу всѣхъ.

Представивъ болѣе или менѣе подробныя данныя въ проявленіи душевной дѣятельности испытуемаго за все время его пребыванія въ Лечебницѣ, постараемся теперь проанализировать нѣсколько тѣхъ какъ-бы ненормальности въ психической сферѣ его, которыя изложены нами выше.

Прежде всего нами указано было, что у испытуемаго наблюдалась глубокая спутанность сознанія времени, мѣста, собственной личности и окружающей обстановки; эта спутанность имѣла ту особенность, что Л., совершенно не разбираясь въ окружающей обстановкѣ, тѣмъ не менѣе хорошо зналъ, на примѣръ свою постель, дорогу въ клозетъ, въ столовую, свое мѣсто за столомъ; онъ повидимому различалъ ординатора отъ надзирателя, послѣдняго отличалъ отъ служителя.

Еще большее несоотвѣтствіе приходится отмѣтить между органами органовъ чувствъ и поведеніемъ испытуемаго. Было замѣ-

¹⁾ Н. Я. Смѣловъ. Случай притворнаго слабоумія. Невролог. вѣстн. 1897 г.

чено, что у Л. почти не измѣнялось выраженіе лица: оно было постоянно одно и тоже, а между тѣмъ онъ передавалъ такія ужасныя картины, рисовавшіяся ему, что трудно представить себѣ, чтобы въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно больной могъ ограничиться только тѣмъ, что прикрывалъ себя потихоньку одѣяломъ и выглядывая изъ-подъ него крестился, какъ это дѣлалъ нашъ испытуемый, когда къ нему являлись страшные люди, чтобы съѣсть его; онъ ни разу не крикнулъ, не позвалъ кого-либо на помощь, не искалъ защиты въ подобныхъ случаяхъ; мало того, галлюцинаторныя явленія у Л. по большей части были какъ разъ тогда, когда за нимъ никто не наблюдалъ; правда, онъ и въ присутствіи врача отдѣленія указывалъ на то, что онъ слышитъ оркестровую музыку за стѣной, но и тутъ должно замѣтить, что это были только слова, но ни мимика, ни движенія не выражали ровно никакого реактивнаго чувства.

Что касается ослабленія памяти у испытуемаго, то онъ и въ послѣдніе дни пребыванія не помнилъ того, что болѣе или менѣе было связано съ его преступленіемъ, а все остальное припоминалъ отчетливо.

Въ разрѣзъ съ психическимъ состояніемъ шло физическое его состояніе и сонъ. Та сосредоточенность, необщительность, угнетенное настроеніе, сопровождавшееся обманами органовъ чувствъ устрашающаго характера—все это не подорвало питанія, напротивъ Л. ѣлъ хорошо и прибывалъ въ вѣсѣ. Плохой сонъ по ночамъ приходилось ставить въ зависимость отъ галлюцинацій, но когда было замѣчено, что Л. спитъ днемъ, а часть ночи бодрствуетъ и когда на это было указано ему, то и по ночамъ появился сонъ уже вполне удовлетворительный.

Приглашенный въ собраніе врачей Лечебницы уже въ то время, когда онъ какъ-бы выздоравливалъ отъ бывшаго у него душевнаго расстройства, Л. продолжалъ держаться такъ-же, какъ и въ отдѣленіи и только присутствіе такого *cousilium*'а очевидно повліяло на него въ томъ смыслѣ, что онъ сталъ давать болѣе сбивчивыя и противорѣчивыя показанія и опять, лишь заходила рѣчь о преступленіи, онъ ссылался на свое обычное „я не знаю, я не помню“, все-же до преступленія и обстоятельства, не стояція въ тѣсной связи съ преступленіемъ онъ настолько помнилъ хорошо, что рассказывалъ о нихъ довольно подробно, стараясь именно на нихъ-то и остановить вниманіе разговаривающаго съ нимъ. Пониженіе чувствительности держалось все время, только къ концу было выражено не такъ сильно, какъ вначалѣ. Это явленіе съ одной стороны можно отнести конечно къ признакамъ дегенерациі даннаго субъекта, а съ другой—безъ сомнѣнія и къ проявленію той силы

воли и самообладанія, которыя имѣлись у Л. въ достаточной степени при изслѣдованіи.

Такимъ образомъ въ представленномъ нами случаѣ должно принять во вниманіе слѣдующее: 1) несоотвѣтствіе между психическимъ разстройствомъ и проявленіемъ его въ поступкахъ и дѣйствіяхъ; 2) отсутствіе соотвѣтствующей реакціи душевнаго чувства; 3) быющую въ глаза дѣланность якобы ненормальнаго поведенія при освидѣтельствованіи у судебнаго слѣдователя; 4) послѣдующее поведеніе испытуемаго съ данными значительнаго пониженія нравственныхъ началъ; 5) стараніе во что-бы-то ни стало уклоняться отъ непосредственной темы разговора заявленіемъ о незнаніи, забывчивости и пр., явленіе—про которое уже Касперъ ¹⁾ говорилъ, что „слѣдуетъ подозрѣвать притворство всякій разъ, когда субъектъ показываетъ, что совершенно не помнитъ дѣйствія, въ которомъ его обвиняють, но при этомъ сохранилъ отчетливо воспоминаніе о другихъ фактахъ“ наконецъ 6) прекращеніе испытуемымъ дальнѣйшаго проявленія обмановъ органовъ чувствъ, разстройства сна и пр., когда испытуемымъ было замѣчено въ этомъ отношеніи недовѣріе со стороны окружающихъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго относительно испытуемаго Л. наблюдавшимъ его врачомъ было дано заключеніе такого рода: 1) обстоятельства дѣла, свидѣтельскія показанія и пр. не даютъ ничего, что-бы говорило за то, что у испытуемаго Л. наблюдалось душевное разстройство во время совершенія преступленія; 2) какъ одинаково и за время пребыванія испытуемаго въ Лечебницѣ послѣдній не проявлялъ признаковъ душевнаго заболѣванія, но лишь старался его симулировать.

13-го апрѣля 1899 года испытуемый Л., по распоряженію прокурорской власти былъ переведенъ въ тюрьму.

Разумѣется очень возможно, что Л. какъ бывшій военный фельдшеръ, сталкивавшійся несомнѣнно во время своей службы въ госпиталѣ со случаями душевнаго разстройства, а можетъ быть даже и видѣвшій удачные исходы симулированія его, сталъ изображать душевное разстройство, при томъ настолько успѣшно, что первые шаги его въ этомъ направленіи прошли незамѣченными и только спустя одинъ мѣсяць, когда очевидно, онъ уже утомленъ былъ своею ролью, онъ сбился и сталъ на болѣе шаткій путь уловокъ и наивныхъ отговорокъ.

По всей вѣроятности Л. задумалъ симулировать уже съ первыхъ дней ареста и только потому далъ первое показаніе болѣе подходящимъ къ правдѣ, что былъ застигнутъ врасплохъ; дальше онъ уже дѣйствовалъ съ извѣстною осмотрительностью и тактомъ

¹⁾ А. Лоранъ. О притворномъ умопомѣшателствѣ, стр. 67.

въ цѣляхъ достиженія освобожденія отъ наказанія; вотъ почему, нужно думать, онъ разными почерками и подписывался въ дѣлѣ послѣ допросовъ.

Дѣло разбиралось лѣтомъ 1899 года и здѣсь Л., изображая угнетенную невинность, приготовилъ и выучилъ рѣчь къ присяжнымъ, рѣчь, наполненную жалкими словами, направленную къ тому, чтобы всѣ приняли въ немъ участіе, какъ страдающему напрасно, въ эту рѣчь, доказывая свою невинность, онъ вставилъ избитый анекдотъ о томъ, какъ трудно попасть тростью въ кольцо, которымъ водятъ по воздуху, тутъ-же онъ старался обратить вниманіе всѣхъ на его несчастную семью и мать, которую, какъ онъ плакался, „состарили не годы, а горе“; однако въ этой рѣчи нельзя было замѣтить и тѣни раскаянія, а напротивъ проглядывало лишь чувство ненависти къ той дѣвчкѣ, сидѣвшей тутъ-же, которой онъ привилъ такую тяжелую болѣзнь и которая продѣлала уже 3 курса специфическаго леченія.

О леченіи чувствительнаго дентина.

Д-ра мед. В. В. Николаева.

Безболѣзненно произвести операцію—было всегда завѣтной мечтой врача; то же вполне естественное желаніе побуждаетъ и зубныхъ врачей въ своей специальной практикѣ стараться не причинить больному боли. Дантистъ чувствуетъ себя вполне удовлетвореннымъ, если онъ настолько свѣдущъ, что, не обезпокоивъ больного, оказалъ необходимое пособіе по всѣмъ правиламъ искусства.

Но къ сожалѣнію, существуютъ такія условія, при которыхъ всѣ до сихъ поръ извѣстныя средства безсильны, и больной испытываетъ нестерпимую боль даже при очень осторожныхъ манипуляціяхъ врача.

Такъ извѣстно, что, при лѣченіи чрезмѣрно чувствительнаго дентина, больной подъ-часъ невыносимо страдаетъ, несмотря ни на какія предпринятія мѣры. Вслѣдствіе этого чрезмѣрная чувствительность дентина есть одно изъ величайшихъ препятствій къ подавію рациональной помощи въ зубоврачебной практикѣ.

Пациентъ приходитъ въ кабинетъ къ врачу съ просьбой выдернуть зубъ; зубъ иногда болить, иногда—нѣтъ. Врачъ осматриваетъ больного и рѣшаетъ, что зубъ можно еще сохранить, стоитъ только очистить его полость отъ каріозныхъ массъ и заломбировать. Далѣе, съ согласія больного, врачъ приступаетъ къ очищенію полости, но наталкивается иногда на повышенную чувствительность дентина: пациентъ совсѣмъ не въ состояніи перенести причиняемой ему боли, и изстрадавшійся, измученный или уходитъ изъ кабинета или проситъ немедленно выдернуть зубъ. Ни то ни другое нежелательно; въ терапіи чувствительнаго дентина поэтому было бы чрезвычайно цѣннымъ приобрѣтеніемъ указаніе на то сред-

ство, которымъ вѣрно устранялась бы болѣзненность чрезмѣрно чувствительнаго дентина.

Въ виду возможности оказать сильную помощь въ указанномъ направленіи, я сообщу одно изъ своихъ наблюдений надъ дѣйствіемъ кокаина на чувствительный дентинъ и постараюсь выяснить способъ его дѣйствія.

Для болѣе полного освѣщенія намѣченнаго вопроса приведу вкратцѣ нѣкоторыя анатомическія данныя о зубѣ и сообщу о тѣхъ мѣрахъ, какія нынѣ примѣняются для устраненія чувствительности дентина.

Кромѣ эмали и цемента плотную часть зуба представляетъ дентинъ, образующій свою массой большую часть зуба. Дентинъ (Лавдовскій. Микроскопическая Анатомія, т. II. 1888 г.) имѣетъ органическую основу, состоящую изъ сплетенія очень тонкихъ Эбнеровскихъ волоконцевъ и пропитанную фосфорнокислымъ кальціемъ и магнезійей, а также желѣзомъ и частью фторомъ. Въ дентинѣ огличаютъ зубныя трубочки или каналцы, направляющіеся или къ эмали или къ цементу. У концовъ дентинныхъ каналцевъ, обращенныхъ къ полости зуба, лежатъ одонтобласты посылающіе свои отростки—зубныя волокна. (Tomes'овскія.—*Philosophical Transactions*, 1856)—по системѣ зубныхъ трубочекъ. Внутренняя поверхность зубныхъ каналцевъ выстлана кожистой оболочкой (E. Neumann-*Beitrag zur Kenntniss des normalen Zahnbein- und Knochengewebes*. Leipzig. 1863). Зубныя трубочки, извиваясь и вѣтвясь, распадаются на тончайшіе каналцы, очень часто соединяющіеся между собой; на периферіи онѣ оканчиваются, расширяясь въ звѣздчатыя и колбообразныя щели, образуя такъ называемый интерглобулярный слой.

Что касается иннерваціи дентина, то относительно этого до сихъ поръ еще не сказано послѣдняго слова.

Нѣкоторые изслѣдователи находятъ необходимымъ допустить присутствіе въ дентинныхъ каналцахъ особыхъ нервныхъ нитей. На нихъ указалъ еще Fr. Boll (*Untersuchungen über die Zahnpulpa. Archiv f. Mikroskopische Anatomie*. Bd. 4. 1868), предположившій, что онѣ, можетъ быть, проникаютъ въ дентинъ по зубнымъ трубочкамъ, проводя отъ отростковъ одонтобластовъ; свое начало онѣ берутъ отъ волоконъ нервнаго сплетенія, раскинутаго подъ слоемъ одонтобластовъ.

Однако другіе изслѣдователи держатся иного взгляда. Лавдовскій, напр., высказывается въ своемъ учебникѣ въ томъ

смыслъ, что о дальнѣйшей судьбѣ отдѣльныхъ нервныхъ безмякотныхъ ниточекъ, достигшихъ слоя одонтобластовъ и проходящихъ въ промежуткахъ между ними; до сихъ поръ еще ничего положительнаго неизвѣстно: „крайняя чувствительность зубовъ, особенно при обнаженіи пульпы, способность дентина къ различенію температуры и къ нѣкоторымъ тактильнымъ ощущеніямъ могутъ быть объяснены присутствіемъ одного концевого нервного сплетенія на поверхности зубной мякоти. Извѣстно, наконецъ, что при скобленіи дентина даже больного зуба, кромѣ непріятнаго чувства, не ощущается особенной боли. Словомъ, мы хотимъ сказать, что нѣтъ особой необходимости предполагать нервы или, по крайней мѣрѣ, специфическія нервныя окончанія въ самой зубной кости. Узкій калибръ зубныхъ трубочекъ не допускаетъ того, чтобы въ нихъ могли быть какіе-нибудь спеціальныя нервныя снаряды.

Въ новѣйшемъ руководствѣ по гистологіи д-ра *Ladislau's a Szymonowicz'a* (*Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie*. 1901.) указано, что иннервація зуба идетъ исключительно со стороны пульпы: нервы входятъ въ пульпу нѣсколькими пучками, поднимаются по оси кверху, распадаясь въ то же время на волокна; эти волокна образуютъ сплетеніе, загибаются и, дойдя, наконецъ, до периферіи пульпы, теряютъ мякотную обкладку; дальнѣйшій ихъ путь въ видѣ тонкихъ безмякотныхъ нитей—въ промежуткахъ между одонтобластами, гдѣ онѣ свободно заканчиваются маленькими утолщеніями (*Retzius*). *Szymonowicz* указываетъ, что нѣкоторые авторы допускаютъ прониканіе безмякотныхъ нервныхъ волоконъ еще дальше—въ дентинные каналцы (*Boll, Römer*), и даже существуетъ взглядъ, что эти нервныя волокна иннервируютъ наружныя части зубного дентина и эмали (*Morgenstern*); но такіе выводы основываются явно на заблужденіи, утверждаетъ *Szymonowicz*.

Если по мнѣнію однихъ авторовъ необходимо, чтобы ощутить боль въ зубѣ, непосредственное воздѣйствіе механическихъ, термическихъ или химическихъ агентовъ на самое нервное волокно, идущее по дентинному каналцу, то по взгляду другихъ, не признающихъ находенія нервныхъ нитей въ дентинныхъ каналцахъ, уже раздраженіе отростковъ одонтобластовъ обуславливаетъ чувство боли вслѣдствіе передачи раздраженія съ отростка на самую клѣтку одонтобласта и на прилегающія къ ней нервныя нити, идущія отъ пульпы; такимъ образомъ, болевое ощущеніе возникаетъ въ сущности въ самыхъ чувствительныхъ нервахъ пульпы.

Послѣдняя теорія возникновенія боли въ зубѣ разработана еще неполно: никто не констатировалъ измѣненій въ отросткахъ и

самомъ тѣлѣ одонтобластовъ при раздраженіи ихъ или покойномъ состояніи, никто не видѣлъ ни удлиненія ни сокращенія одонтобластовъ, что, можетъ быть, происходитъ, и чѣмъ можно бы было объяснить передачу раздраженія съ одонтоблеста на нервное волокно. Необходимо, слѣдовательно, пока допустить извѣстную, даже довольно значительную подвижность (измѣняемость) протоплазмы одонтоблеста, и тогда повышенную чувствительность дентина можно объяснить состояніемъ отростковъ и тѣла одонтобластовъ въ случаяхъ той или иной стадіи и формы каріознаго процесса зуба, клиновиднаго дефекта или обнаженія дентина вслѣдствіе травматическаго инсульта.

При лѣченіи чувствительнаго дентина, какъ извѣстно, различаются два рода случаевъ: 1) когда произошла потеря защитительнаго покрова дентина вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ травматическихъ причинъ, и 2) когда дентинъ обнажился вслѣдствіе каріознаго процесса или другихъ патологическихъ явленій.

Въ первомъ случаѣ, чтобы уничтожить боль въ зубѣ, прибѣгаютъ къ прижиганію дентина концентрированнымъ растворомъ азотнокислаго серебра или гальванокаутеромъ; иногда пользуются для прижиганія карболовой кислотой, хлористымъ цинкомъ, азотнокислымъ серебромъ *in substantia*; также высушивание и двууглекислый натръ иногда оказываютъ усугуб.

Прижигающими средствами разрушаются поверхностные слои дентина и въ то же время образуется защитительный покровъ изъ свернувшихся при прижиганіи бѣлковыхъ веществъ.

Удача лѣченія этими средствами находится въ зависимости отъ того, какъ полно и глубоко произошло измѣненіе дентина и какъ долго будетъ держаться защищающій покровъ надъ остатками нормальнаго дентина.

Не буду долѣе останавливаться на разсмотрѣніи лѣченія чувствительнаго дентина, обнаженнаго вслѣдствіе травматическихъ инсультовъ, а перейду къ тѣмъ случаямъ, когда дентинъ обнажился вслѣдствіе каріознаго или другого патологическаго процесса и когда требуется для лѣченія зуба экскавировать полость. „Несомнѣнно, говоритъ про ф. В. Д. Миллеръ (Руководство консервативнаго зубоврачеванія. 1898), что боли, вызываемыя выскабливаніемъ чувствительнаго дентина, принадлежатъ къ наиболѣе мучительнымъ, и долгъ каждаго дантиста слѣлать эту операцію возможно переносимою для паціента“. И вотъ, съ цѣлю уменьшить страданія паціента отъ чувствительности дентина, зубные врачи примѣняютъ рядъ средствъ: 1) возможно полное осушеніе полости, подлежащей экскавированію (про-

пуская бумага, горячий воздух абсолютный алкоголь); высушивание считается наиболее совершенным, если поверхность полости приняла бѣловатый мѣлоподобный видъ; 2) примѣненіе при экскавированіи острыхъ инструментовъ, чѣмъ ускоряется работа и уменьшается давленіе на вещество, подлежащее удаленію 3) прижиганіе дентина жидкой карболовой кислотой (ac. carbol. liquefactum), хлористымъ цинкомъ азотнокислымъ серебромъ in substantia, мышьяковистой кислотой; кромѣ того рекомендуются: хлороформъ, насыщенный растворъ углекислаго калия въ глицеринѣ, сода, продолжительная повязка Fletcher'овскимъ искусственнымъ цементомъ, соли кокаина въ кристаллахъ и въ растворѣ, а также въ смѣси изъ acid. carbol. 1.0, ol. Caryophyllorum 1.0, Cocaini muriat. 0.5 и наконецъ, различныя анестезирующія средства, вызывающія ту или другую степень охлажденія.

Теперь рассмотримъ, какимъ образомъ достигается тѣмъ или инымъ рекомендованнымъ средствомъ уменьшеніе или полное уничтоженіе чувствительности дентина.

Если высушить экскавируемую полость до такой степени, что она приметъ мѣлоподобный видъ, то, надо думать, все высохнетъ въ дентинныхъ канальцахъ, будь тамъ одни отростки одонтобластовъ или вмѣстѣ съ нервами, послѣ чего конечно раздражимость тѣхъ или другихъ будетъ утрачена, почему и дентинъ сдѣлается нечувствительнымъ, между тѣмъ какъ мало-мальски влажный дентинъ чувствителенъ. Достигнуть абсолютной сухости дентина почти невозможно, такъ какъ очень трудно поставить зубъ въ такія условія, при которыхъ бы онъ не овлажнялся. Кромѣ того, чѣмъ суше будетъ какое-либо вещество, тѣмъ оно дѣлается гигроскопичнѣе, т. е. легче притягиваетъ влагу; осушенный дентинъ притягиваетъ влагу изъ окружающаго воздуха и еще овлажняется жидкостью, которая въ усиленномъ въ такихъ случаяхъ количествѣ поступаетъ въ дентинные канальцы изъ прилежащихъ сосудовъ пульпы. Въ этомъ затрудненіи осушить экскавируемую полость кроется причина, почему на практикѣ лишь въ исключительныхъ случаяхъ удается совершенно устранить чувствительность дентина его высушиваніемъ; по большей же части дѣло ограничивается лишь уменьшеніемъ болѣзненности зуба.

Осушая полость, иногда пользуются для этого абсолютнымъ алкоголемъ, при чемъ получаютъ лучшіе результаты отъ осушенія. Это явленіе объясняется дѣйствіемъ алкоголя на бѣлковыя вещества содержаемаго дентинныхъ канальцевъ, вслѣдствіе чего функція отростковъ одонтобластовъ (resp. нервныхъ волоконъ, если признавать ихъ въ дентинныхъ трубочкахъ) должна измѣняться

значительнѣе, чѣмъ отъ одного высушиванія: раздражительность понижается—боль уменьшается.

Рекомендуютъ примѣнять острые инструменты при экскавированіи чувствительнаго дентина. Само собою понятно, что чѣмъ острѣе боръ или экскаваторъ, тѣмъ легче прикосновеніе имъ къ зубу, тѣмъ меньшими частицами и быстрѣе можно удалить негодныя части зуба, почему меньше причиняемъ раздраженій больному, особенно если работать съ небольшими перерывами, такъ что больной успѣваетъ немного отдохнуть. Чѣмъ лучше инструменты и опытнѣе врачъ, тѣмъ легче производится операція, и думается мнѣ, совѣтъ примѣнять хорошіе инструменты долженъ распространяться на всѣ случаи работъ надъ зубами, а не относится только къ чисткѣ полостей при гиперестезіи дентина; исправность инструментарія необходимое условіе удовлетворительной работы.

Этимъ и ограничимся въ обсужденіи предлагаемой мѣры.

Для устраненія чувствительности дентина пользуются, какъ было упомянуто, лѣкарственными средствами, которыя можно раздѣлить на 3 группы: 1) прижигающія, 2) анестезирующія и 3) нейтрализующія кислоты, т. е. щелочи.

Примѣняя прижигающія вещества, можно произвести рядъ измѣненій въ поверхностныхъ слояхъ дентина или въ глубже лежащихъ частяхъ его или даже еще и въ самой пульпѣ, смотря по тому, къ какому изъ лекарьствъ мы прибѣгаемъ.

Карболовая кислота мало способна проникать вглубь по дентиннымъ каналцамъ, а производитъ свертываніе бѣлковыхъ веществъ лишь поверхностно лежащихъ частей, поэтому дѣйствуя на близъ лежащія части дентина, на отростки одонтобластовъ, карболовая кислота уничтожаетъ чувствительность дентина на очень ограниченномъ пространствѣ. Это представляетъ и выгоду и невыгоду. *Ac. carbolicum liquefactum* окончательно измѣняетъ структуру и свойство тѣхъ тканей, съ которыми соприкасается, почему было бы полезно, если бы ею сразу можно было подѣйствовать на всю толщ дентина, подлежащаго удаленію; но на самомъ дѣлѣ сдѣлать этого нельзя, такъ что при экскавированіи полости то и дѣло приходится задѣвать дентинъ, не тронутый карболовой кислотой, чѣмъ вызываешь у пациента сильнѣйшую боль; это невыгодная сторона примѣненія карболовой кислоты. Выгода ограниченаго дѣйствія разсматриваемаго средства состоитъ въ томъ, что при дѣйствіи карболовой кислоты на чувствительный дентинъ мы не затрогиваемъ феноломъ здороваго дентина, даже близко лежащаго, а также не вредимъ и пульпѣ, что чрезвычайно важно для дальнѣйшаго существованія зуба.

Практически дознано, что карболовая кислота при устранении чувствительности дентина служит обычно только паллиативомъ.

Азотнокислое серебро дѣйствуетъ такъ же приблизительно, какъ и феноль, тоже свертывая бѣлковыя вещества и оказывая свое воздѣйствіе лишь на мѣстѣ приложенія; слѣдовательно, значеніе этого средства въ терапіи чувствительнаго дентина должно быть одинаково съ карболовой кислотой.

Прижиганіе дентина гальванокаутеромъ необходимо отнести къ этому же разряду воздѣйствій: бѣлковыя вещества отъ жара свертываются на мѣстѣ прижиганія и образуютъ защитительный слой, безболѣзненный, а ниже, гдѣ жаръ не подѣйствовалъ, чувствительность остается. Слѣдовательно, все то же, какъ и при дѣйствіи феноломъ или азотнокислымъ серебромъ.

Хлористый же цинкъ и мышьяковистая кислота въ ряду прижигающихъ средствъ отличаются своей способностью проникать въ ткани какъ въ глубь такъ и въ стороны отъ мѣста, гдѣ произведено прижиганіе; эти вещества, такъ сказать, ползутъ, не теряя въ теченіе нѣкотораго времени своей прижигающей силы и, свертывая бѣлки, измѣняютъ всѣ ткани, съ которыми приходятъ въ соприкосновеніе. Вотъ этимъ свойствомъ и объясняется то, что при прижиганіи чувствительнаго дентина однимъ изъ этихъ средствъ, зубу всегда причиняется тяжелое поврежденіе: умерщвляется пульпа. Такой результатъ нежелателенъ и побуждаетъ врача въ большинствѣ случаевъ отказываться отъ примѣненія этихъ энергическихъ средствъ.

Углекислый калий, двууглекислый натръ и др. щелочи оказываются очень цѣнными средствами, если чувствительность дентина зависитъ отъ кислотности содержимаго полости рта; щелочи въ такомъ случаѣ нейтрализуютъ кислоту и такимъ образомъ устраняютъ раздражителей. Но очень часто еще и механическое воздѣйствіе и термическое вліяніе вызываютъ сильную боль и терестезированнаго дентина; тутъ уже щелочи не при чемъ и надо искать другихъ дѣйствительныхъ средствъ.

Такими иногда оказываются: анестезирующія, дѣйствующія холодомъ; хлороформъ и кокаинъ.

Что касается анестезирующихъ, вызывающихъ охлажденіемъ пониженіе чувствительности, то примѣненіе ихъ на зубахъ очень затруднительно и не всегда рационально.

Для примѣра рассмотримъ дѣйствіе хлористаго этила, вошедшаго въ зубоврачебную практику по настоятельной рекомендаціи Redard'a и почти вытѣснившаго всѣ остальные средства того же порядка.

При дѣйствіи на кожу или на зубъ, хлористый этиль въ первый періодъ своего вліянія вызываетъ очень сильную боль, боль эта тѣмъ сильнѣе, чѣмъ чувствительнѣе дентинъ. Такимъ образомъ, желая устранить боль, мы достигаемъ цѣли уже послѣ того какъ причинимъ пациенту еще большую. Это во всякомъ случаѣ нежелательно, но пожалуй, съ этимъ можно бы было примириться, если бы періодъ анестезіи былъ настолько продолжителенъ, что можно было бы успѣть выскоблить всю полость и приготовить ее для пломбировки; однако свойство хлористаго этила таково, что анестезія длится всего 1—2 минуты (проф. А. Мануиат—Основы терапевтики и фармакологіи) и для дальнѣйшей анестезіи приходится черезъ столь незначительный промежутокъ времени вновь примѣнять охлажденіе хлористымъ этиломъ. Кромѣ того, какъ узнаете моментъ, когда можно приступить къ операціи? Если анестезируемъ кожу, то поблѣдненіе ея, послѣ періода красноты и сморщиваніе кожи служатъ указателями для начала операціи. Не то на зубѣ. По вполнѣ понятнымъ причинамъ мы не имѣемъ тутъ этихъ опознавательныхъ признаковъ наступившей анестезіи и руководствуемся или привычкой, выработавшейся у врача, или исчезаніемъ болѣзненности отъ первичнаго охлажденія тканей и отсутствіемъ реакціи на раздраженіе, но нѣсколько раннее прикосновеніе къ дентину причиняетъ излишнія страданія больному, тогда какъ болѣе продолжительное замораживаніе дентина можетъ окончиться умерщвленіемъ пульпы. Вотъ сколько подводныхъ камней при употребленіи хлористаго этила для обезболиванія дентина.

Тѣ же препятствія встрѣчаются и при пользованіи другими средствами того же порядка, почему въ зубоврачебной практикѣ примѣненіе ихъ довольно ограничено.

Хлороформъ слабо устраняетъ чувствительность дентина, при мѣстномъ примѣненіи этого средства. Онъ дѣйствуетъ на нервы частью своими парами, каковыя, конечно, проникаютъ и до пульпы, частью же освобожденіемъ дентина и зубныхъ волоконъ вслѣдствіе своего свойства испаряться. Но свойство это все же ограничено, почему и хлороформъ, не причинивъ какого-либо вреда отросткамъ одонтобластовъ, въ то же время и не оказываетъ на нихъ сколько-нибудь значительнаго анестезирующаго дѣйствія.

Когда желаютъ устранить чувствительность дентина, чаще всего пользуются кокаиномъ, вполнѣ заслуженно пользующимся славою лучшаго мѣстно, анестезирующаго средства.

Въ прежнее время для этого, указываетъ проф. Миллеръ, пользовались 2%—3% растворомъ кокаина, а затѣмъ перешли къ примѣненію чистаго кокаина, отъ котораго несомнѣнно и получи-

лись наилучшіе результаты. Методика его примѣненія по Миллеру такова: „Я обыкновенно поступаю такимъ образомъ, что, обсушивъ хорошенько поверхность полости и вытеревъ послѣднюю концентрированной карболовой кислотой, ввожу туда кокаинъ *in substantia*, который тотчасъ же растворяется.

Нужно подвергнуть полость воздействию средства, по меньшей мѣрѣ, въ продолженіе 2—5 минутъ, и тогда во многихъ случаяхъ удастся устранить, хотя бы отчасти, чувствительность дентина. Но разъ желаютъ добиться болѣе совершеннаго эффекта, необходимо дать кокаину возможность дѣйствовать гораздо дольше. — Такое анестезированіе не только не исключаетъ, но даже дѣлаетъ необходимымъ, хотя бы частичную, предварительную подготовку полости, ибо кокаинъ никоимъ образомъ не въ состояніи проникнуть чрезъ очень глубокіе слои размягченнаго дентина. Большею частью я поступаю слѣдующимъ образомъ: я ввожу въ полость кокаинъ *in substantia*, засимъ кладу поверхъ ватный шарикъ, пропитанный концентрированной карболовой кислотой, и закрываю полость цементомъ Fletcher'a“.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кристаллическій кокаинъ оставляютъ на больномъ зубѣ сутки и даже больше, и послѣ того экскавированіе полости не сопровождается болью, между тѣмъ какъ ранѣе дентинъ отличался сильной болѣзненностью.

Разсматривая существующіе способы пользованія кокаиномъ для анестезіи дентина, остановлюсь на томъ, что боль устраняется при вышеописанной процедурѣ не однимъ кокаиномъ, а рядомъ мѣропріятій: высушиваніемъ дентина, прижиганіемъ его карболовой кислотой и, наконецъ, кокаиномъ; тѣмъ не менѣе способъ этотъ оказывается все же далеко не всегда успѣшнымъ, что объясняется совершенно правильно проф. Миллеромъ тѣмъ обстоятельствомъ, что кокаинъ не поступаетъ въ глубокіе слои дентина. Зависитъ это, разумѣется отъ свойства тѣхъ веществъ, въ какихъ при данныхъ условіяхъ растворяется кристаллическій кокаинъ. Ясно, что кокаинъ, послѣ осушенія полости, въ ней растворяется или въ карболовой кислотѣ, которую наносятъ для смазыванія полости, или же—въ той карболой кислотѣ, которая заключается въ ватномъ шарикѣ, прикрывающемъ кокаинъ въ полости; кромѣ того небольшое количество влаги, вѣроятно, выступаетъ изъ глубже лежащихъ не осушенныхъ слоевъ дентина и также служитъ къ растворенію кокаина. Уже было упомянуто, что карболовая кислота отличается своей малой проницаемостью въ ткани; жидкость, выступающая на поверхности полости, также въ этомъ отношеніи мало превосходитъ феноль, и поэтому кокаинъ, растворенный въ этихъ двухъ жидкостяхъ, слабо дѣйствуетъ на чувствительный дентинъ, какъ слабо

анэстезироваль и кокаинъ, примѣнявшійся ранѣе въ слабыхъ водныхъ растворахъ (2⁰/₀—3⁰/₀ растворъ).

Видимо, надо вводить въ экскавируемыя полости кокаинъ въ такихъ растворахъ, которые по свойствамъ самихъ растворяющихъ жидкостей отличаются способностью легко проникать въ ткани.

Относительно дентина извѣстно изъ гистологической техники, что онъ проницаемъ для спирта: погружая зубной шлифъ въ растворъ анилина въ спиртѣ, легко наполнить краской трубочки и видѣть ихъ такъ же хорошо, какъ и костные каналцы (Лавдовскій).

Въ *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, за сентябрь 1900 года, д-ръ I. Chaminade описываетъ простой и безопасный способъ безболѣзненно удалять мякоть и первы испорченныхъ зубовъ. Вся суть способа состоитъ въ пользованіи насыщеннымъ растворомъ кокаина въ абсолютномъ (?) алкогольѣ; этотъ же растворъ примѣняется и при удаленіи размягченнаго дентина и при леченіи костоѣды зубныхъ шеекъ. Авторомъ указывается большее преимущество алкогольнаго раствора кокаина передъ воднымъ, и оно состоитъ въ томъ, что первый быстро проникаетъ въ нервную ткань, тогда какъ второй этого свойства не имѣетъ: обезболивающее дѣйствіе алкогольнаго раствора объясняется тѣмъ, что онъ обезживаетъ мякоть или волоконца Tomes'a и пропитываетъ первые элементы кокаиномъ.

Указаніе д-ра I. Chaminade нѣсколько грѣшитъ въ объясненіи дѣйствія кокаина, онъ безусловно дѣйствуетъ и въ слабыхъ водныхъ растворахъ (1⁰/₀—2⁰/₀) на нервы и вызываетъ обезболиваніе, почему на мякоть можно бы было дѣйствовать и воднымъ растворомъ; если же алкогольный растворъ имѣлъ преимущество, то можетъ быть, это зависитъ отъ свойства абсолютнаго алкоголя сильно высушивать, мумифицировать пульпу. Кокаину здѣсь принадлежитъ очень незначительная роль, ибо д-ръ I. Chaminade хотя и бралъ насыщенные растворы, однако располагалъ лишь очень незначительными дозами кокаина, какъ извѣстно, весьма мало растворимаго въ абсолютномъ алкогольѣ. Сообщение д-ра Chaminade цѣнно, какъ давшее одну изъ руководящихъ нитей при подыскиваніи цѣлесообразныхъ дѣйствительныхъ растворовъ кокаина.

Кромѣ того каждому, пломбировавшему зубы, знакомо ощущеніе боли отъ дѣйствія карболовой кислоты и абсолютнаго алкоголя на дентинъ. При чемъ какъ въ первый разъ, такъ особенно при повторномъ примѣненіи того или другого средства замѣчаешь разницу въ продолжительности ощущенія боли при примѣненіи того или другого средства. Мнѣ самому пришлось на собственныхъ зубахъ убѣдиться нѣсколько разъ, что послѣ смазыванія дентина абсолютнымъ алкогольемъ испытываешь боль въ теченіе приблизительно 5—7 секундъ, тогда какъ при прижиганіи дентина крѣпкой

карболовой кислотой боль длится не болѣе 2 секундъ. Невольно возникаетъ вопросъ, почему такая разниѣа. И вотъ, зная отмѣченную выше малую проникаемость въ ткани карболовой кислоты и, наоборотъ, значительную способность алкоголя диффундировать и выполнять дентинныя трубочки, приходишь къ выводу, что разниѣа въ продолжительности ощущенія боли отъ спирта и фенола кроется въ различномъ прониканіи черезъ дентинныя каналыцы и различномъ распространеніи дѣйствія этихъ двухъ веществъ на одонтобласты. Карболовая кислота дѣйствуетъ по поверхности, между тѣмъ какъ алкоголь проникаетъ глубже и дѣйствуетъ все на новыя и новыя части ткани, что и обнаруживается болью.

Очевидно теперь, что если для растворенія кокаина взять не карболовую кислоту, а алкоголь, то кокаинъ вмѣстѣ съ своимъ растворителемъ-алкоголемъ будетъ хорошо проникать по дентиннымъ каналыцамъ и, проникнувъ до пульпы, анестезируетъ находящіяся здѣсь нервы.

Такое предположеніе оправдалось на самомъ дѣлѣ, когда я приготовилъ спиртовой растворъ кокаина и предложилъ испытать его дѣйствіе въ казанской зубоврачебной школѣ. Прежде всего предложенный растворъ былъ испробованъ на 3 моихъ зубахъ и всякій разъ съ большимъ успѣхомъ: дентинъ въ началѣ былъ очень чувствителенъ, легкое прикосновеніе инструмента къ дентину вызвало очень сильную боль, высушиваніе и прижиганіе дентина лишь очень мало понижали его чувствительность, тогда какъ послѣ примѣненія спиртового раствора кокаина чувствительность дентина совершенно пропала, и при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ никакой болѣзненности не ощущалось, такъ что ученица, пломбировавшая мнѣ зубы, совершенно не беспокоя меня, выскабливала полость, дѣлала въ ней необходимыя приспособленія для удерживанія пломбы, формировала ее, стерилизовала и высушивала, клала пломбу, и все это, повторяю, безъ малѣйшей боли. Лучшаго результата нельзя было и желать, почему я предложилъ нѣсколькимъ лицамъ испытать такой способъ пользованія кокаиномъ при леченіи чрезмѣрно чувствительнаго дентина, что и было испробовано во многихъ случаяхъ, число которыхъ было болѣе двухсотъ. Всѣ, примѣнявшіе предложенный растворъ кокаина, отзываются съ большою похвалою о его дѣйствіи на чувствительный дентинъ.

Испытаніе описываемаго способа производится еще со второй половины октября 1901 года и результаты были настолько хороши, что я позволилъ себѣ въ положеніяхъ, представленныхъ мною и разсмотрѣнныхъ въ Медицинскомъ факультетѣ 7-го декабря 1901 года, редактировать свое наблюденіе такимъ образомъ: „15%-ный растворъ солянокислаго кокаина въ 95°-номъ алкогольѣ—очень надежное средство для устраненія чувствительности дентина“.

Соотвѣтственно этому указанію кокаинъ можетъ быть прописанъ въ слѣдующей простой рецептурной формѣ:

Rp. Cocaini hydrochlorici 1,5.
Spiriti vini alcoholisati 10,0.
M.D.S. Для обезболиванія дентина.

Уже изъ вышеннеложеннаго ясно, что въ качествѣ растворителя нѣтъ никакой выгоды брать разведенный спиртъ, потому что чѣмъ больше въ немъ воды, тѣмъ труднѣе онъ проникаетъ черезъ дентинъ по направленію къ мякоти; съ другой стороны я не могу рекомендовать, какъ сдѣлалъ д-ръ Chaminade, пользоваться въ качествѣ растворителя абсолютнымъ алкоголемъ, потому что этимъ средствомъ слишкомъ сильно высушивается ткань, измѣняется и консервируется. Затѣмъ, абсолютный алкоголь энергично свертываетъ бѣлки, чѣмъ понижается его свойство глубоко пропитывать бѣлокъ—содержащія ткани. Вотъ на какомъ основаніи для обезболиванія дентина въ качествѣ растворителя кокаина примѣняется не разведенный спиртъ и тѣмъ болѣе не абсолютный такъ трудно получаемый, а—95°-ный, который и хорошо диффундируетъ и въ то же время въ тѣхъ количествахъ, въ какихъ онъ примѣняется для уничтоженія чувствительности дентина, не дѣйствуетъ пагубно на ткани зуба. Къ такому заключенію приходишь, испытывая рекомендуемый растворъ на больныхъ: проходитъ извѣстный, сравнительно небольшой, промежутокъ времени, и чувствительность въ зубѣ, на который подѣйствовали спиртовымъ растворомъ кокаина, восстанавливается; этимъ доказывается, что нервы и ткани пришли въ свое первоначальное состояніе, чего не могло бы быть, если бы spiritus vini alcoholisatus сильно измѣнялъ ткани.

Кокаина берется 15 частей на 100 частей спирта, потому что лучше пользоваться болѣе крѣпкимъ растворомъ кокаина, чтобы скорѣе обезболить дентинъ. Всегда достигая успѣха отъ раствора такой крѣпости, мы не пытались примѣнять болѣе крѣпкихъ растворовъ, потому что все же кокаинъ принадлежитъ къ средствамъ, не безразлично относящимся къ нервной системѣ. Болѣе слабые растворы, чѣмъ 15°-ный, можно примѣнять, но анестезія наступитъ не такъ быстро. Уменьшеніе концентраціи раствора можетъ идти лишь до извѣстныхъ границъ, потому что даже при пользованіи 15°-нымъ растворомъ на зубъ попадаетъ незначительное количество солянокислаго кокаина, не болѣе какъ 0,01; при слабыхъ же растворахъ кокаина попадетъ еще меньше. такъ что можетъ оказаться его недостаточно для обезболиванія.

Способъ пользованія растворомъ таковъ. Прежде всего слѣдуетъ осушить чувствительный дентинъ пропускной бумагой и горя-

чимъ воздухомъ, чтобы не было избыточнаго количества влаги на зубъ, иначе крѣпость алкоголя вмѣстѣ съ его диффузіонной способностью будетъ понижена. Осушивъ зубъ и защитивъ его отъ попаденія слюны, смачиваете въ рекомендуемомъ растворѣ кокаина небольшой шарикъ изъ гигроскопической ваты и кладете его на чувствительный дентинъ. Въ первые 2—3 секунды послѣ этого ощущается легкая болѣзненность въ зубѣ, зависящая отъ соприкосновенія отрошковъ одонтобластовъ и нервовъ съ алкоголемъ, но боль эта не сильна и быстро проходитъ, необходимо продержатъ на дентинѣ ватный шарикъ 5—7 минутъ, пока кокаинъ не подѣйствуетъ; иногда полезно бываетъ замѣнить ватный шарикъ новымъ, также смоченнымъ въ спиртовомъ растворѣ кокаина. На десны кокаинъ попадать не долженъ.

Если врачъ очень дорожить временемъ, то можетъ въ эти 5—7 минутъ лечить другой зубъ у того же или у новаго пациента.

Черезъ 5—7 минутъ обыкновенно наступаетъ анестезія дентина и пульпы, послѣ чего можно приступить къ выскабливанію размягченнаго дентина; боли не ощущаешь.

Періодъ анестезіи дентина при такомъ способѣ кокаинизаціи, какъ и при другихъ способахъ, длится отъ 10 до 15 минутъ; этого срока совершенно достаточно для маломальски опытнаго зубного врача, чтобы привести зубъ и его полость въ надлежащій для пломбировки видъ.

Изъ описанія способа видно, что и безъ того небольшое количество кокаина (0,01), наносимое на зубъ съ ватнымъ шарикомъ, далеко не полностью проникаетъ въ дентинные канальцы; большая же часть раствора, конечно, удерживается въ ватѣ, такъ что нечего опасаться смачивать ватный шарикъ, какъ можно, лучше: ни одного осложненія, характеризующаго даже слабое отравленіе кокаиномъ, пока не наблюдалось, такъ что я считаю совершенно безвреднымъ для организма 15₀/₀-ный растворъ кокаина при обезболиваніи чувствительнаго дентина, на что указываетъ и бывшая практика съ этимъ растворомъ.

Растворъ можетъ быть приготовленъ *ex tempore*, но можетъ и сохраняться въ запасѣ въ хорошо закрытомъ темнаго стекла пузыркѣ съ притертой стеклянной пробкой.

Всегда ли оказывается дѣйствительнымъ рекомендуемый растворъ, когда желаешь уничтожить имъ болѣзненность дентина?

Да, при всѣхъ чистыхъ случаяхъ гиперестезіи дентина растворъ до сихъ поръ оправдывалъ возлагавшіяся на него надежды, и полагаю, что и впредь не измѣнить, если примѣняющіе его будутъ тщательно слѣдовать даннымъ указаніямъ, и кромѣ того будутъ точно діагносцировать, зависитъ ли боль при выскабливаніи полости отъ одной гиперестезіи дентина или также къ этому еще присое-

диняется болѣзненность отъ насилія надъ зубомъ, пораженнымъ еще, напр., періостальнымъ процессомъ.

Въ послѣднемъ случаѣ, разумѣется, манипуляція при экскавированіи полости будутъ болѣзненны, хотя бы дентинъ былъ хорошо анестезированъ.

Въ заключеніе позволю себѣ подвести итоги вышеизложенному, кратко формулируя свои выводы:

1) 15⁰/₀-ный растворъ солянокислаго кокаина въ 95⁰-номъ алкогольѣ очень надежное средство для обезболиванія дентина.

2) При примѣненіи этого раствора обезболиваніе дентина наступаетъ черезъ 5—7 минутъ и продолжается 10—15 минутъ.

3) Примѣняя спиртовой растворъ, не нарушаемъ цѣлости здороваго дентина и пульпы и не измѣняемъ ихъ функціи, что составляетъ большое преимущество рекомендуемаго раствора.

4) Потеря времени зубнымъ врачомъ, при выжиданіи анестезирующаго дѣйствія раствора, вознаграждается болѣе быстрой совершенной и спокойной работой на нечувствительномъ зубѣ, и чувствомъ глубокаго удовлетворенія отъ сознанія исполненнаго въ отношеніи паціента долга, возлагаемаго на врача,—устранить или облегчить страданія больного.

Въ виду частаго желанія врачей замѣнить кокаинъ эйкаиномъ, я добавлю, что съ дѣйствіемъ эйкаина на чувствительный дентинъ намъ не прѣшлоось ознакомиться; но думаю, что эйкаинъ, вызывая расширеніе сосудовъ, можетъ обусловить появленіе болей въ пульпѣ впоследствии, т. е., когда періодъ анестезіи пройдетъ, а дѣйствіе эйкаина на сосуды еще не прекратится, еще будутъ существовать застойныя явленія, и впоследствии этого набуханіе мякоти можетъ сопровождаться болѣзненностью отъ механическаго сдавливанія нервовъ.

Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани въ аортѣ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ.

П. Я. Овчинникова.

На важное фізіологическое значеніе эластической ткани для организма указывали часто, съ нѣсколькихъ различныхъ точекъ зрѣнія. Это значеніе основывается прежде всего на физическихъ свойствахъ эластической ткани, изъ которыхъ на первое мѣсто выступаютъ ея упругость и растяжимость. Если отдѣльные авторы и высказывались противъ этихъ свойствъ ткани, впервые подвергнутыхъ сомнѣнію Гиртлемъ въ его „Руководствѣ къ анатоміи“¹⁾, а въ послѣднее время рѣшительно отрицаемыхъ Нескэмомъ²⁾, однако большинство авторовъ признавали и признаютъ упругость и растяжимость за несомнѣнные и основные признаки эластическихъ, упругихъ элементовъ. Съ точки зрѣнія этихъ физическихъ свойствъ упругая ткань является элементомъ вспомогательнымъ, механически дѣйствующимъ, съ одной стороны, при различныхъ проявленіяхъ двигательной силы самого организма³⁾ и съ другой—при дѣйствіи тяжести на него⁴⁾. Принимая во

¹⁾ Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. СПб. 1887. стр. 65.

²⁾ Quelques considerations sur la fonction des fibres élastiques de la peau. Ann. de dermatologie et de siphilogr. 1895 г. т. VI стр. 109—111. Цитир. по дле. М. Покровскаго.

³⁾ Cloquet. Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1836 г. т. I, стр. 16.

Balzer. Recherches techniques sur le tissu élastique. Arch. de physiologie normale et patholog. 1882 г. т. X, стр. 319—320.

Мельниковъ-Разведенковъ. Гистологическое изслѣдованіе упруг. тк. въ нормальн. и патол. измѣненныхъ органахъ. М. 1899 г. стр. 26.

⁴⁾ Virchow. Die Cellularpathologie. Berlin. 1871. стр. 134, 135.

Eulenberг. De tela elastica. Berlin. 1836 г. стр. 16.

вниманіе другое изъ физическихъ свойствъ упругихъ элементовъ—ихъ плотность,—Покровскій ¹⁾ вмѣстѣ съ Гиртлемъ и Grunn'омъ признають за основное значеніе эластической ткани то, что она, составляя внутренній остовъ для многихъ органовъ, придаетъ имъ устойчивость и тѣмъ помогаетъ сохранять относительное положение въ пространствѣ. Особенно это относится къ легкимъ ²⁾.

Другая точка зрѣнія на фізіологическое значеніе упругой ткани высказана въ качествѣ вѣроятнаго предположенія Virchow'омъ и стоитъ въ связи съ его представленіемъ о структурѣ эластическихъ волоконъ, какъ трубчатыхъ образований. Virchow предполагаетъ, что въ силу этой особенности строенія эластическія волокна могутъ участвовать въ передачѣ питательныхъ веществъ по органамъ ³⁾. Съ оригинальнымъ взглядомъ на функціональное значеніе эластическихъ элементовъ выступилъ въ 1889 году Галивъ ⁴⁾. Сдѣлавъ случайныя наблюденія, что желтая кровяная соль (или берлинская лазурь послѣ обработки препарата *ferrum sesquichlorato*) отлагается въ эластическихъ волокнахъ грануляціонныхъ поверхностей, и расширивъ эти наблюденія экспериментально въ томъ смыслѣ, что берлинская лазурь, при прижизненной инъекціи желтой кровяной соли, отлагается въ эластической ткани всего организма (кожа, отчасти, легкія, сосуды) Галивъ высказываетъ такое предположеніе. Эластическіе элементы между прочимъ служатъ временнымъ складочнымъ мѣстомъ для постороннихъ, вредныхъ, циркулирующихъ въ организмѣ веществъ, особенно когда послѣднія, въ силу неудовлетворительной дѣятельности выдѣляющихъ железъ (почекъ), не могутъ быть совершенно удалены изъ организма ⁵⁾.

¹⁾ Упругая ткань и ея измѣненія при различныхъ заболѣваніяхъ легкихъ. М. 1897 г. стр. 64—65.

²⁾ Чугаевъ. Матеріалы для изученія строенія органовъ дыхательнаго аппарата, стр. 68. Труды общ. научн. мед. и гиг. при Им. Хар. Ун. 1897 г. вып. 1.

³⁾ Cellularpath. стр. 132. 135; Ueber die Identität von Knochen-Knorpelzund Bindegewebs-Körperchen, sowie über Schleimgewebe, Würzburg. Bd. II.

⁴⁾ О прижизненной импрегнаціи эластическихъ волоконъ. Мед. Об. 1889 г. т. 31, стр. 1214—1224.

⁵⁾ Аналогичныя наблюденія имбибиціи и импрегнаціи эластическихъ элементовъ нѣкоторыми веществами, но гл. обр. въ мертвомъ состояніи тканей имѣются у Virchow'a (серебромъ. Cellularpath. 250—251 стр.); Recklinghausen'a (—серебромъ. Cellularpath. 250—251 стр.); Recklinghausen'a (—серебромъ. Die Lymphgefäße. ihre Beziehung zum Bindegewebe. стр. 59); Kölliker'a (—серебро. Его Руководство); Frey'a (карминъ—Histologie u. Histochemie. 1867. р. 247. цит. по Stricker'y—Handbuch d. Lehre v. d. Geweben. стр. 61); Wittich'a (—индиго—Arch. pathol. Anatom. Bd. X. р. 187. у Stricker'a); Blaschko (изслѣдованіе кожи людей, занимавшихся обработкой серебра. у Галина).

Что касается значенія эластической ткани въ сосудахъ, то главн. образ. ея присутствіемъ объясняется упругость сосудистыхъ стѣнокъ, играющая, какъ извѣстно, весьма важную роль въ процессѣ кровообращенія ¹⁾. Упругость—свойство сосудовъ, сохраняющееся даже послѣ смерти животнаго, при чемъ гніеніе нѣсколько повышаетъ эластичность сосудистой стѣнки ²⁾. Въ общемъ это свойство подчиняется (съ нѣкоторыми ограниченіями) физическому закону измѣненій упругости при растяженіи. Наблюденія повышенія упругости сосуда при гніеніи и сохраненіе этого свойства послѣ смерти заставляютъ признавать за той составной частью сосуда, которая отличается наибольшей устойчивостью, наибольшимъ сопротивленіемъ разрушающимъ вліяніямъ, и наибольшее значеніе. Нельзя сводить послѣднее къ одному, чисто механическому дѣйствию, такъ какъ подмѣчено многими авторами, что эластическая ткань способна къ возрожденію. Но дага, напр., наблюдалъ увеличеніе эластическихъ элементовъ въ стѣнкахъ варикозно расширенныхъ венъ ³⁾. Димитріевъ, при утолщеніи внутренней оболочки артерій находилъ разрастаніе упругой ткани ⁴⁾. О способности эластической ткани къ возрожденію упоминаютъ также Судакевичъ, Passarge, Kromajer, Мельниковъ-Разведенковъ и др. На этихъ свойствахъ зиждется значеніе эластич. ткани, какъ элемента, способствующаго функціи сосуда. Съ другой стороны, какъ плотная ткань, она служитъ остономъ, скелетомъ сосуда. На это особенно указываетъ Мельниковъ-Разведенковъ, говоря о значеніи эластической ткани въ кровеносной системѣ ⁵⁾. Таковы положительныя свойства эластической ткани. Можетъ быть, сюда же слѣдовало бы отнести указанную Галинымъ способность эл. элементовъ поглощать постороннія, циркулирующія въ организмѣ вещества. Но эта способность была бы положительною лишь тогда, когда воспринимаемыя вещества не оказывали бы на эластическіе элементы никакого вліянія. Между тѣмъ извѣстно, что эластич. ткань поддается дѣйствию нѣкоторыхъ веществъ, и нѣтъ ничего невѣро-

¹⁾ Кгеhl. Патологическая физиологія. СПб. 1900. стр. 46; Лукьяновъ. Основанія общ. патол. сосуд. системы. Варшава. 1893. стр. 81; Подвысоцкія. Основы общ. паталогіи. т. I. стр. III.

²⁾ Наблюденія Wertheim'a и Luck'a. У Лукьянова. 83 стр.

³⁾ Die Histologie der Varicen. Monatshefte für praktische Dermatologie. 1895. XX. Цит. по дис. Короповскаго.

⁴⁾ Die Veränderung des elastischen Gewebes der Arterienwände bei Arteriosclerose. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Allgemeinen Pathologie. 22 Bd. 1897 г. стр. 207—246.

⁵⁾ Op. cit. стр. 26.

ятнаго, что она можетъ подвергаться измѣненіямъ подѣ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ, вырабатываемыхъ патологически или веденныхъ извнѣ въ организмъ веществъ. Поэтому такое свойство можно поставить на границѣ между положительными и отрицательными свойствами. Но есть одно свойство, которое всецѣло принадлежитъ къ отрицательнымъ. Это-хрупкость ткани, на которую указывали многіе авторы ¹⁾. По отношенію къ сосудамъ это обстоятельство при извѣстныхъ условіяхъ можетъ оказать крайне вредное вліяніе.

Эластическая ткань, долго бывшая „гистологическимъ сфинксомъ“ для изслѣдователей, и теперь еще не вполне вышла изъ этого положенія какъ со стороны нормальной структуры и происхожденія, такъ и со стороны патологически происходящихъ измѣненій въ различныхъ формахъ гистологическихъ элементовъ. Мнѣнія авторовъ по вопросу о строеніи эластическихъ волоконъ распадаются на пять категорій. Одни признаютъ фибриллярное строеніе эластическихъ волоконъ (Räuschel, Valentin); другіе высказываютъ мнѣніе о поломъ, трубчатомъ строеніи упругихъ элементовъ ²⁾ (Virchow, Lewin ³⁾). Третьи высказываются за зернистую структуру эласт. волоконъ, напр., Cornil и Ranvier, который, употребляя обработку 1% осміевою кислотою, нашель, что въ эластическомъ волокнѣ зерна, наиболѣе преломляющія свѣтъ, чечевицеобразной, сферической формы, какъ бы погружены въ субстанцію, менѣе свѣтопреломляющую ⁴⁾. Четвертая группа авторовъ признаетъ сплошное и однородное строеніе эластическаго волокна, какъ, напр., Kölliker ⁵⁾, Toldt ⁶⁾. Авторы, относящіеся къ пятой категоріи, изъ которыхъ большинство употребляло при обработкѣ сильные реагенты, находятъ въ эластическомъ волокнѣ ту или иную слоистость, трещины, исчерченность и т. под. Таковы, напр., наблюденія Мюллера ⁷⁾, который, желая провѣрить находки Quekett относительно строенія эластическихъ волоконъ выйпой связки жираффы, нашель, что наблюденія этого автора стоятъ въ связи съ длительной мацерацией объекта въ нес-

¹⁾ М. Покровскій. *Op. cit.* стр. 18.

²⁾ Къ этому мнѣнію скептически относится Rollet. S. Stricker. *Handbuch d. Z. von d. Gew.* стр. 59—60.

³⁾ Berlin. *Klin. Wochenschr.* 1886. № 26.

⁴⁾ Ranvier. *Traité technique d'histologie.* Рус. пер. подѣ ред. Тарханова. Спб. 1877. стр. 386—388; оригиналь, стр. 278.

⁵⁾ *Handbuch der Gewebelehre des Menschen.* Leipz. 1867. стр. 70.

⁶⁾ *Lehrbuch der Gewebelehre.* Stuttgart. 1877. стр. 109.

⁷⁾ Ueber die elastischen Fasern im Nackenband der Giraffe. Цит. по дис. Гарднера.

терильной водѣ, что при этого рода обработкѣ эластическія волокна обнаруживаютъ поперечную исчерченность или поперечныя трещины. Ewald ¹⁾, при мацерациі эластическихъ элементовъ, наблюдалъ концентрическую слоистость волокна. Судакевичъ ²⁾ высказывается за неодинаковую плотность эластическаго волокна по діаметру; онъ различаетъ болѣе стойкую периферическую и менѣе стойкую центральную часть. При обработкѣ эласт. элементовъ 35% КОН и крѣпкими кислотами, онъ находилъ въ волокнахъ крупничатость, трещины ³⁾. Ebner ⁴⁾ употреблялъ для обработки азотную кислоту въ смѣси съ бертолетовой солью Schwalbe ⁵⁾—35% КОН.; Pfeuffer ⁶⁾ подвергалъ эластические элементы дѣйствию трипсина. Первые два подмѣтили разность структуры центра и периферіи волокна, а Pfeuffer наблюдалъ поперечныя и продольныя трещины. Проф. Schifferdecker ⁷⁾ склоняется къ мнѣнію авторовъ послѣдней категоріи и рѣшительно отрицаетъ фибриллярное строеніе эластическихъ волоконъ. За болѣе вѣроятное онъ признаетъ мнѣніе Schwalbe. Гарднеръ—авторъ одной изъ послѣднихъ работъ о строеніи эластической ткани ⁸⁾—принадлежитъ къ четвертой группѣ авторовъ по взгляду на структуру развитаго волокна,—онъ признаетъ его сплошнымъ и однороднымъ. Но наблюденія надъ гистогенезомъ эластической ткани привели его къ выводу, что эластическое волокно слагается изъ фибриллей, каковая структура у высшихъ животныхъ обнаруживается лишь въ эмбриональномъ состояніи, у низшихъ же сохраняется и въ зрѣлыхъ формахъ ⁹⁾. Въ свою очередь фибриллы образуются путемъ сліянія изъ мельчайшихъ отложеній, появляющихся въ клѣткахъ, предобразующихъ то или иное строеніе ткани своимъ расположеніемъ ¹⁰⁾. Обработка элементовъ сильно дѣйствующими веществами дала автору распаденіе эластическихъ волоконъ на фибриллы ¹¹⁾.

1) Zur Histologie und Chemie des elastischen Fasern u. des Bindegewebes. Цит. по руков. Шиффердеккера.

2) Op. cit. стр. 17—18.

3) Ibid. стр. 21

4) Ueber den Bau der Arterienwand цит. по Гарднеру.

5) Beiträge zur Kenntniss d. elastisch. Gewebes. Тамъ же.

6) Die elastisch. Fasern... Arch. f. mikrosk. Anatom. Bd. XVI.

7) Руководство нормальной гистологии. Общая часть. Перев. Часовникова. М. 1894 г. стр. 232—234.

8) Къ вопросу о гистогенезѣ и строеніи эластической ткани. М. 1897 г.

9) Стр. 175—176. 178. 206—207.

10) Стр. 112. 133—139. 148—152.

11) Стр. 178—179.

Loisel, работа котораго ¹⁾ вышла въ одинъ годъ съ трудомъ Гарднера, не рѣшается высказать опредѣленно о структурѣ взрослыхъ эластическихъ элементовъ.—Соотвѣтственно невыясненности строения эластическихъ волоконъ, какъ элементовъ ткани, нѣтъ опредѣленнаго взгляда на структуру болѣе сложнаго эластическаго образованія—эластическихъ пластинокъ, т. наз. *membranae fenestratae*. Нѣкоторые авторы говорятъ о нихъ, какъ пластинкахъ отчасти совершенно гомогенныхъ, иногда же слегка струйчатыхъ, полосатыхъ ²⁾. Гарднеръ на основаніи препаратовъ артерій зародыша теленка, дѣлаетъ заключеніе, что общій принципъ сложнаго эластическихъ образованій изъ фибриллей, волоконецъ и волоконъ выдержанъ и здѣсь. Дѣйствительно, представленный имъ рядъ рисунковъ вполне убѣдительно подтверждаетъ его мнѣніе ³⁾. Выясненіе строения органовъ, конечно, всегда лучше удастся и заслуживаетъ несомнѣннаго вѣроятія при изслѣдованія эмбріональнаго развитія ихъ. Тѣмъ не менѣе, насколько примѣнимъ и достовѣренъ принципъ разрушенія тканей по типу ихъ образованія, картины, видѣнныя мною, могутъ подтвердить это мнѣніе. Въ очень многихъ препаратахъ эластическихъ пластинъ аортальной стѣнки, въ косвенныхъ и отчасти продольныхъ срѣзахъ, мнѣ удавалось видѣть, что пластинка не кажется сплошнымъ образованіемъ, а состоитъ изъ прилежащихъ другъ къ другу болѣе или менѣе близко рядовъ волоконъ. Особенно рѣзко подобное явленіе выступаетъ на краяхъ срѣза пластинки, которые представляются не гладкими, а бахромчатыми, щеткообразными. На эту же мысль наводятъ и другія картины распада эластич. пластинъ.

Изъ выясненнаго выше фізіологическаго значенія эластической ткани яснымъ становится и все патологическое значеніе для организма возможныхъ нарушеній какъ ея структуры, такъ физическихъ свойствъ и химическаго состава. А что эти нарушенія возможны, показываетъ намъ длинный рядъ изслѣдованій. Мы видѣли уже, что нѣкоторые способы обработки эластической ткани отзываются на столь повидимому устойчивыхъ элементахъ ея,—они могутъ подвергаться какъ бы нѣкоторымъ нарушеніямъ въ строеніи: перестаютъ казаться однородными, сплошными, одинаково преломляющими свѣтъ и т. дал. На то же самое указываютъ изслѣдованія эластическихъ элементовъ послѣ воздѣйствія на нихъ механическихъ насилій внѣ организма. Механическія воздѣйствія ведутъ прежде всего къ нарушенію расположенія эластической ткани въ данномъ органѣ. Ebergardt, при растяженіи артерій

¹⁾ Formation et évolution des éléments du tissu élastique. Journal de l'anatomie et de la physiologie norm. et path. 1897 г. № 2, стр. 154—158.

²⁾ Toldt. Op. cit. 110 стр.; Schifferdecker. ib. 231.; Лавдовскій. Основанія къ изученію микр. анат. СПб. 1887. 226 стр.

³⁾ Гарднеръ. Op. cit. 201—202 стр.

воздухомъ подѣ давленіемъ ртутнаго столба въ 32 mm., находилъ отсутствіе извилистости tunicae elast. internae ¹⁾. Малковъ. раздавливая отсепарованныя артеріи пинцетомъ и подвергая пораненную часть изслѣдованію, нашелъ неправильное расположеніе elasticae internae и эластическихъ пластинъ mediae. Подобныя явленія найдены имъ и при растягиваніи сосудистыхъ стѣнокъ растворомъ NaCl подѣ давленіемъ 2 атмосферъ ²⁾. Дѣло можетъ дойти даже до разрыва крупныхъ эластическихъ образований, что наблюдалъ тотъ же Малковъ надъ эластическими пластинками, а надъ отдѣльными волокнами, Гарднеръ ³⁾. Zwingmann ⁴⁾ въ аортѣ, подвергнутой инъекціи подѣ сильнымъ давленіемъ, находилъ въ эластическихъ пластинкахъ оригинальное явленіе—перерывъ въ окраскѣ—и назвалъ это псевдосегментацией. Gerlach описываетъ болѣе детальное структурное измѣненіе отдѣльныхъ волоконъ подѣ вліяніемъ механическаго насилія—именно, пилообразную зубчатость ⁵⁾.

Что касается теперь измѣненій эластическихъ волоконъ въ организмѣ, то въ этомъ отношеніи наблюденія касаются различныхъ органовъ и различныхъ процессовъ. Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить два экспериментальныхъ наблюденія Судакевича и Рѣдъкина. Первый ⁶⁾ подвергалъ эластическую ткань (lig. nuchae) вліянію гноя въ живомъ организмѣ и находилъ разнообразныя измѣненія эластическихъ волоконъ, совершенно аналогичныя тѣмъ, какія онъ имѣлъ при обработкѣ эласт. ткани различными реагентами. Второй ⁷⁾ асептически вводилъ кусочки артерій подѣ кожу животнымъ и наблюдалъ измѣненія эластическихъ элементовъ стѣнки, гл. обр., подѣ вліяніемъ инъльтраціи ея лейкоцитами. Эти измѣненія вполнѣ соотвѣтствуютъ измѣненіямъ эласт. ткани въ стѣнкѣ артеріосклеротическихъ сосудовъ.

Совершенно аналогичною этимъ экспериментальнымъ наблюденіямъ является патолого-анатомическая находка Судакевича

¹⁾ Ueber die sogenannten körnigen Zerfall und Querzerfall der elast. Fasern u. Platten... Цит. по дис. Короповекаго.

²⁾ Malkoff. Ueber die Bedeutung der traumatischen Verletzungen von Arterien (Quetschung, Dehnung) für die Entwicklung der wahren Aneurysmen und der Arteriosclerose. Beiträge z. path. An. u. z. Allg. Path. Bd. 25 стр. 438—444.

³⁾ Op. cit. стр. 187.

⁴⁾ Das elast. Gewebe d. Aortenwand. u. Seine Veränderungen bei sclerose u. Aneurysma. Dorp. 1891 г.

⁵⁾ Гарднеръ. ib. стр. 18.

⁶⁾ Op. cit. стр. 21.

⁷⁾ Рѣдъкинъ. Объ измѣненіи эластической ткани артерій, пораженныхъ аневризмою и склерозомъ. СПб. 1890. стр. 40.

относительно вліянія гигантскихъ клѣтокъ на эластическія волокна ¹⁾, которую онъ сдѣлалъ при изслѣдованіи случая т. наз. Сартской болѣзни—„папа-хурдзы“ (по мнѣнію автора, инфекціонная гранулема) и люповныхъ разрощений. Въ томъ и другомъ случаѣ Судакевичъ нашелъ, что эластическое волокно, захваченное гигантомъ, постепенно измѣняется, сначала теряя способность окраски, потомъ измѣняя контуры, пока, сморщившись и распавшись, совершенно не исчезнетъ въ вакуоль гиганта. Въ противорѣчій съ наблюденіемъ Судакевича, стоитъ наблюденіе М. Покровскаго ²⁾, который при изслѣдованіи эластической ткани въ туберкулезномъ легкомъ не находилъ захватыванія эластическихъ волоконъ гигантскими клѣтками.

Измѣненія эластическихъ волоконъ кожи находили многіе авторы. Измѣненія эти могутъ быть какъ морфологическими, такъ и измѣненіями химическаго состава ткани (U n n a ³⁾). Морфологическія измѣненія наблюдаются какъ при разрушительныхъ процессахъ, такъ и подъ вліяніемъ давленія. Въ первомъ случаѣ наблюдается распадъ эласт. элементовъ, во второмъ—атрофія (Meissner ⁴⁾). Эластическія волокна старческой кожи могутъ обнаруживать слабость окраски въ верхнихъ слояхъ cutis, ихъ сѣти дѣлаются менѣе ясными, сами волокна болѣе извиваются, гіалиново или коллоидно перерождаются, то утолщены, то истончены, иногда подвергаются зернистому распаду (Schmidt ⁵⁾, Орбантъ ⁶⁾, Мечниковъ ⁷⁾).

Эластическая ткань легкихъ нерѣдко подвергается измѣненіямъ при многихъ болѣзненныхъ процессахъ. Основнымъ измѣненіемъ вездѣ выступаетъ потеря способности окрашиваться обычными красящими веществами (при крупозномъ воспаленіи легкихъ, нагноеніи, бугорчаткѣ, сифилисѣ и др.), а дальнѣйшими измѣне-

¹⁾ Гигантскія клѣтки и эластическія волокна. Мед. Об. 1888 г. т. 30 стр. 858—865.

²⁾ Op. cit. стр. 153—154.

³⁾ U n n a. Elastin und Elacin. Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1894. XIX.

Короповскій. Къ вопросу объ измѣн. эл. ткани въ арт... Спб. 1899. 19—23.

⁴⁾ Ueber elastische Fasern in gesunder und kranker Haut. Deutsch. Medic. Zeit. 1896 г. № 19.

⁵⁾ Ueber die atltles veränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Arch. f. path. Anat. и Phys. Bd. 125; стр. 242—248.

⁶⁾ Къ вопросу о старческихъ измѣнен. кожи. Спб. 1896. стр. 31—35.

⁷⁾ Современное состояніе вопроса о старческ. атрофіи. Рус. арх. пат., клин. мед. и баят. 1899 г. т. VII. вып. 2 стр.

ніями являются истонченіе и распадъ (М. Покровскій ¹⁾). Старческія, эмфизематозныя легкія обнаруживаютъ со стороны эластическихъ элементовъ а) неправильность ихъ расположенія, в) утолщеніе, набуханіе, с) разрывы съ расщепленіемъ на концахъ и д) появленіе зернистости (Булатовъ ²⁾, Гинзбургъ ³⁾).

Давыдовъ ⁴⁾ подмѣтилъ измѣненія эластическихъ элементовъ въ растянутой маткѣ при ея разрывахъ. Измѣненія состоятъ въ набуханіи эластическихъ элементовъ и утолщеніи ихъ. Волокна не кажутся извитыми, а скорѣе согнуты подъ угломъ, мѣстами варикозно утолщены или веретенообразно вздуты. Имѣются также измѣненія въ окраскѣ.

Мельниковъ - Разведенковъ ⁵⁾ подмѣтилъ измѣненія эластической ткани въ сердцѣ, гипертрофія котораго ведетъ къ увеличенію эласт. элементовъ органа, въ которомъ часто можно найти варикозно утолщенные волокна.

Измѣненія эластическихъ элементовъ въ сосудахъ наиболѣе часто изслѣдовались при артеріосклерозѣ и аневризмахъ, но имѣются наблюденія, сдѣланныя и при нѣкоторыхъ другихъ патологическихъ процессахъ. Наблюденія послѣдняго рода принадлежатъ преимущественно авторамъ, прямою цѣлью которыхъ не было изслѣдованіе эластическихъ элементовъ сосудистой стѣнки, — они обращали главное вниманіе на другія составныя части стѣнки; но въ ихъ работахъ можно найти упоминанія и о состояніи эластической ткани. Такъ, Кусковъ, изслѣдуя сосуды почки при хроническомъ нефритѣ и одновременно сосуды соответственнаго калибра въ другихъ органахъ, нашель, что, при утолщенной *intima*, *membrana elastica* остается складчатой до тѣхъ поръ, пока не наступитъ дегенерациі новообразованной ткани въ *intima*. Въ случаяхъ интерстиціального нефрита, *membrana limitans*, благодаря повышенному давленію крови и уничтоженію капилляровъ, всегда почти растянута. Тамъ, гдѣ дегенерациа въ *intima* наступила, эластическая пластинка превращается въ зернистую массу. Въ нѣкоторыхъ, болѣе крупныхъ сосудахъ авторъ находилъ утолщеніе *membranae elasticae* ⁶⁾ Утолщеніе *elasticae* въ сосудахъ

¹⁾ *Op. cit.* стр. 122—155.

²⁾ Къ вопросу объ измѣн. эл. вол. лег. въ старч. возр. СПБ. 1897. стр. 31—34.

³⁾ Гистол. измѣн. эл. вол. лег. при эмфиз. СПБ. 1898. Выводы.

⁴⁾ Къ вопр. объ измѣн. эл. тк. матки при самокр. разр. СПБ. 1895 г.

⁵⁾ *Op. cit.* стр. 22—24.

⁶⁾ Кусковъ. Къ вопросу объ измѣненіи артерій при хроническихъ нефритахъ. СПБ. 1889 стр. 17. 19. 23—25. 30.

riae matris при интерстиціальному нефритѣ видѣль Ewald ¹⁾, а смѣщеніе ея пластинокъ и разрывы описываетъ Waller ²⁾.

Якимовъ, изслѣдуя сосуды раковыхъ опухолей какъ оперированныхъ, такъ и взятыхъ на вскрытіяхъ, и контролируя измѣненія, найденныя тамъ, изслѣдованіемъ сосудовъ въ другихъ органахъ, приходитъ къ тому заключенію, что „измѣненія сосудовъ, которыя находятся въ опухоли, является только частичнымъ проявленіемъ измѣненій общихъ, распространенныхъ по всему тѣлу“. Эти измѣненія состоятъ въ утолщеніи стѣнки и въ гіалиновомъ перерожденіи ея элементовъ. Membrana limitans, за немногими исключеніями, лишена фестончатыхъ складокъ и иногда развѣ утолщена ³⁾.—Въ работѣ Пппы, изслѣдовавшаго измѣненія артерій при чахоткѣ, вовсе не упоминается объ эластическихъ элементахъ; но на рисункахъ, представленныхъ авторомъ, видно, что elastica interna по мѣстамъ разорвана, а по мѣстамъ приближена къ adventitia вслѣдствіе атрофіи muscularis; въ одномъ мѣстѣ она какъ бы набухла ⁴⁾.—С. Покровскій, занявшись наблюденіемъ надъ состояніемъ стѣнокъ венъ при артеріосклерозѣ, подтверждаетъ находку Epstein'a и Sack'a, которые описали диффузный эндофлебитъ. Membrana elastica, по его наблюденіямъ, или оставалась неповрежденною или же дѣлилась на 2—3 пластинки, огдѣленные другъ отъ друга волокнистыми слоями ⁵⁾.—Болѣе другихъ отдастъ вниманія эластической ткани Шурьгинъ, при своемъ изслѣдованіи измѣненій сосудовъ in membro virili. Онъ описываетъ такого рода измѣненія: 1) „membrana elastica interna часто представляется утолщенной, расщепленной или состоящей изъ 3—5 и болѣе слоевъ тонкихъ и длинныхъ волоконъ“; 2) иногда она разорвана на б. или м. мелкіе кусочки и зерна; 3) по мѣстамъ elastica превращена въ мелкозернистую массу; 4) волокна расщепленной эластической оболочки иногда раздвинуты тканью гиперплазированной intimaе; 5) по мѣстамъ elastica въ видѣ отдѣльныхъ волоконъ проникаетъ въ склеротическую бляшку ⁶⁾—наблюденіе, аналогичное наблюде-

¹⁾ Arch. f. path. Anat. Bd. 77. у Кускова.

²⁾ The Lancet. 1881 г. 613 стр. по Кускову.

³⁾ Якимовъ. Къ вопр. объ измѣн. сосуд. при эпители. ракъ. СПБ. 1886 г. стр. 12—13, 24, 37, 41.

⁴⁾ Иппа. Къ вопросу объ измѣненіяхъ артерій при чахоткѣ. СПБ. 1889 г. фиг. II и III.

⁵⁾ Покровскій. Объ измѣненіи стѣнокъ венъ при артеріо склерозѣ. СПБ. 1890. стр. 16—21; 22—27.

⁶⁾ Шурьгинъ. О патологоанатомич. измѣнен. in membro virili въ старч. возрастѣ. СПБ. 1897 г. стр. 34—35.

нію Letulle'я, который видѣлъ востаніе эластической оболочки въ бляшку въ видѣ сѣти и назвалъ это явленіе „l'hypergénèse elastique“¹⁾).

Изъ авторовъ, обращающихъ большое вниманіе на измѣненія эластическихъ элементовъ сосудистой стѣнки, мнѣ извѣстны слѣдующіе. Helmstädt'er, объясняя причину артеріосклеротическихъ аневризмъ, видитъ ее въ микроскопическихъ трещинахъ эластич. пластинъ mediae сосудистой стѣнки. Концы разорванныхъ пластинъ изогнуты, расщеплены, распались на кусочки и зерна²⁾. Köster находилъ соединительно-тканые участки въ media склеротическихъ артерій, гдѣ соединительная ткань разрастаясь нарушаетъ правильность хода эластическихъ элементовъ и разрушаетъ пластины mediae³⁾. Thoma находитъ при аневризмахъ сжатіе и разрывы эластическихъ пластинъ, въ силу слабости мышечныхъ элементовъ, и разрастаніе соединительной ткани⁴⁾. Manchot, изслѣдуя причины аневризмы, указываетъ такую послѣдовательность измѣненія эластическихъ элементовъ: а) ослабленіе окрашиванія, в) насѣчки, идущія вглубь волокна; с) распаденіе на кусочки и зерна⁵⁾. Weisman n und Neuman n при артеріоклерозѣ и аневризмѣ наблюдали потерю правильности расположенія пластинъ какъ въ media, такъ и въ intima артерій и распадъ на глыбки и зерна⁶⁾. Zwingman n въ артеріосклеротическихъ сосудахъ находилъ явленія уже упомянутой выше псевдосегментации; онъ же находитъ присутствіе зернистости въ эластическихъ элементахъ, иногда вакуолизацию послѣднихъ и разрывы пластинъ въ мѣстахъ, соответствующихъ склеротическимъ бляшкамъ⁷⁾. Псевдосегментацию Zwingman n'a, равно какъ и отсутствіе окраски эластическихъ элементовъ Manchot, а также и зернистость упругихъ элементовъ Ebergard t считаетъ за результатъ несовершенства техники, объясняя неравномѣрность окраски и зернистость нечистотою спирта, а псевдосегментацию механическимъ воздѣйствіемъ на препаратъ⁸⁾.

1) Letulle. Etudes anatomo-pathologiques. 1893. 985 стр.

2) Du mode de formation des aneurismes spontanés. Strasburg. 1873 г.

3) Ueber die entstehung der spontanen Aneurysmen u. die chronische Mesarteriitis. По Короповскому.

4) Untersuchungen ueber Aneurysmen. Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. 111 и 113.

5) Ueber die Entstehung der Wahren Aneurysmen. Arch. f. path. Anat. u. Phys. Bd. 121.

6) Ueber Veränderungen der elastisch. Fasern in der Gefässenwänden inufolge von Arteriosclerose. Цит. по дис. Короповскаго.

7) Op. cit.

8) Op. cit.

Но Waegner вновь подтверждаетъ присутствіе слабого окрашиванія эластическихъ элементовъ на уровнѣ склеротической бляшки, хотя псевдосегментацию также считаетъ за результатъ механическаго воздѣйствія. Этотъ же изслѣдователь приходитъ къ заключенію, что разрывъ пластинъ—явленіе хотя и не постоянное, но обычное для склероза высокаго развитія ¹⁾. Разрывы *elasticae internae* подтверждаются Schulmann'омъ ²⁾ и Hilbert'омъ ³⁾, который находилъ ихъ, кромѣ артеріосклероза и аневризмы, при недостаточности аортальныхъ клапановъ. Эти разрывы касаются наружнаго листка *elasticae*. При острыхъ заболѣваніяхъ Hilbert находилъ перерывы въ окраскѣ внутренней эластической оболочки. Особенно тщательныя изслѣдованія измѣненій эластической ткани при артеріосклерозѣ принадлежатъ Дмитріеву. Онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. При артеріосклерозѣ происходитъ какъ исчезаніе, такъ и новообразованіе эластической ткани. 2. Дегенерациа эластической ткани начинается въ *media* и существуетъ уже въ ранней стадіи процесса. Она проявляется сначала въ измѣненіи химическихъ свойствъ эластической ткани и именно въ появленіи сродства послѣдней къ основнымъ краскамъ ⁴⁾. Дальнѣйшія измѣненія заключается въ распадѣ промежуточныхъ сѣтей, а еще далѣе въ истонченіи и молекулярномъ распадѣ ламелль. 3. Какъ измѣнившееся отношеніе къ окраскѣ, такъ и распадъ эластической ткани, выступаютъ напередъ во внутренней части *mediae*, что-бы потомъ распространиться и на наружные слои. 4. Новообразованіе эластической ткани имѣетъ мѣсто въ *intima* и находится какъ въ диффузномъ, такъ и очагообразномъ утолщеніи послѣдней. Соединительная ткань утолщенныхъ участковъ можетъ содержать какъ новообразованныя ламелли, такъ и сѣтеобразно расположенныя волокна эластической ткани. Новообразованная послѣдней характерно для артеріосклероза 5. Новообразованіе эластическая ткань мало способна къ сопротивленію и, съ началомъ атероматознаго процесса, погибаетъ. Некрозъ и распадъ эластической ткани можетъ переходить и на *media*. 6. Воспаленіе

¹⁾ Ueber Lücken und Risse in dem elastischem Gewebe der Aortenwand. Dorpat. 1894.

²⁾ Untersuchungen ueber die Structur des elastisches Gewebes der gesunden und kranken Arterienwand. Dorp. 1892.

³⁾ Ueber das Veromehen von Rupturen der elastischen Inwenhaut an den Gefassen gesunder und Herzkranker. Arch. f. patb. anat. u Path. Bd. 142.

⁴⁾ При окраскѣ полихромовой синькой по Unna стѣнки *arteriae fossae Sylvii* въ начальной степени артеріосклероза, *intima* окрашивается въ синій цвѣтъ, а въ дальнѣйшей стадіи процессъ захватываетъ и всю *media*

и разрастаніе соединительной ткани, встрѣчающееся въ теченіе артеріосклероза въ *adventitia* и *media*, также ведутъ въ области своего появленія къ гибели эластической ткани ¹⁾). Аналогичныя наблюденія сдѣланы Рѣдъкинѣмъ надъ аневризматическими и артеріосклеротическими стѣнками сосудовъ. Между прочимъ онъ дѣлаетъ такого рода добавленіе, что въ соединительно-тканыхъ рубцахъ (бухты Дмитріева или пятна Köster'a) присутствіе эластической ткани, не обнаруживаемой при орсеиновой окраскѣ, еще можно доказать, употребляя методъ Бальцера (окраска эозиномъ). Отсюда—выводъ, что эластическая ткань очень медленно погибаетъ въ смыслѣ окончательнаго разрушенія ²⁾). Короповскій, занявшись изслѣдованіемъ эластической ткани артерій въ теченіе брюшного тифа, нашелъ, что главнымъ измѣненіемъ въ случаяхъ тифа выступаетъ истонченіе пластинъ и какъ бы раздвиганіе ихъ и болѣе слабая окраска, нежели въ контрольныхъ случаяхъ. Эти явленія очень рѣзки въ случаяхъ, кончившихся лѣтально на второй недѣлѣ тифа, и ослабляются въ періодъ реконвалесценціи. Автору пришлось наблюдать и Цвингмановскую псевдосегментацию, о которой онъ говоритъ: „причину этого наблюденія трудно объяснить. Во всякомъ случаѣ оно показываетъ, что при нѣкоторыхъ неизвѣстныхъ условіяхъ эластическія волокна на своемъ протяженіи могутъ подвергаться неравномѣрно измѣненіямъ“ ³⁾).

Таковы литературныя данныя относительно измѣненій эластической ткани въ различныхъ органахъ. Мы видимъ, что по отношенію къ сосудистымъ стѣнкамъ эти наблюденія сдѣланы преимущественно въ артеріосклеротическихъ и аневризматическихъ стѣнкахъ и мало касаются другихъ патологическихъ процессовъ. Между тѣмъ нѣтъ ничего невѣроятнаго, что очень многіе процессы должны такъ или иначе отзываться на эластическихъ элементахъ сосудистой стѣнки въ связи разнообразными условіями заболѣванія, Поэтому я съ удовольствіемъ принялъ предложеніе многоуважаемаго учителя—проф. Н. М. Любимова, въ лабораторіи котораго произведена моя работа и которому я, пользуясь случаемъ, выражаю мою искреннюю благодарность,—обслѣдовать состояніе эластическихъ элементовъ въ стѣнкахъ сосудовъ при нѣкоторыхъ общихъ заболѣваніяхъ организма и въ частности-сердечно-сосудистаго аппарата. Моя работа обнимаетъ 20 случаевъ, изъ которыхъ одинъ, относящійся къ 6-лѣтнему ребенку, умершему черезъ 15 минутъ послѣ операціи (экстирпація *lymphosarcomae colli*) не представляетъ со стороны кровеносной системы никакихъ измѣненій и пото-

¹⁾ Op. cit. стр. 245—246.

²⁾ Op. cit. стр. 39.

³⁾ Op. cit. 57—63 стр.

му можетъ быть разсматриваемъ, какъ сравнительно близкій къ нормѣ случай. Остальные по роду патологическаго процесса распредѣляются слѣдующимъ образомъ. Прежде всего группа вскрытій, относящихся къ острымъ инфеаціямъ: а) pyaemia, б) tetanus съ послѣдующей pneumonia metastatica и pleuritis acuta; в) meningoencephalitis purulenta (послѣ проникающей раны черепа); д) otitis media purulenta; е) peritonitis serofibrinosa haemorrhagica. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ микроскопически сосуды найдены нормальными, а обычное микроскопическое изслѣдованіе обнаружило лишь по отношенію къ сердечной мышцѣ тотъ или иной видъ перерожденія, сюда же я отнесъ случаи gliomae cerebri, въ которомъ найдены тѣже микро и макроскопическія данныя. Вторая группа—случаи съ ясно выраженнымъ эндокардитическимъ процессомъ—endocarditis chronica febrilis—съ клинически діагностированнымъ страданіемъ тѣхъ или иныхъ клапановъ. Макроскопическихъ измѣненій въ аортѣ не найдено, кромѣ нѣкоторой дилатаціи восходящей части въ одномъ случаѣ. Далѣе слѣдуютъ случаи макроскопически выраженнаго заболѣванія аорты съ рѣзкимъ эндокардитомъ въ одномъ изъ нихъ. Четвертую группу составляютъ случаи нефрита, а пятую—туберкулезъ съ рѣзко выраженной кахексіей.—Объектомъ для изслѣдованія я взялъ аорту, съ одной стороны, какъ наиболѣе важный центральный сосудъ, съ другой—какъ сосудъ, болѣе всѣхъ другихъ содержащей эластическихъ элементовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Случай церебрального гуммозного менингита съ благопріятнымъ исходомъ ¹.

В. П. Первушина.

Минувшимъ лѣтомъ я имѣлъ возможность прослѣдить одинъ тяжелый и выраженный въ отношеніи клинической картины весьма рѣзко случай церебральнаго менингита на сифилитической почвѣ, который, благодаря своевременно и настойчиво проведеннымъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ довольно быстро удалось довести до полного выздоровленія. Считаю не безинтереснымъ сообщеніе подобныхъ казуистическихъ наблюденій въ видахъ лучшаго упроченія нашихъ терапевтическихъ свѣдѣній въ данномъ отношеніи, я и предлагаю вниманію присутствующихъ приводимый ниже случай, ни мало не претендуя тѣмъ самымъ на введеніе какихъ-либо новыхъ научныхъ доктринъ.

25 іюня 1901 г. ко мнѣ обратился, ради консультаціи по предложенію одного изъ сифилитологовъ, молодой 28-и лѣтній субъектъ съ жалобами на сильнѣйшія головныя боли со рвотой, головокруженія, явленія сильнѣйшей общей слабости, полную невозможность заниматься своимъ дѣломъ.

Какъ семейный, такъ и личный анамнезъ говорили не въ пользу больного; больной принадлежалъ къ явно ненормальной—невропатической семьѣ: отецъ его былъ человекъ со странностями, очень нервный, вспыльчивый, не терпящій противорѣчій; мать, женщина въ общемъ здоровая и живущая по нынѣ, страдала сильными мигренями; старшій братъ—неудачникъ, имѣлъ прежде истерическіе припадки; одна изъ старшихъ сестеръ всегда была „нервная“, другая сестра была прежде въ высшей степени нервнымъ субъектомъ и временами обладала способностью ясновидѣнія (благо-

¹) Сообщено въ научномъ собраніи врачей Клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета 10 ноября 1901 г.

даря любезности глубоковажаемаго проф. Л. О. Даркшевича, мы, врачи нервной клиники, имѣли возможность видѣть нѣсколько разъ эту особу и отъ нея самой слышать повѣствованіе о ея „странностяхъ“; благодаря гипнотерапіи, она поправилась и теперь не страдаетъ прежними навязчивыми идеями). Самъ больной въ возрастѣ съ 11 до 13 лѣтъ страдалъ сильными приступами мигрени въ видѣ односторонней головной боли, хотя и безъ рвоты; впрочемъ, нѣсколько разъ у него появлялась рвота по утрамъ въ то время, какъ больной вставалъ съ постели съ тяжелой головой. Въ возрастѣ 11—16 лѣтъ бывали довольно порядочныя головокруженія, изрѣдка сердцебіенія; нѣсколько разъ была „истерика“. Въ общемъ—развивался правильно; лѣтъ около 20 началъ употреблять спиртные напитки, но весьма умеренно, а въ послѣдніе годы пересталъ совершенно.

Лѣтъ 5 тому назадъ имѣлъ уретритъ, прошедшій безслѣдно. Весной 1897 г. заразился сифилисомъ: послѣ незначительной ссадины на penis'ѣ, которой не было придано надлежащаго значенія со стороны лечившаго врача, мѣсяца 2 спустя появились по тѣлу сыпь, развилась сильнѣйшая головная боль, безъ рвоты. Специалистомъ-сифилидологомъ въ Москвѣ былъ діагноспированъ lues и назначено ртутное леченіе въ видѣ 40 впрыскиваній; по словамъ больного, уже послѣ 1-й инъекціи мучительная головная боль уменьшилась, послѣ 2-й почти прошла, послѣ 3-й исчезла совершенно. Кромѣ этихъ 40 впрыскиваній втеченіе лѣта и осени 1897 г., больному зимой было сдѣлано 36 втираній ртутной мази, черезъ $\frac{1}{2}$ года снова 36 втираній. Въ 1898 г. сдѣлалъ 40 inj. Hg. уже въ Казани, а въ 1900 г. повторилъ тоже самое (40 inj.) втеченіе іюня-іюля по поводу проявленія сифилиса—въ видѣ поверхностнаго и глубокаго узловатаго сифилида. Помимо ртути, принималъ и препараты іода.

Съ лѣта 1900 г., имѣя въ перспективѣ женитьбу, помимо отправленія служебныхъ обязанностей началъ давать еще уроки ради усиленія своихъ матеріальныхъ достатковъ, причемъ сталъ заниматься съ первыхъ же поръ усиленно и много, что составило рѣзкій контрастъ съ прежнимъ характеромъ времяпрепровожденія. Вскорѣ же подобная усиленная дѣятельность стала сказываться въ видѣ утомленія, нервозности, бессонницы, сильной раздражительности. Женитьба (въ ноябрѣ 1900 г.) причинила съ своей стороны много хлопотъ и отчасти непріятностей. Такъ шло всю зиму 1900—1901 г.г.; съ февраля 1901 г. началъ испытывать еще большее утомленіе, физическую слабость, которая усилилась подъ вліяніемъ недостаточнаго питанія (поствая пища) втеченіе всего великаго поста. Подъ вліяніемъ указанныхъ обстоятельствъ и недостаточнаго отдыха въ состояніи больного произошла рѣзкая перемѣна: появилась сильная раздражительность, легкая возбудимость, страш-

ная вспыльчивость—до изступленія—минутами и часами; сдѣлался весьма перевознымъ, впечатлительнымъ, рѣзко реагируя на всякій пустякъ. Съ весны 1901 г. это первое состояніе, однако, начало улучшаться, уступая мѣсто болѣе покойному, ровному настроенію. Съ апрѣля мѣсяца начали обнаруживаться временами головныя боли, въ началѣ не особенно сильныя, въ области затылка и отчасти шеи сзади, а затѣмъ распространившіяся и на всю голову, съ большей интензивностью какъ будто въ правой ея половинѣ. Съ конца апрѣля головокруженія, опять же не постоянныя, а проявлявшіяся съ особенной силой при ходьбѣ, при перемѣнахъ положенія тѣла, въ виду чего невольно являлась боязнь упасть. 23 апрѣля больной былъ у специалиста невропатолога, который въ виду рѣзко выраженныхъ неврастеническихъ явленій посоветовалъ ему отдыхъ и предложилъ нѣкоторые фармацевтическіе препараты. Къ концу мая головная боль весьма усилилась, а въ началѣ іюня она была уже „страшная“, въ виду чего больной, кое какъ раздѣлавшись съ своими разнообразными занятіями, по совѣту того-же врача рѣшилъ взять отпускъ и ѣхать отдыхать и купаться. Однако, уѣхать ему не удалось, такъ какъ болѣзнь шла crescendo и притомъ весьма быстро. Вечеромъ 15 іюня послѣ сильной головной боли онъ почувствовалъ какъ бы рѣзкій ударъ въ голову, послѣ чего втеченіе 2 часовъ была сильнѣйшая рвота (призванный случайно врачъ ограничился назначеніемъ льда и Гофманскихъ капель), сильно ослабившая больного. Втеченіе слѣдующихъ двухъ дней немного оправился, 17-го же іюня вновь сильнѣйшая головная боль со рвотой. И вотъ у субъекта при постоянномъ чувствѣ тяжести въ головѣ, плохомъ самочувствіи, общемъ недомоганіи, физической слабости, скверномъ настроеніи духа—начинаютъ появляться (слѣдовательно, съ 15 іюня) то ежедневно, то черезъ день-два приступы жестокой головной боли, невыносимой, втеченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ и въ сопровожденіи рвоты до 4—5 и болѣе разъ, наступающей черезъ 1—3 часа; послѣ рвоты—головная боль уменьшалась, приступъ стихалъ, но зато наступала почти полная прострація; затѣмъ больной понемногу оправлялся, начиналъ ѣсть, спать, день-два могъ выходить, а тамъ—новый еще болѣе тяжелый приступъ. Съ 20 іюня больной по совѣту другого невропатолога, заподозрившаго въ виду нѣкоторой типичности приступовъ тяжелую форму маляріи, началъ принимать хининъ, но безуспѣшно. Наконецъ, 25 іюня, дождавшись временнаго интервала, больной обратился къ сифилидологу, который и направилъ его ко мнѣ.

Я, слѣдовательно, получилъ больного подъ свое наблюденіе уже въ вполнѣ развитомъ стадіи процесса, когда распознаваніе не представляло особаго труда и діагнозъ былъ несомнѣненъ.

При объективномъ изслѣдованіи получены были мною ²⁵/VI слѣдующія данныя: больной высокаго роста, хорошаго сложенія, но сильно исхудалый—по его словамъ за послѣдній мѣсяць; явленій рѣзкаго малокровія не замѣтно, хотя покровы и слизистыя оболочки блѣдноваты. Со стороны внутреннихъ органовъ грудной и брюшной полостей рѣзкихъ уклоненій не усматривается: перкуторныя границы ихъ не увеличены, печень и селезенка не прощупываются, тоны сердца чисты, но глуховаты, пульсъ до 80 въ 1', слабого наполненія, неаритмиченъ. Животъ не болѣзненъ, желтухи нѣтъ; со стороны легкихъ также уклоненій не замѣтно.

Въ сферѣ нервной системы отмѣчается значительное общее ослабленіе произвольныхъ движеній конечностей и туловища, при отсутствіи параличныхъ явленій; небольшой *strabismus divergens sin.*, также какъ и легкое выпячиваніе глазъ, особенно лѣваго,—повидимому, явленія, свойственныя больному съ дѣтства. Координація движеній не разстроена, въ частности нѣтъ симптома *Romberg'a*. Легкій *tremor digitorum*; припадковъ, обмороковъ, судорогъ—нѣтъ (изрѣдка ночью *срампі m. gastrocnem.*). Всѣ сухожильные рефлексы въ предѣлахъ нормы. Зрачки нѣсколько расширены, особенно правый, съ вялой свѣтовой реакціей. Со стороны тазовыхъ органовъ больной отмѣчаетъ лишь за послѣдніе мѣсяца 2 легкую задержку при мочеиспусканіи, и то не часто.—При общемъ похуданіи субъекта не бросается въ глаза болѣе похуданіе какихъ-либо мышечныхъ группъ или отдѣльныхъ мышцъ; костякъ безъ замѣтныхъ измѣненій, нѣтъ періоститовъ; черепъ при постукиваніи вообще болѣзненъ, но не чрезмерно, и при томъ довольно равномерно. Въ верхне-грудномъ отдѣлѣ позвоночникъ слегка выгнутъ кзади, что обусловливаетъ незначительную сутуловатость. На кожѣ праваго бедра замѣтны рубцы отъ поверхностно-узловатаго сифилида.

Общая чувствительность отъ нормы не уклоняется (имѣется слабое пониженіе болевого чувства на передней поверхности грудной кѣтки съ характеромъ корешковой анестезіи, но этому симптому, въ виду его слабой выраженности, я не склоненъ придавать серьезнаго значенія; быть можетъ, онъ явился въ качествѣ начального симптома *tabis dorsalis*, но онъ не относился къ преобладающему болѣзненному состоянію и не сопровождался другими признаками *tabes'a*). Уши здоровы, никогда не болѣли.—Въ мочѣ бѣлка не оказалось; полиурія и полидипсія нѣтъ. Наиболѣе характерныя измѣненія оказались со стороны зрительнаго аппарата, измѣненія, дѣлающія, какъ говорится, діагностику случая и вполне рѣшающія наше къ нему отношеніе. По любезно произведенному, по моей просьбѣ, изслѣдованію глубокоуважаемымъ профессоромъ Е. В.

Адамякомъ ¹⁾ выяснилось, что у „больного зрѣніе еще нормальное, но папилли сильно гиперемированы—до степени неврита, имѣются даже небольшія кровоизліянія въ области лѣвой папиллы. Такъ какъ отека еще нѣтъ, то настаивать на присутствіи опухоли трудно; но небольшое новообразование, можетъ быть, гуммозное, тутъ возможно, или по крайней мѣрѣ воспалительныя измѣненія около хіазмы. Меркуріальное леченіе допустимо здѣсь свободно“.—Самъ больной, не жалуясь на упадокъ зрѣнія, отмѣчалъ лишь по временамъ какъ бы потемнѣніе въ глазахъ.

Изъ субъективныхъ жалобъ больного обращаютъ на себя наибольшее вниманіе слѣдующія: сильная общая слабость, особенно въ періоды головныхъ болей послѣ рвоты; головокруженіе при перемѣнахъ положенія тѣла и при ходьбѣ; постоянная тяжесть въ головѣ, голова точно чѣмъ налита, и временами черезъ 1—2 дня рѣзкое обострѣніе болей, въ сопровожденіи тяжелой рвоты. Въ послѣдніе дни больному трудно ходить отъ слабости и головокруженія; сонъ въ отсутствіи головной боли хорошъ, но не вполне освѣжаетъ; аппетитъ порядочный, запоры; въ ногахъ нѣтъ ни болей, ни парестезій; иногда чувство покалыванія въ бокахъ—за послѣдніе дни; животъ не болитъ; отрыжка; изжоги нѣтъ; рвота лишь сопровождаетъ головную боль, безъ нея не бываетъ. Въ сферѣ психическихъ отравленій какихъ-либо замѣтныхъ уклоненій не констатируется.

Итакъ у 28-ти лѣтняго, крѣпкаго субъекта, происходившаго изъ невропатической семьи, съ приступами мигрени въ дѣтствѣ, получившаго сифилисъ на 25-мъ году и лечившаго его нѣсколько разъ ртутью,—съ осени 1900 г. въ связи съ усиленными умственными занятіями и неблагоприятными условіями развивается цѣлый рядъ тяжелыхъ неврастеническихъ припадковъ, нѣсколько ослабѣвшихъ къ веснѣ 1901 г., когда на смѣну ихъ начали выступать явленія общаго физическаго и умственнаго утомленія, а съ апрѣля мѣсяца—и церебральные симптомы: головная боль съ тяжелой мозговой рвотой, головокруженіе при перемѣнахъ положенія тѣла и т. д.

Данный случай, въ томъ стадіи развитія, который только что описанъ, не представлялъ особенныхъ затрудненій для діагностики. Прежде всего довольно просто рѣшался вопросъ о томъ, что мѣ-

¹⁾ Пользуясь случаемъ, позволю себѣ выразить почтенному учителю глубокую признательность за детальное сообщеніе каждый разъ почти полнаго изслѣдованія глазъ съ пояснительными къ нему замѣчаніями, что съ одной стороны вводитъ въ курсъ даннаго случая, а съ другой—позволяетъ контролировать свои собственныя попытки, напр., при офтальмоскопированіи и, слѣд., способствуетъ нашему самообразованію.

тонахожденіемъ патологическаго процесса являлась черепная полость,—въ виду отсутствія какихъ-либо аномалій со стороны спинного мозга, периферическихъ нервовъ, а также и полостныхъ органовъ и въ виду именно церебральнаго характера всѣхъ симптомовъ. Также легко рѣшался вопросъ и о самой природѣ процесса—было очевидно, что здѣсь могла идти рѣчь только объ органѣ съ своимъ пораженіемъ содержаимаго черепной полости. Въ самомъ дѣлѣ, головная боль неврастеника никогда не даетъ такой тяжелой клинической картины, тамъ нѣтъ ужасныхъ приступовъ этой боли, доводящихъ человѣка до изступленія, до самозабвенія, до покушенія на самоубійство; тамъ нѣтъ столь тягостной рвоты и ужь, конечно, не будетъ измѣненій со стороны глазного дна. Мигрень хотя и характеризуется часто весьма выраженной головной болью, большею частью односторонней, въ сопровожденіи рвоты, но до такихъ тягостныхъ проявленій, какъ въ описываемомъ случаѣ, дѣло не доходитъ или доходитъ тогда, когда сама мигрень является симптомомъ какого-либо органическаго заболѣванія въ черепной полости и въ этомъ отношеніи измѣненіе глазного дна говоритъ не за функціональное, а за органическое страданіе содержаимаго черепной полости.

Изъ органическихъ заболѣваній въ данномъ случаѣ могла идти рѣчь или о новообразованіи, или о воспалительномъ процессѣ въ черепной полости, или о ихъ комбинаціи. Новообразованія въ данной области у молодыхъ субъектовъ не принадлежатъ къ числу исключительныхъ, рѣдкихъ явленій: тутъ наблюдаются новообразованія и пролифераціонныя, и инфекціонныя, согласно классификаціи этихъ формъ патологической анатоміей. Вопросъ о природѣ новообразованія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ далеко не праздный: имъ рѣшается характеръ терапевтическихъ мѣропріятій, на немъ основывается прогностика. Клиническая картина нашего случая вполнѣ отвѣчала симптоматологіи neoplasmatis cerebri, а потому на первой очереди стоялъ вопросъ о самомъ характерѣ tumorigis. Для пролифераціоннаго новообразованія не характерно столь быстрое развитіе болѣзненныхъ припадковъ, какое наблюдалось здѣсь, гдѣ весь процессъ втеченіе $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяцевъ дошелъ до асте; тамъ обыкновенно симптомы, хотя и неопредѣленные, хотя и не вполнѣ ясные, указываютъ уже за нѣсколько мѣсяцевъ, а то и лѣтъ до рѣзкаго взрыва болѣзни на то, что въ полости черепа происходитъ что-то ненормальное: постороннему наблюдателю и даже близкимъ лицамъ кажется, что человѣкъ боленъ лишь нѣсколько дней или недѣль тяжелымъ недугомъ, выражающимся сильной головной болью, головокруженіемъ, рвотой, присоединяющейся сюда общей слабостью, иногда быстрымъ упадкомъ зрѣнія и т. д., но если поразспросить поподробнѣе самого

больного и лицъ, къ нему близкихъ, то оказывается, что недугъ уже довольно давно давалъ о себѣ знать, но, правда, въ болѣе слабой степени или даже въ иныхъ отношеніяхъ: оказывается, у больного давно уже имѣлись неопредѣленные головныя боли, порой ожесточающіяся, нерѣдко сопровождаясь позывами на тошноту или даже рвотой; бывали и головокруженія, и потемнѣніе въ глазахъ; замѣчалось ослабленіе зрѣнія, памяти, общая слабость, неопредѣленные припадки и т. д. Благодаря неопредѣленности жалобъ и порой отсутствію объективныхъ признаковъ, подобныя лица третируются вначалѣ и родными, и врачемъ какъ малокровныя, истерики, невротеники, тѣмъ болѣе, что дѣйствительно элементы указанныхъ состояній бываютъ по большей части на лицо, являясь слѣдствіемъ или спутникомъ совершающагося переворота въ дѣятельности головного мозга и затемняя такимъ образомъ основное страданіе. При усиленіи симптомовъ или появленіи новыхъ у врача возникаетъ предположеніе о заболѣваніи головного мозга, превращающееся въ увѣренность при наличности уже объективныхъ признаковъ. Нерѣдко бываетъ, что, видя больного съ рѣзкими явленіями мозговой опухоли при наличности *neuritis oedematosa* или даже *atrophia nn. opticorum post neuritidem oedematosam*, на вопросъ о давности заболѣванія получаешь отъ родныхъ отвѣтъ: нѣсколько дней, недѣль, 1—2 мѣсяца, что положительно не вяжется съ клинической картиной; при дальнѣйшемъ разспросѣ безъ труда убѣждаешься въ несравненно большей продолжительности болѣзненнаго состоянія, съ чѣмъ соглашаются далѣе и самъ больной, и его близкіе. Не могу не привести по этому поводу двухъ случаевъ изъ практики нашей клиники, какъ нельзя болѣе подтверждающихъ только что сказанное.

24 октября 1897 г. въ Казанскую нервную клинику обратилась молодая дѣвушка 19 лѣтъ, В., съ жалобами на то, что она почти совершенно ослѣпла втеченіе нѣсколькихъ дней сентября мѣсяца того же года, причемъ развитію амавроза предшествовала за 1—1½ недѣли сильнѣйшая головная боль со рвотой и судорожными явленіями, головокруженія, общій упадокъ силъ, безъ явленій лихорадки. Какъ сама больная, такъ и доставившія ее лица настойчиво указывали, что болѣзнь недавняя—не больше 1 мѣсяца, развилась въ нѣсколько дней ($^{23}/IX$ — $^{2}/X$), что до того В. была лишь малокровна, слабвата и „нервничала“; къ этому добавляли, что одинъ врачъ, осматривавшій больную втеченіе только что миновавшаго тяжелаго періода болѣзни ($^{26}/IX$), заподозрилъ здѣсь острое инфекціонное заболѣваніе съ характеромъ инфлюэнцы, а другой врачъ, принимая ($^{29}/IX$) во вниманіе упадокъ зрѣнія втеченіе 3—4 дней и общую нервозность больной, діагностировалъ даже истерію, не произведя изслѣдованія глазъ. Въ клиникѣ былъ обнаруженъ съ несомнѣнностью *tumor cerebri* съ атрофіей зрительныхъ

нервовъ послѣ бывшаго отечнаго неврита (проф. Е. В. Адамюкъ), отъ чего и зависѣлъ амаврозъ; состояніе глазного дна—далеко зашедшій атрофическій процессъ въ зрительныхъ нервахъ, никоимъ образомъ не мирился съ общеннымъ анамнезомъ и, дѣйствительно, путемъ дальнѣйшаго разспроса пришлося убѣдиться, что головныя боли здѣсь существовали уже больше года, временами бывали головокруженія, потемнѣніе зрѣнія, нѣкоторое ослабленіе зрѣнія и т. д. (явленія „малокровія“ обнаружилась еще въ 1895 г., послѣ инфлюенцы), а вмѣстѣ съ тѣмъ развивалась и усиливалась нервозность; признавая у больной истеро-неврастенію, мѣстный врачъ посоветовалъ ей перемѣнить образъ жизни, заняться дѣломъ, ѣхать на курсы, что она и выполнила, и вотъ по прїѣздѣ въ другой городъ и по поступленіи на курсы и разыгрался острый періодъ болѣзни, длившейся уже давно.

Второй случай относится къ замужней женщинѣ 26 л., А. С., обратившейся въ амбулаторію нервной клиники 7/ix 1901 съ жалобами на то, что за послѣдніе 3 мѣсяца, послѣ удара, нанесеннаго ей въ голову коровой, у нея стали появляться головныя боли и упадокъ зрѣнія, немного спустя,—сильная рвота, періодами, а недѣли 3 назадъ тому она почти совсѣмъ ослѣпла, бывали въ тоже время и какіе-то припадки.—При объективномъ изслѣдованіи оказался neuritis oedematosa обоихъ глазъ (д-ръ А. Г. Агабабовъ), общее ослабленіе произвольныхъ движеній, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, а тактическая (мозжечковая) походка, локалізація головной боли по преимуществу въ затылкѣ, въ силу чего амбулаторно былъ діагностированъ tumor cerebelli; 9/ix больная поступила въ клинику, гдѣ спустя 3 часа скончалась при явленіяхъ тяжелыхъ мозговыхъ припадковъ. При аутопсіи была обнаружена небольшихъ размѣровъ sarcoma въ верхней части праваго полушарія мозжечка, при разспросѣ же родныхъ, болѣе тщательно, выяснилось, что начало заболѣванія слѣдовало относить къ гораздо болѣе давнему времени: головныя боли и явленія общей слабости здѣсь начались уже болѣе 8 мѣсяцевъ тому назадъ и т. д.

Въ анамнезѣ нашего больного имѣлись явныя указанія въ пользу того, что патологическій процессъ, по поводу котораго онъ обратился ко мнѣ 25/vi, имѣлъ давность не болѣе 2—2¹/₂ мѣсяцевъ, именно, съ апрѣля мѣсяца, когда впервые появились незначительныя головныя боли; интензивное ухудшеніе послѣдовало лишь съ начала іюня, а полное развитіе картины—съ 15 іюня. Подобное быстрое теченіе не свойственно пролифераціонному новообразованію черепной полости, гдѣ симптомы нарастаютъ медленнѣе и лишь острый взрывъ уже имѣющей болѣзни, заканчивая дѣло, симулируетъ острое теченіе процесса. Далѣе, картинѣ пролифераціоннаго

новообразования въ описываемомъ стадіи соотвѣтствовалъ бы отечный невритъ зрительнаго нерва, здѣсь же былъ neuritis simplex, говорящей скорѣе за воспалительный процессъ въ полости черепа.

Въ силу сказаннаго, всякая мысль о существованіи пролиферационнаго новообразования въ данномъ случаѣ не выдерживала критики.

Изъ инфекціонныхъ новообразованій приходилось имѣть въ виду, какъ наиболѣе частыя, туберкулезное или сифилитическое пораженіе головного мозга—съ вовлеченіемъ въ процессъ мозговыхъ оболочекъ или безъ ихъ участія.

Представленіе о возможности развитія специфическихъ бугорковъ въ полости черепа вмѣстѣ съ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ (что удобнѣе разсматривать совмѣстно), т. е. о meningitis tuberculosa у нашего больного—не находило себѣ достаточнаго подтвержденія со стороны общаго его состоянія, его habitus'a отсутствія аналогичныхъ пораженій въ легкихъ, въ железахъ, костяхъ, суставахъ и т. п.—вообще въ виду отсутствія какихъ бы то ни было указаній въ настоящемъ и прошломъ больного и его семьи на существованіе туберкулеза. Подобному предположенію, далѣе, не соотвѣтствовало и обычное теченіе бугорковаго пораженія головного мозга: здѣсь не было колебаній t-ры отъ цифръ довольно высокихъ до нормальныхъ или даже субнормальныхъ втеченіе короткихъ промежутковъ времени, здѣсь не было и вообще повышенной t-ры, что свойственно туберкулезному менингиту. При туберкулезѣ менингеальныя явленія раздраженія бывають выражены еще рѣзче, чѣмъ было у нашего больного: помимо рѣзкой головной боли, проявляющейся даже и въ безсознательномъ состояніи (сгі hydrécephalique), и рвоты, наблюдается бредъ (доходящій до спутанности), потемнѣніе сознанія (до комы), судороги, ригидность мускулатуры спины и шеи и т. д.; нѣсколько дней спустя, явленія раздраженія смѣняются паралитическими при существованіи порой непродолжительныхъ ремиссій. Туберкулезный менингитъ, въ отличіе, напр., отъ сифилитическаго, характеризуется болѣе быстрымъ началомъ, бурнымъ теченіемъ, непродолжительностью; длительность развитого стадія болѣзни, смѣняющаго продромальный періодъ, равняется—2 или 3 недѣлямъ, исходъ—смертельный, хотя въ литературѣ и приводились случаи яко бы излеченія. Такова въ общихъ чертахъ картина туберкулезнаго менингита у дѣтей; у взрослыхъ она не столь опредѣленна, менѣе типична, но ея развитой стадій близокъ къ таковому же у дѣтей. Нашъ случай не представлялся столь тяжелымъ даже и въ позднѣйшемъ своемъ стадіи, хотя по продолжительности своей, если бы дѣло касалось туберкулеза, долженъ былъ бы уже носить на себѣ и всѣ типичныя особенности этого послѣдняго, а потому въ

виду несоотвѣтствія наблюдавшихся явленій съ картиной туберкулезного менингита, о послѣднемъ въ данномъ случаѣ не могло быть и рѣчи.

Также опредѣленно рѣшался вопросъ и относительно другой формы туберкулезного пораженія головного мозга въ видѣ ограниченныхъ солитарныхъ туберкуловъ (*méningite tuberculense en plaques*), локализирующихся преимущественно на выпуклой поверхности головного мозга и особенно въ двигательной области; эти желтоватыя плоскія бляшки на *ria mater* и *arachnoideu*, рѣзко обособленныя отъ сосѣднихъ оболочекъ, вовлекаютъ въ пораженіе подлежащую мозговую кору (*meningo—encephalitis tuberculosa*) и тѣмъ вызываютъ рядъ разстройствъ въ двигательной сферѣ съ характеромъ *hyperkines'a* и *akines'a*—судороги и парезы. Эти образованія развиваются очень медленно, не вліяя на сосѣднія ткани и не вызывая воспалительно-экссудативныхъ явленій въ полости черепа, а потому протекаютъ хронически, не сопровождаясь общемозговыми припадками, свойственными воспалительнымъ или новообразовательнымъ процессамъ въ черепной полости; процессъ проявляется долгое время, какъ сказано, лишь въ видѣ судорожныхъ припадковъ съ характеромъ *epilepsiu partialis*¹⁾. Нашъ случай по своему теченію и проявленіямъ рѣзко отличался отъ описанной формы (довольно быстрое теченіе, общемозговые симптомы, отсутствіе очаговыхъ припадковъ и т. д.), почему и не могъ быть объясненъ съ подобной точки зрѣнія.

Изъ сказаннаго видно, что о бугорковомъ процессѣ въ полости черепа въ нашемъ случаѣ не приходилось говорить въ виду отрицательныхъ данныхъ анамнеза (личнаго и семейнаго) и *status praesentis* субъекта; это вполне подтвердилось дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни при могущественномъ вліяніи специфической терапіи.

Проще рѣшался вопросъ о с и ф и л и т и ч е с к о м ъ пораженіи головного мозга или его оболочекъ въ описываемомъ случаѣ. Уже одно то обстоятельство, что въ анамнезѣ больного было явное указаніе на пріобрѣтенный въ 1897 г. сифилисъ, леченный затѣмъ у извѣстныхъ спеціалистовъ, а знаки отъ поверхностно-узловатаго сифилида на правомъ бедрѣ съ несомнѣнностью подтверждали этотъ фактъ,—неволью направляло вниманіе въ данную сторону и ставило на первую очередь вопросъ: не имѣемъ ли мы здѣсь дѣла съ сифилисомъ головного мозга? Практика показываетъ, что перенесенный сифилисъ, даже и леченный достаточно правильно, благодаря ли своимъ особенностямъ, индивидуальности ли пациентовъ,

¹⁾ См. «О церебральномъ менингитѣ» А. М. Левковскаго въ Обзор. псих., неврологіи и эксперим. психологіи, 1901, № 8.

или особымъ неблагопріятнымъ условіямъ, а также благодаря сочетанію съ другими вредными моментами (алкоголизмъ, инфекция и т. п.), можетъ подавать поводъ къ возвратамъ, къ проявленіямъ въ наиболее тяжелой формѣ—въ формѣ сифилиса нервной системы, какъ центральной, такъ и периферической. Подобное проявленіе сифилиса наблюдается не только по истеченіи многихъ лѣтъ со времени зараженія,—какъ это принималось раньше, но нерѣдко—въ первые года, а въ исключительныхъ случаяхъ даже въ первые мѣсяца послѣ него. Потому-то, встрѣчаясь съ органическимъ пораженіемъ нервной системы у сифилитика, прежде всего задаешь себѣ вопросъ, нѣтъ ли непосредственной связи между настоящимъ и прошлымъ больного, и рѣшаешь его положительно при наличности известной категоріи симптомовъ, исключающихъ возможность иной природы пораженія. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ разрѣшается терапіей *ex juvantibus et nocentibus*, тѣмъ болѣе, что къ подобному приему, какъ не влекущему за собой сколько-нибудь вредныхъ послѣдствій для больного, приходится прибѣгать даже и въ тѣхъ неясныхъ въ этиологическомъ отношеніи случаяхъ, гдѣ при современномъ состояніи терапіи возможна помощь лишь отъ примѣненія ртути и іода: имѣя, напр., дѣло съ развивающимся новообразованиемъ въ полости черепа, въ большинствѣ случаевъ прежде всего примѣняется противусифилитическое леченіе (хотя иногда нѣтъ явныхъ указаній въ пользу сифилитической природы заболѣванія)—въ надеждѣ на то, что сифилисъ могъ быть своевременно не распознанъ, просмотрѣнъ, унаслѣдованъ отъ родителей и т. д. Подобная терапія въ этихъ случаяхъ предшествуетъ какому-либо болѣе энергичному вмѣшательству, напр., хирургическому, и она вполне законна, особенно принимая во вниманіе распространенность сифилиса среди населенія и зачастую—скудость, неполноту и противорѣчивость анамнестическихъ данныхъ не у одного только простонародья, но и у лицъ привилегированныхъ классовъ. Нужно помнить, что въ иныхъ случаяхъ даже упорно скрывается бывшій сифилисъ и большого труда требуется для восстановленія истины.

По поводу сказаннаго не могу не припомнить одного больного У., крестьянина—волгара 33 лѣтъ, обратившагося въ 1899 г. въ Казанскую нервную клинику съ явленіями легкаго лѣвосторонняго гемипареза и съ припадками общей и главнымъ образомъ парціальнаго эпилепсіи на той же сторонѣ. Явныхъ признаковъ сифилиса ни въ прошломъ, ни въ настоящемъ не было обнаружено, почему предположено было развитіе какого-то патологическаго образованія въ области двигательной зоны или по ходу двигательныхъ проводниковъ въ правомъ полушаріи; подъ вліяніемъ брома и іода больному стало лучше, недѣли же 3—4 спустя по поступленіи въ клинику, образовались на

нашихъ, такъ сказать, глазахъ два сифилитическихкихъ періостита въ области *tibia dextra*; бромъ былъ отмѣненъ, назначена ртуть и іодъ—и больной спустя $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца выписался, почти совершенно здоровымъ, припадки во всякомъ случаѣ прекратились, явленія гемипареза начали сглаживаться.

Естественно было задаться подобнымъ же вопросомъ въ предъ-являемомъ мною случаѣ. Идя путемъ исключенія, мы видѣли, что предположенія о существованіи пролифераціоннаго новообразования или туберкулеза не выдерживали по отношенію къ нашему больному критики; какихъ-либо другихъ моментовъ заподозрить было нельзя: не было травмы черепа, картина не походила на явленія, сопровождающія такъ наз. солнечный ударъ, не было повода къ образованію абсцесса головного мозга, гнойнаго менингита, тромбоза синусовъ и т. д., да и теченіе болѣзни противорѣчило подобнымъ состояніемъ: нельзя было констатировать какого-либо инфекціоннаго заболѣванія (малярія, тифъ и т. д.), интоксикаціи или аутоинтоксикаціи, могущихъ подать поводъ къ появленію аналогичныхъ припадковъ. Оставался лишь одинъ этиологическій моментъ—сифились. Посмотримъ же, какъ въ общихъ чертахъ протекаетъ сифилитическое заболѣваніе головного мозга и насколько соотвѣтствуетъ знакомымъ типическимъ формамъ нашъ случай.

Воздѣйствіе сифилитическаго яда на головной мозгъ, возникая далеко не рѣдко втеченіе какъ пріобрѣтеннаго, такъ и наслѣдственнаго сифилиса, проявляется клинически въ высшей степени разнообразно и причудливо въ зависимости отъ мѣста своего непосредственнаго приложенія, отъ обширности затронутаго района, отъ интензивности вызванныхъ разстройствъ и самаго ихъ характера, отъ вліянія иныхъ условій какъ неблагопріятнаго свойства, такъ и благопріятнаго и среди послѣднихъ—леченія. Грануляціонная ткань, возникающая подъ вліяніемъ сифилиса, отличается вообще нестойкостью, довольно быстро подвергается обратному развитію, распадается, рассасывается, что соотвѣтственнымъ образомъ отражается на сосѣднихъ тканяхъ (нервы, оболочки, сосуды и т. д.); этимъ опредѣляется и довольно быстрая въ иныхъ случаяхъ смѣна болѣзненныхъ явленій въ теченіе короткихъ промежутковъ времени (дни, часы), что придаетъ иногда весьма характерный оттѣнокъ клинической картинѣ. Чаще всего подъ вліяніемъ сифилиса страдаютъ мозговья оболочки (*meningitis syphilitica*) преимущественно на основаніи, причемъ на ряду съ разлитымъ на болѣе или менѣе обширномъ районѣ воспалительнымъ процессомъ встрѣчаются порой и обособленныя гумозныя опухоли; сосѣднія части (нервные стволы, мозговья кора) вовлекаются въ процессъ, подвергаясь болѣе или менѣе глубокимъ измѣненіямъ (*neuritis, atrophia nervi, endarteriitis, encephalitis* и

т. п.), что соответствующимъ образомъ отражается на клинической картинѣ. Далѣе весьма часто подъ влияніемъ сифилиса страдаетъ сосудистый аппаратъ, не только артеріальный, но по новѣйшимъ изслѣдованіямъ и венозный; развивается артеріосклерозъ, *endarteritis obliterans*, тромбозъ сосудовъ, разрывъ ихъ съ послѣдующимъ кровоизліаніемъ, размягченіемъ мозга и т. д. На этой почвѣ возникаютъ разнообразнѣйшіе клиническіе симптомы, причемъ заболѣванія сосудовъ отличаются своей стойкостью. Сосуды основанія мозга страдаютъ опять же по преимуществу. Наконецъ, надо упомянуть и о локализациі гуммозныхъ новообразованій въ самомъ веществѣ головного мозга, или изолированно, или чаще—множественно; весьма нерѣдко менингитъ влечетъ за собой заболѣваніе самого мозгового вещества (*meningoencephalitis luica*).

Пестрота и измѣнчивость клинической картины зависятъ отъ разнообразія патолого-анатомическаго субстрата, его характера и свойствъ отъ множественности патологическихъ очаговъ и разнообразныхъ сочетаній ихъ; такъ, могутъ существовать исключительно заболѣванія одного изъ вышеупомянутыхъ отдѣловъ (мозговья оболочки, сосуды, вещество головного мозга) или же они сочетаются между собой въ безконечныхъ комбинаціяхъ.

Все сказанное имѣетъ большое значеніе при постановкѣ діагноза, прогноза, назначеніи терапіи: раннее леченіе въ подходящихъ случаяхъ можетъ устранить всѣ симптомы или по крайней мѣрѣ значительно ослабить ихъ; запоздалое леченіе, особенно въ случаяхъ тяжелыхъ или тамъ, гдѣ произошли уже деструктивныя измѣненія въ нервныхъ элементахъ и сосудахъ, можетъ оказаться малоуспѣшнымъ или безуспѣшнымъ. Въ практическомъ отношеніи авторы пытаются клинически установить 3 формы сифилитическаго пораженія головного мозга: менингеальную, гуммозную и сосудистую (артеріальную). 1-ая характеризуется явленіями раздраженія (головная боль, рвота, судороги); къ которымъ присоединяются со временемъ явленія выпаденія (парезы); при гуммозномъ сифилисѣ одновременно существуютъ явленія раздраженія и выпаденія и общемозговые симптомы, свойственные опухоли мозга; обѣ эти формы лучше поддаются терапіи особенно въ стадіи такъ наз. экссудативной. Что касается до сосудистой формы мозгового сифилиса (пораженіе артерій, венъ), то здѣсь прежде всего выступаютъ явленія выпаденія мозговыхъ функцій (параличи), причемъ эта форма не легко поддается терапіи ¹⁾.

¹⁾ См. Левковскаго, 1. с.

Имѣя передъ собой субъекта, перенесшаго въ прошломъ (близкомъ или далекомъ) сифились и представляющаго клиническую картину, которая не подходит ни подъ какое другое опредѣленіе, обыкновенно останавливаешься на данномъ этиологическомъ моментѣ. Къ подобному же заключенію слѣдуетъ прийти и по отношенію къ представляемому случаю: здѣсь было сифилитическое поражение головного мозга—*lues cerebri*. Говорить о самостоятельномъ пораженіи сосудистаго аппарата здѣсь не приходилось: при 2-хъ мѣсячной продолжительности болѣзни мы давно имѣли бы уже осязательныя послѣдствія этого въ видѣ тѣхъ или иныхъ нарушенийъ въ правильности функцій сосудистой системы (тромбозъ, гемморрогія и т. п.), чего не было. Въ нашемъ случаѣ были почти исключительно симптомы раздраженія, что не свойственно такъ назыв. „артеріальному сифилису“, гдѣ, какъ было упомянуто, преобладаютъ паретическія явленія. Приведенная выше картина болѣзни могла указывать на развивающееся внутри черепа новообразование: за это говорили жестокіе припадки головныхъ болей, головокруженія, общей протраціи, рвоты и т. д. на общемъ фонѣ тѣхъ же симптомовъ, слабѣе развитыхъ въ остальное время; могла, слѣдовательно, идти рѣчь о существованіи гуммы или гуммъ головного мозга или и его оболочекъ. У насъ не было объективныхъ признаковъ, говорящихъ въ пользу локализаціи гуммозной опухоли въ самомъ головномъ мозгу: не было парезовъ, судорогъ, анестезій, отечнаго неврита зрительныхъ нервовъ и т. д.; слѣдовательно, возможно было предполагать существованіе гуммы въ такой области головного мозга, пораженіе которой не проявляется внѣшне опредѣленными, очаговыми симптомами, или же приходилось говорить о развитіи гуммознаго новообразованія внѣ вещества головного мозга—въ его оболочкахъ. Последнее допущеніе проще уже въ силу той преимущественной частоты, съ которой гуммы предпочтительнѣе поражаютъ оболочки. Но гуммы оболочекъ въ бѣльшей или меньшей степени измѣняютъ окружающую ткань и такимъ образомъ влекутъ за собой менингеальныя явленія—возникаетъ гуммозный менингитъ. Подобныя толкованія какъ нельзя болѣе приложимы къ нашему случаю, а офтальмоскопическое изслѣдованіе вполне подтверждало ихъ: ясно было, что въ оболочкахъ на основаніи черепа, въ области перекреста зрительныхъ нервовъ, существовалъ воспалительный процессъ, заходившій отсюда и дальше по основанію и, по всей вѣроятности, осложнявшійся образованіемъ особыхъ гуммъ—тутъ же по сосѣдству въ оболочкахъ, а, быть можетъ, и вдали отъ хиазмы. Преобладали, повидимому, менингеальныя явленія, за что говорило состояніе глазъ (*neuritis simplex*) и постоянныя явленія раздраженія оболочекъ. Но съ другой стороны тяжесть приступовъ и припадковъ позволяли думать о началѣ гуммозныхъ образованій,

не успѣвшихъ еще отразиться на состояніи глазного дна. Т. о. правильнѣе признать здѣсь сочетаніе обѣихъ формъ—meningitis gummosus.

Въ полную связь съ предполагаемымъ патолого-анатомическимъ субстратомъ можно поставить всѣ симптомы, входящіе въ составъ клинической картины нашего случая: развитіе припадковъ втеченіе сравнительно короткаго времени, колебанія въ теченіи болѣзни, бурные взрывы и ремиссіи, отсутствіе замѣтныхъ колебаній температуры и т. д. Процессъ не успѣлъ вызвать значительныхъ (деструктивныхъ) измѣненій въ нервной ткани, чѣмъ объяснялось отсутствіе гнѣздныхъ симптомовъ, и находился еще въ предѣлахъ того стадія, который характеризуется лишь общемозговыми явлениями: головная боль, головокруженіе, рвота, общая прострація и т. д. Изъ мѣстныхъ симптомовъ можно упомянуть только о неравенствѣ зрачковъ и ихъ вялой свѣтовой реакціи, а главное—о воспаленіи зрительныхъ нервовъ, что указывало на участіе ихъ въ воспалительномъ процессѣ, существующемъ на основаніи черепа.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія.

Л. В. Соболевъ. *Къ морфологій поджелудочной железы при перевязкѣ ея протока, при діабетѣ и нѣкоторыхъ другихъ условіяхъ* (экспериментальное и патологоанатомическое изслѣдованіе). Дисс. СПБ. 1901 года.

Въ настоящей работѣ затрагивается мало изученный въ патологій вопросъ о значеніи «островковъ» (intutubulär Zellenhaufen) Zanycihausa въ функціи поджелудочной железы.

Островки эти почти незамѣтны для невооруженнаго глаза, построены изъ клѣтокъ эпителиальнаго характера, нѣсколько меньшей величины, чѣмъ отдѣлительныя клѣтки.

Клѣтки островковъ расположены рядами, между которыми залегаютъ капилляры.

Выводныхъ протоковъ островки не имѣютъ, чѣмъ напоминаютъ такъ наз. кровяныя железы, каковы напр. надпочечникъ и околотитовидная железа.

Многочисленныя экспериментальныя и патологоанатомическія изслѣдованія автора открываютъ въ островкахъ совершенно иное отношеніе ко многимъ на нихъ воздѣйствіямъ сравнительно съ таковымъ клѣтокъ отдѣлительнаго аппарата.

Такъ, при задержкѣ секреціи железы (вслѣдствіи перевязки или перерѣзки протока), у людей при склеротическихъ пораженіяхъ (вслѣдствіе сифилитической инфекціи) подвергались атрофіи преимущественно элементы пищеварительнаго аппарата железы, островки же сохранились.

При углеводномъ питаніи, діабетѣ (у людей) гибли наоборотъ островки и уцѣлевали прочіе элементы железы.

На основаніи приведенныхъ фактовъ авторъ заключаетъ, что функціей островковъ Langerhans'a является регуляція углеводнаго обмена въ организмѣ, и что съ выпаденіемъ этой функціи при гибели островковъ наступаетъ болѣзненное состояніе—сахарное мочеизнуреніе.

Н. Осокинъ.

Д-ръ С. Лигинъ. *Включенія остеоиднаго вещества въ протоплазмъ остеобластовъ.* Русск. архивъ Пат., Клин. мед. и бактериологіи. Т. XIII, Вып. I. 1902 г.

Чтобы изучить значеніе остеобластовъ въ продукціи молодой кости авторъ производилъ переломы крыла у куръ и затѣмъ изслѣдовалъ периферическія части молодыхъ костныхъ образованій. На 8-ой, 9-ый день, когда уже минуетъ періодъ острыхъ послѣдствій травмы, начинается періостальное образованіе кости. Въ то время микроскопъ обнаруживаетъ среди остеоидной гомогенной массы присутствіе остеобластовъ. Во многихъ изъ нихъ, а особенно въ слѣб, прилежающемъ непосредственно къ кости помимо ядра, имѣется включеніе, сферической формы, при окрашиваніи воспринимающее тотъ же цвѣтъ, что и вещество остеоидной ткани. Мѣстами это сферической формы вещество находится внѣ клѣтокъ и протоплазма послѣднихъ образуетъ около него какъ бы рога. Наблюдаемая картина авторъ истолковываетъ въ смыслѣ Gegenbauer'a, т. е. что костное вещество образуется внутри остеобласта и какъ бы сесернируется имъ.

Самъ остеобластъ, израсходовавъ массу своей протоплазмы частью на образованіе вышеупомянутыхъ роговъ, частью на выработку секрета, становится меньше и наконецъ превращается въ костное тѣльце.

Н. Осокинъ.

Общая терапія.

Г. Цѣханскій. *Современные успѣхи свѣтолеченія* (докладъ О-ву. Охр. Н. З.)—Мед. Обзор. 1902 г. № 5.

Свѣтолеченіе переживаетъ періодъ необыкновенно быстрого роста, обративъ на себя вниманіе многочисленныхъ изслѣдователей. Появив-

шись всего какихъ-нибудь 5—6 лѣтъ назадъ, методъ этотъ не могъ еще дать непоколебимыхъ выводовъ и точныхъ показаній. Авторъ различаетъ въ свѣтолеченіи три категоріи: леченіе теплымъ свѣтомъ, леченіе холоднымъ свѣтомъ и леченіе цвѣтовымъ свѣтомъ.

Болѣе всего обращено было вниманіе на улучшеніе аппаратовъ, служащихъ источниками свѣта. Указавъ на аппаратъ Fin sen'a, лампу Lortet et Genoud, лампу Nernst'a, авторъ останавливается на приборахъ съ лампочками накаливанія, предпочитаемыхъ большинствомъ врачей какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей. Чаше всего примѣняются свѣтовые шкапы (Lichtschranke), впервые введенные въ медицину швейцарцемъ Арнольдомъ Рикли въ 1865 г. Въ послѣднее время появились свѣтовые шкапы, состоящіе изъ лампочекъ накаливанія и изъ нѣсколькихъ вольтовыхъ дугъ. Принципы дѣйствія лампочекъ накаливанія еще не выяснены. По автору, эффектъ, по всей вѣроятности, зависитъ отъ совмѣстнаго дѣйствія трехъ факторовъ: лучистой теплоты, свѣта и образующагося вокругъ лампочки электростатическаго поля. Далѣе, авторъ переходитъ къ разбору успѣховъ свѣтолеченія въ практическомъ смыслѣ, предпославъ также нѣсколько словъ о новѣйшихъ теоретическихъ работахъ по данному вопросу. Особеннаго вниманія заслуживаетъ работа Борисова: «Къ ученію о вліяніи свѣта и темноты на организмъ животныхъ». По выводамъ этого автора, свѣтъ усиливаетъ поступленіе и задержку питательнаго матеріала и дѣйствуетъ также на составъ крови, увеличивая количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Этотъ результатъ находится въ полномъ согласіи съ выводами Franz'a Schönemberger'a. Далѣе, авторъ отмѣчаетъ двѣ работы, произведенныя въ клиникѣ проф. Бехтерева, принадлежащія д-ру Тривусу и д-ру Солухѣ. Первый наблюдалъ вліяніе цвѣтового свѣта на пульсъ въ смыслѣ угнетенія; второй авторъ доказалъ проницаемость кожи для свѣта. Наконецъ, Глѣбовскій въ своей работѣ «Леченіе свѣтомъ по Fin sen'u» констатируетъ рѣзкое вліяніе свѣта на элементы волчаночной гранулемы.—Что касается практической стороны свѣтолеченія, то разборъ работъ авторъ начинаетъ съ простѣйшаго типа, т. е. съ одиночныхъ лампочекъ накаливанія. Сюда относятся наблюденія Кесслера, Минина и др. Авторъ отрицаетъ значеніе столь слабаго источника свѣта какъ лампочки накаливанія, и примѣняетъ ихъ исключительно какъ носителей тепла у паралитиковъ, массируя пораженныя конечности и устраняя этимъ путемъ мучительную для больныхъ язвкость. Гораздо лучше результаты по автору, даютъ методы съ комбинаціей многихъ лампочекъ, при чемъ ссылается на работы Свидерскаго, Клячкина, Эйгера и Strebel'я.—Общій характеръ выводовъ автора весьма благоприятенъ методу свѣтолеченія.

Г. Клячкинъ.

Н. В. Слѣтовъ.—*Теоретическія основанія леченія свѣтомъ.* Мед. Обзор. 1902 г. № 5.

Авторъ извѣстенъ многими работами по свѣтолеченію. Настоящая работа представляетъ разборъ этого метода въ его теоретическихъ основаніяхъ. Авторъ вкратцѣ формулируетъ господствующій теперь въ литературѣ взглядъ: пучекъ свѣта,—солнечный или сильной вольтовой дуги,—охлаждается окрашивается, направляется на обезкровленное больное мѣсто, гдѣ холодный свѣтъ химическихъ лучей убиваетъ бактерій и тѣмъ излечиваетъ (курсивъ автора). Всѣ эти основанія, по мнѣнію автора, не могутъ претендовать на безспорную истину. Новѣйшія данныя свѣтохиміи отрицаютъ существованіе особыхъ химическихъ лучей, а всѣ лучи спектра—видимые и невидимые способны въ извѣстныхъ случаяхъ вызывать химическое дѣйствіе. Взглядъ этотъ авторъ подтверждаетъ также многими научными фактами. Группировка лучей на тепловые, свѣтовые и химическіе въ настоящее время не можетъ считаться рациональною, такъ какъ по существу нѣтъ никакой разницы между лучами 3-хъ видовъ: всѣ они суть только частные случаи одного непрерывнаго ряда однородныхъ явленій, разнящихся между собою только количественно. Въ частности, что касается ультрафіолетовыхъ лучей, которымъ школа Finsen'a приписываетъ особенно цѣлебное значеніе при волчанкѣ, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что эти лучи поглощаются и воздухомъ. По замѣчанію автора, для большей точности всѣ приемы слѣдовало-бы производить въ безвоздушномъ пространствѣ.

Здѣсь-же авторъ дѣлаетъ цифровую поправку: по Finsen'у, отъ 60—80 амперныхъ вольтовыхъ дугъ получается цифра 4000 свѣчей; между тѣмъ простое вычисленіе даетъ лишь 5400 свѣчей. Далѣе, авторъ считаетъ неправильнымъ названіе свѣта холоднымъ: по наблюденіямъ проф Rieder'a, у фокуса финзенскаго аппарата, несмотря на холодильникъ, загоралась бумага и распускалась желатина, точка плавленія которой 27° C.—Мнѣніе Finsen'a, что въ отсутствіи крови бактеріи погибаютъ и въ тканяхъ, доказываемое имъ опытомъ съ пропусканіемъ фіолетоваго луча черезъ обезкровленную сережку уха, при чемъ происходитъ потемнѣніе фотографической бумажки,—встрѣчаетъ также противорѣчіе въ опытахъ того-же Rieder'a, который покрывалъ культуру бактерій кусочкомъ свѣже-отпрепарованной кожи, при чемъ тѣ-самыя бактеріи, которыя погибли въ 1—2 мин., при томъ-же самомъ свѣтѣ, закрытыя кожей, только ослаблялись, но не погибали. Отсюда авторъ дѣлаетъ тотъ выводъ, что фотографическіе эффекты не всегда можно обобщать и что кожа такъ-же поглощаетъ химическіе лучи, какъ и кровь.

Авторъ считаетъ нужнымъ прибавить, что, не смотря на многія теоретическія невѣрности, онъ не опровергаетъ хорошихъ практическихъ результатовъ, получаемыхъ по методу Finsen'a. Автору кажется, что тѣхъ-же терапевтическихъ эффектовъ можно добиться и болѣе простыми приемами. [Такой-же взглядъ высказанъ мною въ ст. «къ

вопросу о лечебномъ дѣйстви электрическаго свѣта»—Каз. Мед. Ж. 1901. реф.]. Автору удалось собрать большое количество восковыхъ слѣпковъ и фотографій волчаночныхъ больныхъ, на которыхъ ясно видно, что улучшения и излечения возможны и при пользованіи самыми обыкновенными лампочками накаливанія. Изъ положеній автора отмѣчу слѣдующія: 1) Способъ Finsen'a, будучи безвреднымъ и лучшимъ съ косметической точки зрѣнія, оказался полезнымъ въ самомъ тягостномъ обезображеніи лица—волчанкѣ,—2) Тѣхъ-же результатовъ можно достигнуть болѣе простыми путями, стоитъ только не задаваться предвзятыми мыслями о химическихъ лучахъ, о холодномъ свѣтѣ. 3) Дѣйствіе свѣта на бациллы пока не имѣетъ подъ собою никакой реальной почвы.

Г. Клячкинъ.

Нервные болѣзни.

Я. Ф. Капланъ.—*Нѣсколько наблюденій надъ леченіемъ церебриномъ падуцей болѣзни.* (Изъ Уфимской губ. псих. больницы).—Медиц. Обозр. № 4, 1900 г.

Всѣмъ извѣстна горячая полемика, поднявшаяся недавно, между д-ромъ Бѣляковымъ и д-ромъ Лиономъ по поводу статьи послѣдняго, предлагающей новый способъ леченія падуцей. Въ то время, какъ д-ръ Лионъ считаетъ церебринъ могущественнымъ средствомъ для борьбы съ этой болѣзью, д-ръ Бѣляковъ, имѣвшій дѣло съ тѣмъ-же матеріаломъ, совершенно отрицаетъ всякое лечебное значеніе церебринъ при падуцей.—Авторъ рѣшилъ подвергнуть дѣйствию церебринъ больныхъ, страдающихъ эпилепсіей въ самыхъ различныхъ формахъ проявленія ея, и приводитъ 13 собственныхъ наблюденій. Въ двухъ случаяхъ автору пришлось прекратить назначеніе церебринъ «въ виду значительнаго учащенія и силы припадковъ». Въ остальныхъ случаяхъ авторъ также не могъ констатировать благоприятнаго вліянія ни на нервныя, ни на психическія проявленія эпилепсіи. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что не видитъ основаній «экспериментировать» далѣе съ церебриномъ въ случаяхъ эпилепсіи, для борьбы съ которой еще не найдено специфическаго средства, но есть

достаточно симптоматическихъ средствъ, которыми возможно оказывать пользу больнымъ.

Г. Клячкинъ.

Академикъ И. Р. Тархановъ. *О физиологическомъ дѣйствии Cerebrini prof. Пеля.* (Предварительное сообщеніе). Журналъ медицинской химіи и органотерапіи. 1902 г. № 25—26.

Авторъ, заинтересовавшись клиническими наблюденіями д-ра Ліона надъ благотворнымъ дѣйствиемъ cerebrini проф. Пеля на падучихъ больныхъ, счелъ важнымъ выяснитъ не дастъ ли физиологическій опытъ подѣ дѣйствиемъ этого средства какихъ нибудь несомнѣнныхъ экспериментальныхъ данныхъ, могущихъ пролить свѣтъ на вышеуказанныя клиническія наблюденія. Авторъ экспериментировалъ на лягушкахъ. Результаты своихъ опытовъ авторъ раздѣляетъ на три отдѣла: вліяніе cerebrini на нервную систему вообще, на психическое возбужденіе и на сердце.

Введеніе 0,002—0,004 и болѣе высокихъ дозъ церебринъ въ 2% растворѣ въ спинной лимфатической мѣшокъ нормальныхъ лягушекъ сильно успокаиваетъ ихъ, говоритъ авторъ, и ослабляетъ энергію ихъ движеній; дѣйствіе препарата длится иногда днями и затѣмъ постепенно исчезаетъ. Такое дѣйствіе церебринъ, по мнѣнію автора, можетъ зависѣть или отъ ослабляющаго дѣйствія его на раздражительность нервныхъ центровъ вообще, или отъ возбужденія задерживающихъ механизмовъ головного мозга, или отъ того и другого условія вмѣстѣ. Для выясненія этого вопроса авторъ производилъ измѣренія кислотныхъ рефлексовъ по способу Тюхна и пришелъ къ заключенію, что достигаемое церебриномъ успокоеніе животныхъ обязано обѣмъ только что названнымъ причинамъ. Кромѣ этого авторъ отмѣчаетъ, что всѣ отраженныя движенія представлялись ослабленными, болѣе плавными, менѣе внезапными и отрывочными, изъ чего заключаетъ, что пониженіе раздражительности распространяется не только на чувствующіе, но и на двигательные центры спинного мозга.

Для выясненія вліянія церебринъ на психическое возбужденіе животныхъ, авторъ пользовался такимъ состояніемъ у лягушекъ, вызваннымъ хлороформомъ. Вотъ результаты этихъ наблюденій: церебринированныя предварительно лягушки возбуждаются при хлороформированіи гораздо слабѣе и засыпаютъ значительно скорѣе нормальныхъ, хлороформный наркозъ наступаетъ скорѣе и длится дольше, галлюцинаторный періодъ психическаго возбужденія или совсѣмъ отсутствуетъ, или выраженъ очень слабо. На основаніи этого авторъ заключаетъ, что церебринъ понижаетъ энергію психическихъ процессовъ у животныхъ, а кромѣ этого, предварительно введенный, можетъ благо-

творно вліять при хлороформированіи животныхъ, а можетъ быть и человека, способствуя болѣь быстрому и легкому наступленію наркоза, а такъ-же вліяя и на его продолжительность.

Церебринъ въ дозахъ 0,004 и выше замедляетъ и ослабляетъ сердцебіеніе; особенно замѣтно это его дѣйствіе отмѣчается при сочетаніи его съ хлороформомъ. Такое дѣйствіе церебринъ на сердце можетъ, по автору, благопріятно вліять и на нервныя и психическія акты, понижая черезъ кровообращеніе ихъ интензивность.

М. Романовъ.



МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Общество русскихъ врачей въ г. Одессѣ.

Засѣданіе 9 февраля 1902 года.

1) Профессоръ Н. А. Батуевъ сдѣлалъ сообщеніе: О врожденныхъ свищахъ шеи въ связи съ вопросомъ о такъ называемыхъ жаберныхъ щеляхъ.

Докладчикъ показалъ молодого субъекта 21 года, у котораго на шеѣ находятся два врожденныхъ точечныхъ отверстія; изъ нихъ по временамъ выдѣляется жидкость, кашель и сморканіе не вызываютъ выдѣленія ея. Субъектъ иногда можетъ прощупать подъ отверстіемъ по ходу вверхъ къ гортани подкожный шнурокъ, давленіе на который вызываетъ истеченіе жидкости и спаденіе шнурка. Отверстіе находится въ нижней части шеи соотвѣтственно внутреннему краю *sternocleidomastoidei* одно на 27 миллиметр. отъ грудины, другое на 33; промежутокъ между ними 48 mlmt., правое отверстіе отъ средней линіи находится на разстояніи 23, лѣвое 25 mlmt; отверстіе окружено краснымъ сосочкомъ; прощупываются оба шнурка, идущихъ отъ свищевыхъ отверстій.

Въ отверстіе можно ввести щетинку или очень тонкій зондъ на 3,5 смм. въ правый и на 1,5 с. въ лѣвый свищъ; у субъекта вызывается при этомъ кашель и глотательныя движенія; если вводитъ зондъ дальше то, получаютъ колющія боли. Посредствомъ канюльки было введено въ свищъ 11 капель воднаго раствора хины свищъ растирался по длинѣ, но жидкость не протекаетъ въ глотку, не вызываетъ ни кашля, ни глотанія. Выдѣленная изъ свища жидкость кажется мутной слизистой, имѣетъ клѣтки плоскаго эпителия съ ядромъ.

Врожденные свищи являются весьма интересными не столько въ практическомъ отношеніи, сколько въ теоретическомъ, представляя остатки т. наз. жаберныхъ образований, которыя существуютъ у зародыша въ 1-й мѣсяцъ жизни, развиваются

потомъ въ жаберный дыхательный приборъ. Врожденные свищи у человѣка извѣстны съ 1781 г. (Hunczowski). О нѣсколькихъ случаяхъ сообщилъ Dzondi въ 1821 г.; въ одномъ изъ нихъ свищъ получился изъ вскрывшейся опухоли, свищевое отверстіе съ горломъ не сообщалось, въ другомъ случаѣ Dzondi наблюдалъ изъ свища выходъ воздушныхъ пузырьковъ и потому назвалъ такой свищъ «трахеальнымъ». Aschenson (1852) впервые основываясь на ученіи Ratke о жаберныхъ дугахъ, далъ объясненіе врожденныхъ свищей изъ жаберныхъ щелей; теорія его касательно полныхъ и неполныхъ свищей послѣ изслѣдованій His'a, Hertwig'a, Kolman'a и др., оказалась несостоятельной, такъ какъ нельзя однимъ существованіемъ жаберныхъ щелей объяснить происхожденіе шейныхъ свищей въ виду того, что у зародыша нижнія дуги смѣщаются въ глубину и происходятъ развитіе спереди и подъ всѣмъ жабернымъ образованіемъ общей шейной пазухи (BabI) или sinus praecervicalis (His). Rabl думаетъ, что сообщающіеся съ глоткой свищи происходятъ вслѣдствіе пороковъ развитія исключительно 2-й жаберной борозды глотки. Kostanecki и Milecki на основаніи 153 случаевъ даютъ тоже объясненіе: незакрытіе 2-й жаберной дуги; они считаютъ срединные свищи какъ боковые шейные, только сплюсненные; а всѣ боковые, за исключеніемъ случая Wirchovia'a, развившимися на почвѣ шейной пазухи и внутренней 2-й жаберн. борозды. Т. обр. полные шейные свищи происходятъ черезъ сохраненіе шейной пазухи и 2-й внутр. глоточной борозды или кармана съ прободеніемъ послѣдняго въ пазуху; внутренніе неполные свищи развиваются изъ сохраненія 2-й внутр. глоточной борозды и наружные неполные свищи образ. изъ полныхъ при зарощеніи глоточнаго отверстія.

Свищи имѣютъ отверстіе только въ глотку, а не въ дыхательные пути. Кисты объясняются зарощеніемъ обоихъ отверстій. Bartels однако полагаетъ, что въ образованіи свищей играетъ главную роль 4 жаб. щель и отверстіе открывается въ дыхательное горло, но это не вѣрно: въ дѣйствительности оно открывается всегда въ глотку, въ нѣкоторыхъ случаяхъ вблизи корня языка или позади его надъ гортанью. Свищи происходятъ на счетъ отверстія или во 2-й жаберной перепонкѣ или въ 3-ей отъ какихъ причинъ, сказать трудно: атрофическіе процессы, личныя особенности. Рѣдкіе свищи, направляющіеся внизъ къ груди нѣ образуются по Kostanecki вслѣдствіе замыканія одной только шейной пазухи и смѣщенія потомъ отверстія къ средней линіи. При ростѣ организма и неравномѣрнаго развитія отдѣльныхъ частей свищи дѣлаются извилистыми, а потому не пропускаютъ щетинки, хотя и отрываются въ глотку.

П р е н і я.

Д-ръ Кеферъ наблюдалъ въ своей хирургической практикѣ нѣсколько случаевъ врожденныхъ свищей, 1 случай даже оперированъ; у дѣвочки въ области jugulum, сантиметра на $1\frac{1}{2}$ выше sternum имѣлось маленькое отверстіе, кожа

представляла тонкую заслонку воронкообразную, вокруг экзема. Зондъ удалось ввести до верхняго края шитовиднаго хряща; дѣвица хотѣла избавиться отъ свища, помнила его съ дѣтства и согласилась на операцию; по введеніи зонда расщеплена кожа и съ зондомъ вмѣстѣ вылушенъ свищъ, зондъ можно было еще провести и онъ дошелъ до os hyoideum, случай прошелъ безъ рецидива. Кеферъ наблюдалъ еще 2 случая свищей какъ разъ по средней линіи. Срединный свищъ у ребенка лѣтъ 5 въ jugulum не пропускалъ зондъ; экзема, охватившая часть кожи, маленькая воронка и тяжъ; боковыхъ свищей не видалъ. Оба случая дали рецидивы.

Проф. Батуевъ: отверстие было по срединѣ, этотъ средній свищъ есть боковой смѣщенный.

Д-ръ Кеферъ: однако свищъ шелъ по срединной линіи.

Д-ръ Михневичъ: также наблюдалъ 2 случая срединнаго свища у мальчика 10 лѣтъ.

Д-ръ Хепцинскій. Демонстрація патологоанатомическихъ препаратовъ (множественная аневризма, саркома на мѣстѣ перелома бедра).

У субъекта 44 лѣтъ на вскрытіи оказалась абдоминальная аневризма, затѣмъ аневризма лѣвой бедренной артеріи, и аневризма iliacae externaе подъ пупартовой связкой, На брюшной аортѣ аневризма въ видѣ кармана ниже отхода arter mesentericae. У другого субъекта на мѣстѣ перелома бедра наступило образованіе опухоли, которая исходила изъ періоста и заключала нѣсколько костныхъ обломковъ. Укороченіе нижней конечности. Опухоль окружаетъ оба переломленныхъ конца и соединяетъ оба обломка. Если бы опухоль была раньше до перелома, то не было бы такого смѣщенія обломковъ, кость была бы измѣнена, а между тѣмъ видно, что кость совершенно безъ измѣненій.

Пренія.

Д-ръ Кеферъ: множественныя аневризмы по теоріи проф. Тома имѣютъ причиной артеріосклерозъ особенно tunicae mediae, которая не выдерживаетъ давленія. Если ослабленіе происходитъ на всемъ протяженіи, то получается цилиндрическая аневризма, если на одномъ мѣстѣ, то веретенообразная. Ослабленіе tunicae mediae происходитъ около 40 лѣтняго возраста. Въ бытность свою студентомъ д-ръ Кеферъ работалъ у проф. Тома, занимаясь вопросомъ объ отношеніи между давленіемъ и растяженіемъ сосудовъ. На животныхъ всегда наблюдалъ цилиндрическія, на людяхъ веретенообразныя. Случай д-ра Хепцинскаго является подтвержденіемъ, что организмъ ослабленный въ извѣстномъ возрастѣ предрасположенъ къ аневризмамъ. Черезъ 10 лѣтъ уже не можетъ образоваться аневризма вслѣдствіе разрастанія соединительной ткани,

В. И. Рудневъ.

Уральское Медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ.

Засѣданіе 15 декабря 1901 г.

1. Читается письмо Н. Ю. Кумберга, въ которомъ онъ сообщаетъ о слѣдующихъ интересныхъ случаяхъ изъ его практики:

а) Объ извлеченіи имъ личинокъ неизвѣстнаго насѣкомаго (червячковъ) изъ уха работника 20 л. Послѣдній жаловался на боль въ правомъ ухѣ и сообщилъ, что за 5 дней до прихода къ врачу, при сѣнокосѣ въ степи у него появился шумъ въ ухѣ. 20 червячковъ больной вынулъ уже самъ, столько же вымылъ водой его хозяинъ, но состояніе не улучшилось. При осмотрѣ зеркаломъ въ глубинѣ слухового прохода, дѣйствительно обнаружены черви, производящіе живыя движенія. Промываніе уха водой оказалось безуспѣшнымъ: не вышло ни одного червяка и только пинцетомъ удалось извлѣчь 6 штукъ, при чемъ оказалось, что личинки переднимъ концомъ крѣпко присосались частью къ барабанной перепонкѣ, частью къ боковымъ стѣнкамъ слухового прохода и ихъ приходилось буквально отрывать. Тогда Н. Ю. прибѣгъ къ иммобилизаціи личинокъ хлороформомъ, введеннымъ въ ухо на ватѣ, движенія личинокъ прекратились и пинцетомъ извлечено еще три личинки. Въ среднемъ ухѣ, черезъ продыравленную барабанную перепонку видна была еще одна личинка, которая однако выставлялась слишкомъ мало, такъ что ее и схватить нельзя было; выдвинуть ее продуваніемъ черезъ носъ также не удалось. Больной ушелъ безъ боли, съ запасомъ хлороформа, на случай, еслибы въ среднемъ ухѣ обнаружались признаки жизни паразита.

Зараженіе личинками мухи (Вольфартовой?) послѣдовало благодаря тому, что больной уже нѣсколько лѣтъ страдалъ гноетеченіемъ изъ этого уха. (Личинки были показаны на засѣданіи).

б) Пуля, извлеченная черезъ входное отверстіе, представляетъ тотъ интересъ, что она вылетѣла изъ барабана револьвера, лишеннаго дула. Кузнецъ 24 л. осматривалъ револьверъ. при чемъ послѣдовалъ выстрѣлъ. Пуля пробила мягкія части переносья слѣва, ударила въ *arcus superciliaris*, о который и сплуснулась.

в) Показанъ препаратъ опухоли, удаленной изъ влагалища при слѣдующихъ обстоятельствахъ: у 22 л. II-рача, вслѣдствіе атоническаго кровотеченія былъ удаленъ рукой послѣдъ. На третій день остановка выдѣленій. При изслѣдованіи Н. Ю. нашель, что влагалище было выполнено опухолью на ножкѣ, которую и отшипнулъ пальцами. Кумбергъ оставляетъ распознаваніе открытымъ: есть ли это *placenta saccenturiata* или выдѣлившаея *myoma*.

г) Упоминается 1) еще объ одномъ случаѣ сибирской язвы, удачно леченой прижиганіемъ азотной кислоты съ послѣдующими сулемовыми компрессами.

2) объ одномъ случаѣ Rupturae urethrae вслѣдствіе паденія на промежность (верхомъ на перегородку). Теченіе благопріятное. 3) О 2 случаяхъ задержанія мочи вслѣдствіе гипертрофіи предстательной железы. Въ обоихъ случаяхъ послѣ нѣсколькочасовой катетеризаціи возстановилось произвольное мочеиспусканіе и 4) о двухъ случаяхъ отравленія дѣтей мышьякомъ, выставленнымъ для отравленія мухъ.

— По поводу показанныхъ личинокъ доктора Тыминскій и Соколовъ сообщили объ аналогичныхъ случаяхъ изъ своей практики, гдѣ въ ухѣ размножились черви, подобные, найденнымъ д-ромъ Кумбергомъ.

2) Читанъ докладъ Н. Ю. Кумберга: «молочная кислота при волчанкѣ».

Колонистъ, 21 г., страдаетъ около 1 $\frac{1}{2}$ года заболѣваніемъ носа, къ которому вслѣдствіи, мѣсяца 3 тому назадъ, присоединилось и заболѣваніе неба и десенъ. Status $\frac{11}{IV}$ 1900 г. Кожа лѣвой половины носа грязновато-краснаго цвѣта, утолщена; небольшое поверхностное шелушеніе. Въ лѣвой носовой полости у наружнаго отверстія 2 глубокія язвы: одна въ углу, образуемомъ перегородкой носа съ крыломъ, другая на послѣднемъ въ наружной его части. На слизистой твердаго неба рядъ болѣе или менѣе глубокихъ язвъ, расположенныхъ въ поперечномъ направленіи. Язвы покрыты слизисто-гноиннымъ отдѣленіемъ, издають запахъ. Одна изъ язвъ, находящаяся почти въ центрѣ неба, наиболѣе глубока, но не сквозная. Рѣзцы, клики и передніе коренные зубы верхней челюсти шатаются, десны припухли, покрыты узелками и язвочками такого же характера, какъ и на небѣ. Въ послѣднее время больному было прописано КУ, котораго онъ не переноситъ. Зная изъ своей практики случай удачнаго примѣненія молочной кислоты при волчанкѣ, докладчикъ и здѣсь сталъ примѣнять ежедневныя смазыванія язвъ носа и полости рта чистой молочной кислотой.

Послѣ первыхъ, довольно болѣзненныхъ смазываній леченіе пришлось предоставить самому больному, жившему въ дальней колоніи. $\frac{9}{V}$ улучшеніе состоянія язвъ. $\frac{15}{V}$ уменьшеніе и очищеніе язвъ. $\frac{24}{V}$ десна лучше, зубы сидятъ крѣпче. На мѣстѣ зажившихъ язвъ—красныя пятна. Кожа носа приняла нормальный видъ и окраску,—Больной больше не показывался, по заявленію родныхъ (въ іюнѣ) онъ вполне здоровъ.

3) А. А. Миславскій демонстрировалъ доставленный врачомъ Ижевскаго завода, В. Я. Фроловымъ, препаратъ урода *Acerphalus abrachius*, родившагося 20. XII 1900 г: Вѣсъ плода 635 грам.; длина отъ верхушки до пятокъ 22 сантим.; окружность туловища черезъ пупокъ 26 сантим.; длина бедра отъ вертлуга до пятокъ 12 сантим.; окружность бедра 13 сантим.; окружность голени 6 сантим. На правой ногѣ 5 пальцевъ, изъ нихъ 3 въ верхнемъ рядѣ и два среднихъ нѣсколько ниже. На лѣвой ногѣ только 4 пальца,

Родителямъ каждому 24 года, живутъ въ супружествѣ 5 лѣтъ. Первые роды черезъ 1 годъ послѣ брака, ребенокъ жилъ 7 мѣсяцевъ; вторые роды снова черезъ годъ, ребенокъ жилъ только 9 дней. Третьи роды двойнями послѣдовали на 7½ м. беременности, изъ нихъ одинъ ребенокъ родился нормальнымъ и живъ, второй показанный уродъ. Ни у родителей, ни у дѣда сифилиса нѣтъ. У матери менструація является черезъ каждыя 6—7 недѣль.—Черезъ наружные покровы урода позвоночникъ не прощупывается, все представляется мясистымъ. У каждаго плода была своя плацента, Въ практикѣ А. А. это второй случай *Acephalus*, первый былъ съ руками.

Б. Левенсонъ.

Научныя собранія врачей Казанской Окружной Лечебницы.

Годичное засѣданіе 21 декабря 1901 г.

Предсѣдательствовалъ директоръ лечебницы В. И. Левчаткинъ, при секретарѣ Н. Н. Топорковѣ. Присутствовали ординаторы лечебницы: П. С. Скуридинъ, Л. А. Сергѣевъ, В. С. Болдыревъ, Г. В. Сороковиловъ, А. М. Зайцевъ, А. Д. Сколозубовъ, А. Н. Ивановъ, А. А. Цареградскій, Д. Я. Поповъ, В. Д. Колотинскій, гости: проф. Л. О. Оаркшевичъ, д-ра—В. Л. Борманъ, П. В. Покровскій, В. П. Первущинъ, Ф. Н. Чарушинъ, М. П. Романовъ, Д. П. Старцевъ, Виноградовъ, В. П. Малѣевъ. Открывши засѣданіе, директоръ лечебницы, предложилъ д-ру Н. Н. Топоркову прочитатъ отчетъ о дѣятельности научныхъ собраній за минувшій 1900—1901 г.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ. Отчетъ о дѣятельности научныхъ собраній врачей Казанской Окружной Лечебницы за 1900—1901 г.

Дѣятельность научныхъ собраній врачей Казанской Окружной Лечебницы въ минувшемъ 1900—901 г.г. выразилась въ слѣдующемъ: за этотъ годъ было 4 научныхъ собранія: 1) 21-го Декабря 1900 г. состоялось годичное засѣданіе, на которомъ д-ромъ Н. Н. Топорковымъ былъ прочитанъ краткій отчетъ о дѣятельности научныхъ собраній за минувшій 1899—900 г. Затѣмъ Д-ръ А. В. Фаворскій произнесъ живую, полную глобокаго содержанія рѣчь на тему: «прогрессъ въ анатоміи и паталогіи нервной клѣтки». Интересная рѣчь д-ра А. В. Фаворскаго была покрыта рукоплесканіями. 2) Засѣданія 11-го Іюня 1901 г. Д-ръ Н. Н. Топорковъ сдѣлалъ сообщеніе на тему: «объ истерическомъ метеоризмѣ». При чемъ докладчикомъ была продемонстрирована больная, представляющая рѣдкій по яркости

симптомовъ случай разбираемаго страданія. Во время демонстраціи путемъ внушенія въ бодрственномъ состояніи у больной было вызвано увеличеніе объема живота до значительныхъ размѣровъ и уменьшеніе его до нормы. Д-ръ В. С. Болдыревъ продемонстрировалъ больного, который уже болѣе 9 мѣсяцевъ представляетъ явленія крайне интереснаго симптомо-комплекса—истерической глухонѣмоты. 3) Засѣданіе 29-го Іюля 1901 г. Профессоръ А. Е. Смирновъ сдѣлалъ сообщеніе на тему: «о строеніи нервныхъ клѣтокъ спинныхъ узловъ у 4-хъ мѣсячнаго человѣческаго зародыша. Лисбезно доставленный уважаемымъ Профессоромъ авторефератъ этого оригинальнаго изслѣдованія, проникающаго въ тончайшія детали гистологіи нервной клѣтки, напечатанъ въ протоколѣ соответствующаго засѣданія (Казанскій Медицинскій Журналъ, Іюль—Августъ). Д-ръ Н. Н. Топорковъ продемонстрировалъ патолог.-анатомическіе препараты—опухоли головного мозга, представляющія собою по мнѣнію докладчика, съ которымъ согласилось собраніе,—gummata. Д-ръ Н. Н. Топорковъ продемонстрировалъ больную, страдающую истерической нѣмотой, соединенной съ аграфіей. Больная кромѣ основного симптомокомплекса—афазіи—аграфіи представляетъ интересъ въ виду рѣзко выраженной клептоманіи. 4) Засѣданіе 11 декабря. Д-ръ А. Д. Сколозубовъ продемонстрировалъ патолог.-анатомическій препаратъ мозга больной, страдавшей душевнымъ расстройствомъ на почвѣ травмы черепа съ треугольными затылочной кости и множественными кровоизліяніями въ вещество головного мозга, При жизни—спутанность сознанія коматовое состояніе, гемиплегія. Д-ръ А. М. Зайцевъ сдѣлалъ сообщеніе на тему: «случай психической дисфагіи». Наряду съ цѣлой серіей навязчивыхъ идей у больной,—субъекта дегенеративнаго—развилось расстройство глотанія и жеванія, въ основѣ котораго лежатъ тѣ-же навязчивыя идеи. Внушеніе не имѣло вліянія на основной симптомъ.

Закачивая свой краткій отчетъ, мы считаемъ приятнымъ долгомъ выразить отъ лица нашего скромнаго кружка глубокую благодарность Профессору А. Е. Смирнову, оказавшему высокую честь нашимъ собраніямъ своимъ цѣннымъ докладомъ: Мы выражаемъ глубокую благодарность Профессору Л. О. Дрксевичу и Д-рамъ его клиники, главному врачу военнаго госпиталя П. В. Покровскому и ординаторамъ госпиталя и другимъ уважаемымъ гостямъ нашихъ скромныхъ собраній, которые своимъ дѣятельнымъ участіемъ вносили въ эти собранія оживленіе и интересъ.

Послѣ прочтенія отчета д-ръ М. П. Романовъ произнесъ рѣчь на тему: „Трудъ и утомленіе“.

Рѣчь было покрыта рукоплесканіями

Н. Топорковъ.

БИБЛЮГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

**Баженовъ Н. Н. и Колюбакинъ В. И. Въ какомъ направленіи долженъ быть сдѣланъ слѣдующій шагъ въ дѣлѣ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ? Москва. 1902 г.

*Булатовъ и Степановъ. Краткій учебникъ душевныхъ и нервныхъ болѣзней, Изд. 2-е СПб. 1902 г. Ц. 1 р. 50 к.

*Галлеръ. Курсъ болѣзней уха, носа, гортани. Саратовъ. 1902 Ц. 1 р. 20 коп.

**Гумилевскій. Отчетъ о состояніи и дѣятельности Казанскаго Ветеринарнаго Института за 1901 г. Казань. 1902 г.

*Догель. Техника окрашиванія нервной системы метиленовою синью. СПб. 1902 г. Ц. 50 к.

**Докладъ Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова VIII-му съѣзду. Москва. 1902 г.

*Дьяконовъ. Возстановленіе разрушеннаго носа. СПб. 1902 г. Ц. 40 к.

**Залѣскій В. ф. Лекціи исторіи философіи права. Каз. 1902 г.

*Клиническія лекціи о сифилисѣ и трипперѣ и ихъ послѣдствительныхъ заболѣваніяхъ вып. 1, 2, 3. СПб. 1902 г. Ц. 1 р. 30.

*Мартыновъ. Хирургія печени. СПб. 1902 г. Ц. 75.

**Отчетъ. Бактеріологической Станціи Казанскаго Ветеринарнаго Института за 1901 г. Казань. 1902 г.

**Отчетъ о дѣятельности общества скорой медицинской помощи въ Варшавѣ за 1901 г. Варшава 1902 г.

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

**Отчетъ по ссудо-сберегательной кассѣ при Казанскомъ Ветеринарномъ Институтѣ за 1901 г. Казань. 1902 г.

**Отчетъ санитарнаго бюро Одесскаго Городскаго Общественнаго Управленія за 1900 г. Одесса. 1902 г.

**Поповъ И. П. Отчетъ Казанскаго Отдѣла Россійскаго О-ва Покровительства животнымъ состоящаго подъ Августѣйшимъ покровительствомъ Е. И. В. Кн. Дмитрія Константиновича за 1901 г. Казань. 1902 г.

**Протоколы засѣданій Импер. Кавказскаго Медицинскаго О-ва 1902 г. № 13, 14.

**Протоколы и труды О-ва Херсонскихъ врачей за 1900—1901 г. Херсонъ. 1902 г.

**Протоколы Тамбовскаго Медицинскаго О-ва. 1900 г.

*Рунге: Учебникъ гинекологии. СПб. 1902 г. Ц. 2 р. 50 к.

**Сборникъ трудовъ врачей С.-Петербургской Маринской больницы душевно больныхъ. СПб. 1901 г.

**Сербскій Вл. Къ вопросу о раннемъ слабоуміи. Москва. 1902 г.

**Труды и протоколы засѣданій Импер. С.-Петербургскаго О-ва. Естествоиспытателей. СПб. 1901 г.

*Фейнбергъ. Справочная книга о русскихъ и иностранныхъ курортахъ. СПб. 1902 г. Ц. 1 р.

*Цейдлеръ. Поврежденія и заболѣванія желудка. СПб. 1902 г. Ц. 1 р. 50 коп.

*Шапиро. Фармакологія. СПб. 1902 г. Ц. 2 р.

**Шенкъ А. К. О дѣйствиіи концентрированнаго свѣта Вольтовой дуги на здоровую кожу.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1902 г. №—4.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1902. Кн. 2. 3.

**Больничная Газета Боткина. 1902. г. № 13.—Хольцовъ Б. Н. Случай гематурии, вызванной ушибомъ пузыря.—Поповъ Л. В. О сердечномъ удущѣ и сродныхъ съ нимъ болѣзненныхъ припадкахъ (Продолж.)—Латухинъ А. И. О больничномъ хозяйствѣ въ связи съ современной постановкой больничнаго дѣла въ городскихъ больницахъ (Продолженія).

№ 14.—Ростовцевъ М. И. Случай рѣдкаго осложненія брюшнаго тифа кровотеченіемъ изъ брыжечной железы, симулировавшимъ перитифлитъ.—Поповъ Л. В. (Продолженіе).—Жуковскій В. П. 4 случая врожденныхъ мозговыхъ грыжъ (Продолженіе).—Успенскій В. П. Деревенскіе ясли—пріюты въ Воронежской губ. лѣтомъ 1901 г.

№ 15 и 16.—Соболевъ Л. В. О послѣдствіяхъ экстирпаціи одной почки для организма — Поповъ Л. В. (окончаніе)—Жуковскій В. П. (окончаніе).—Успенскій В. П. (Продол.)—Латухинъ А. П. О больничномъ хозяйствѣ въ связи съ современной постановкой больничнаго дѣла въ городскихъ больницахъ.—Вирсаладзе С. С. Научные принципы больничнаго строя и дѣйствующее гражданское больничное законодательство въ Россіи.

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1902 г. Вып. 2.—Пупко Ш. Сравнительное опредѣленіе желѣза и гемоглобина въ крови при различныхъ заболѣваніяхъ съ помощью современныхъ клиническихъ методовъ.

**Вопросы нервно—психической медицины. 1902 г. Январь—Мартъ.—Сикорскій И. А. Русская психопатическая литература, какъ матеріаль для установленія новой клинической формы *jdiorphenia paranoles*.—Преображенскій П. А. Изъ области психопатической литературы.—Ивановъ И. И. Патологическая анатомія нервныхъ клѣтокъ въ приложеніи къ душевнымъ заболѣваніямъ.—Хмѣлевскій И. К. и Сктыванъ Ѡ. Ф. О смягченной антирабическими прививками паралитической формѣ бѣшенства у человѣка.—Сикорскій И. А. Объ измѣненіи характера и мимики при слабоуміи (алкогольнаго происхожденія).

**Врачебная Газета. 1902 г. № 11.—Кангеръ А. Матеріаль къ вопросу о химическомъ составѣ и фармакологическомъ дѣйстви брусники.—Габриловичъ Д. Л. Кумысъ и его значеніе въ гигиено-діетическомъ режимѣ (Оконч.)—Заусайловъ М. А. По вопросамъ асептики и антисептики (Продолж.).

№ 12.—Никольскій П. В. Группа *remphigus*.—Сажинъ И. В. Вліяніе на грудныхъ дѣтей алкоголя, вводимаго въ организмъ кормящей.

№ 13.—Никольскій П. В. (Окончаніе).—Литинскій О. А. Галактометръ.—Кашкаламовъ В. П. Быстрый способъ опредѣленія углекислоты въ воздухѣ.

№ 14.—Понтагъ И. Химико-санитарное изслѣдованіе русскаго табака.—Марьянчикъ Н. П. Случай тройней съ однимъ сморщеннымъ плодомъ.—Заусайловъ М. А. (Продолженіе).

№ 15.—Снегиревъ В. Ф. Случай *hydronephro-cysto-neostomia*.—Рыбаковъ Ѡ. Е. Принципы современнаго леченія алкоголиковъ.—Ильинъ А. Р. О наркозѣ при удаленіи третьей миндалины.—Заусайловъ М. А. По вопросамъ асептики и антисептики.

**Вѣстникъ Гомеопатической Медицины. 1902 г. № 4.

**Вѣстникъ общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1902 г. Мартъ.—Григорьевъ. Къ техникумъ изслѣдованія кровяныхъ и сѣмянныхъ пятень.—Полякъ І. В. Объ основныхъ принципахъ государственной и общественной санитаріи.—Скворцовъ И. П. Обоснованіе санитарнаго права.—Максutowъ А. М. Условія усиленія вирулентности.

**Вѣстникъ Хирургіи. 1902 г. №№ 7 и 8 — Оригинальныхъ работъ не содержать.

**Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1902 г. № 2.— Холмогоровъ С. С. Современный взглядъ на терапію лицевыхъ положеній.—Аріе С. С. Къ казуистикѣ вѣматочной беременности.— Львовъ И. М. Къ казуистикѣ уродствъ плода.

**Журналъ Дерматологіи и Сифилидологіи. 1902 г. № 3.— Пальдрокъ. О іодипинѣ.— Engelmann. Задачи и цѣли преслѣдуемая при леченіи хронической гонорреи съ точки зрѣнія вопроса о бракъ.

**Журналъ медицинской химіи и органотераціи. 1902 г. Мартъ.— Пель А. В. Задачи и цѣли современной медицины.— Тархановъ И. Р. О физиологическомъ дѣйствіи *Serebrinum* проф. Пеля.— Лионъ М. Е. Новый способъ леченія падучей.— Лионъ М. Е. Дальнѣйшія наблюденія надъ терапевтическимъ дѣйствіемъ *Serebrini Pochl'я*.— Пель А. В. О сущности и терапіи осмотическихъ аномалій въ сокахъ организма.— Тархановъ И. Р. Біолого-химическія изслѣдованія надъ свѣтящимися бактеріями.— Пель А. В. Перераздраженіе нервовъ, какъ причина аутоинтоксикаціи.— Рощининъ Ѡ. А. О примѣненіи спермина— Пеля при органическихъ страданіяхъ нервной системы.— Schulin С. Коэффициентъ энергіи окисленія проф. А. В. Пеля и дѣйствіе спермина.— Любомудровъ В. П. Къ вопросу о примѣненіи физиологической соли проф. Пеля для леченія нарастающей сердечной слабости при острозаразныхъ болѣзняхъ.— Пель А. В. Физико-химическія свойства и терапевтическое примѣненіе физиологической соли.— Кулябко А. А. Опытъ оживленія сердца.— Снегиревъ К. В. О примѣненіи *Spermini*— Toebl pro injectione при атрофіяхъ зрительнаго нерва.— Гавриловъ. Объ органо-препаратахъ яичниковъ и молочныхъ железъ при заболѣваніяхъ женской половой сферы.— Пель А. В. Вліяніе алкоголизма на обмѣнъ веществъ въ человѣческомъ организмѣ.— Панченко В. К. Къ вопросу о леченіи падучей церебриномъ.

**Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1902 г. Кн. 1 и 2-я.— Чижъ В. Ф. *Dementia praecox*.— Берштейнъ А. Н. О такъ называемомъ раннемъ слабоуміи.— Анфимовъ Я. А. О *dementia praecox*.— Сербскій Вл. П. Къ вопросу о раннемъ слабоуміи.— Любушинъ А. Л. Патолого-анатомическія измѣненія мозговой коры въ двухъ случаяхъ преждевременнаго слабоумія.— Рыбаковъ Ѡ. Е. Значеніе гипнотизма въ терапіи душевныхъ разстройствъ.— Муратовъ В. А. Вопросы дня въ ученіи объ острыхъ воспаленіяхъ мозга.— Кроль М. Б. Къ патологіи центральной гематоміэли безъ видимыхъ измѣненій позвоночника.— Чижъ В. Ф. Опредѣленіе прогрессивнаго паралича.— Муравьевъ В. В. Объ основныхъ принципахъ устройства народныхъ лечебницъ для алкоголиковъ въ Россіи.— Ригъ Е. Б. Алкоголики и леченіе ихъ гипнотизмомъ.— Яковенко В. И. Общедоступность исихіатрической помощи для населенія возможна только при ея децентрализаци.— Баженовъ Н. Н. и Колубакинъ В. И. Въ какомъ направленіи долженъ быть сдѣланъ слѣдующій шагъ въ дѣлѣ организаціи призрѣнія душевнобольныхъ.— Кашенко П. П. Основные положенія по вопросу объ устройствѣ по-

семеянаго призрѣнія душевно больныхъ. Бруханскій П. П. Къ вопросу объ организаціи патроната для душевно-больныхъ на основаніи восьмилѣтняго опыта Алексѣевской психіатрической больницы.—Вырубовъ Н. А. Два года земскаго патроната.—Яковлевъ А. А. Санаторіи для нервно-больныхъ и ихъ ближайшія задачи.—Тутышкинъ П. П. Обь устройствѣ общественныхъ лечебницъ—пансіонатовъ для нервныхъ и душевно-больныхъ, т. е. учреждений двойко-смѣшанныхъ.—Корниловъ А. А. О спинальныхъ рефлекссахъ.—Россолимо Г. И. Къ патологіи спинальныхъ рефлекссовъ.—Тутышкинъ П. П. Къ вопросу о роли отрицательнаго подбора, какъ фактора семейнаго вырожденія.—Гуревичъ М. С. Параличи п. peronei у табетиковъ.

**Журналъ Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1902 г. № 1.—Орловъ И. И. О взаимныхъ отношеніяхъ между университетскими клиниками и земскими лечебницами.

№ 2.—Шумновъ С. Н. Къ вопросу объ измѣненіи устава Пироговскаго О-ва.—Куркинъ П. И. О новой официальной номенклатурѣ болѣзней.

**Журналъ русскаго О-ба Охраненія Народнаго Здравія. № 1.—Моркотунъ К. С. «Программа для правильной организаціи метеорологическихъ наблюденій на курортахъ».—Передѣльскій А. Г. «Кобулеты (Смѣкаловка)».

№ 2.—Рейхъ М. И. «Школьная семья Реттига и ея мѣсто среди другихъ».—Рыбаковъ Ѳ. Е. «Леченіе пьянства гипнотическимъ внушеніемъ; наблюденія надъ 250 случаями».

**Журналъ русскаго физико-химическаго О-ва. 1902 г. Вып. 3.

**Записки Императорскаго Харьковскаго Университета. 1902 г. Кн. 1.—Чуевскій И. А. О кровоснабженіи отдѣльныхъ органовъ.—Делицинъ С. Н. Вступительная лекція по курсу оперативной хирургіи и топографической анатоміи.—Жимайловичъ Ф. Н. Обь условіяхъ, способствующихъ образованію аномальныхъ формъ у различныхъ микробовъ и обь ихъ біологическомъ значеніи.

**Записки Русскаго Бальнеологическаго О-ва въ Пятигорскѣ. 1902 г. Январь—февраль,

**Земледѣлецъ. 1902 г. № 4.

**Зубоврачебный Вѣстникъ. 1902 г. № 4.

**Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1902 г. № 3.—Словцовъ Б. И. Къ химіи человѣческой спермы.—Перцевъ К. Н. Къ вопросу обь этиологіи инфлуэнцо-подобныхъ заболѣваній.—Божовскій В. Г. Отношеніе живыхъ тканей къ нейтральной красной краскѣ (оконч.).

**Извѣстія Московскаго Сельскохозяйсвеннаго Института. 1902 г. Кн. 1.

**Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи. 1902 г. № 6.

**Медицинская Бесѣда. 1902 г. № 6.—Гинзбургъ И. И. Обь организаціи постоянной окулистической помощи сельскому населенію въ связи съ вопросомъ обь организаціи въ земской медицинѣ специальной помощи вообще.

№ 7.—Никольскій Д. П. О надзорѣ ремесленныхъ завѣденій въ санитарныхъ цѣляхъ.—Чеканъ В. М. Къ вопросу о хирургическомъ леченіи водянки живота при циррозѣ печени.—Ростовцевъ Г. И. Санитарное состояніе мелкихъ промысловъ въ Дмитровскомъ уѣздѣ и возможные способы улучшения его.—Лустверкъ Э. Ю. Къ леченію дѣтскаго поноса сѣрно-кислымъ хиномомъ.

**Медицинскій Журналъ д-ра Окса. 1902 г. Апрель.—Нейсеръ А. Зудъ и сопровождающія зудомъ кожныя болѣзни.—Мухаринскій М. А. Краткое руководство къ изученію массажа:

Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику. 1902 г. Мартъ.—Чемолосовъ А. С. Отчетъ о завѣдываніи глазнымъ отрядомъ Попечительства Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ.—Вестенриксъ Н. Н. Къ казуистикѣ кистъ средостѣнія.—Матусовскій А. І. Къ вопросу о химической очисткѣ питьевой воды полуторо-хлористымъ желѣзомъ.—Понятовскій А. А. Обзоръ дѣятельности О-ва Морскихъ Врачей въ г. Николаевѣ за 1900—01 гг.

**Практическій Врачъ. 1902 г. № 12.—Фрашкинъ Б. А. Современное состояніе вопроса о примѣненіи озона для стерилизаціи воды.—Поповъ Л. В. Обь относительной временной недостаточности полудлунныхъ клапановъ аорты.—Кучерскій Р. А. Упрощенный ушной шприцъ.

№ 13.—Титовъ Н. Д. Новый путь для экспериментальной разработки терапіи инфекціонныхъ болѣзней.—Поповъ Л. В. (Окончаніе).

№ 14.—Тринклеръ Н. П. Рѣдкій случай туберкулезнаго суженія тошей кишки.—Фрашкинъ Б. А. Современное состояніе вопроса о примѣненіи озона для стерилизаціи воды.—Гольденбергъ А. Ф. Случай остраго отравленія карболовой кислотой.

№ 15.—Бентовинъ Б. И. О скрыто-зачатомъ (криптогенномъ) сифилисѣ.—Тринклеръ Н. П. (окончаніе).—Фрашкинъ Б. А. (окончаніе).

**Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактериологіи. 1902 г. Вып. 3.—Кернигъ В. М. О пользѣ хирина при леченіи брюшнаго тифа и нѣсколько замѣчаній о хининѣ при нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ.—Михайловъ Н. Н. Къ патологіи желудочныхъ кровотеченій (окончаніе).—Потерсъ Р. Къ клиникѣ и патологіи ложнаго менингита.—Певзнеръ М. Случай pseudo chylos'наго трансудата въ плеврѣ.

**Русскій Врачъ. 1902 г. № 13.—Батуевъ Н. А. Случай парнаго врожденнаго неполнаго наружнаго свища шеи у взрослога мужчины въ связи съ вопросомъ о т. наз. жаберныхъ щеляхъ.—Михновъ С. Д. О хирургическомъ леченіи

фиброміомъ матки.—Финкельштейнъ Б. К. О проникающихъ колоторъзанныхъ ранахъ брюшной полости (Продолженіе).—Прюссіанъ А. К. Новѣйшіе способы физическоі химіи и ихъ значеніе для бальнеологіи.

№ 14.—Губаревъ А. П. Къ вопросу о леченіи воспаленій придатковъ матки внутриматочными впрыскиваніями.—Соловьевъ Н. С. Случай зараженія балантидами толстой кишки и желудка.—Лампсаковъ С. П. О дѣйстви гедонала (Hedonal) на животный организмъ.

№ 15.—Даркшевичъ Л. О. О леченіи сухотки спинного мозга.—Зыковъ В. М. Изсѣченіе колѣна безъ укороченія конечности.—Финкельштейнъ Б. К. (Продолженіе). Пильновъ М. С. О патологистологическихъ измѣненіяхъ, наблюдаемыхъ при волчанкѣ подъ вліяніемъ свѣтолеченія по способу Н. Р. Finsen'a.—Троицкій И. В. Къ вопросу о заболѣваніи яичниковъ при эпидемической свинкѣ у дѣвочекъ.

№ 16.—Даркшевичъ Л. О. (Оконч.)—Финкельштейнъ Б. К. (Продолж.)—Лянцъ А. И. Пораженіе кожи, вызываемое нѣкоторыми видами примулы.—Держговскій С. К. Къ вопросу о т. наз. кислородной волѣ.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней. 1902 г. № 3.—Петерсенъ О. В. О значеніи русской бани въ борьбѣ съ различными болѣзнями.—Тарновскій В. М. Сифилитическая семья и ея нисходящее поколѣніе (Оконч.)—Фавръ В. В. О собираніи свѣдѣній о распространенности венерическихъ заболѣваній среди студентовъ—Черновъ М. Я. Случай образованія плотнаго инфильтрата въ pars cavernosa urethrae не гонорройнаго происхожденія.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1902 г. № 7.—Манасеинъ М. П. Настоящее положеніе вопроса о распространеніи сифилиса въ народонаселеніи питомцами Имп. СПб. Воспитательнаго Дома.—Конаржевскій И. К. Краткій очеркъ Томскихъ госпитальныхъ клиникъ и условій преподавательской дѣятельности соотвѣтственныхъ профессоровъ. Успенскій А. А. Случай полимастїи у мужчины. Климовичъ. Объемъ очкового стекла.

№ 8.—Манасеинъ М. П. (Окончаніе).—Клевцовъ И. М. Особенности коревой эпидеміи въ гор. Муромѣ. Baradat. Къ вопросу о леченіи туберкулеза. Бокариусъ Н. С. Къ вопросу объ опредѣленіи вещества, которое вызываетъ образованіе кристалловъ Floence'a.

**Русскій Хирургическій Архивъ. 1902 г. Кн. 2-я.—Богаевскій А. Т. Къ казуистикѣ эхинококка яичниковъ.—Виноградовъ К. Н. По поводу значенія бактериологическаго метода въ діагнозѣ инфекціонныхъ болѣзней.—Волковичъ Н. М. Къ вопросу объ искривленіяхъ позвоночника исключительно въ зависимости отъ страданія мышцъ геср. нервовъ.—Гагенъ-Торнъ И. Э. Къ вопросу объ опухоляхъ основанія черепа и о способахъ ихъ удаленія.—Гольдбергъ С. В. Къ вопросу о гастростоміи.—Гюббенетъ Б. В. Къ казуистикѣ внутреннихъ ущемленій кишекъ.—Козловскій Б. С. Влагалищный методъ при операціяхъ на прямой кишкѣ.—

Мининъ А. В. Случай неудаимой опухоли головного мозга.—Мышь В. М. Къ казуистикѣ хирургіи желудка.—Роммъ Г. Д. Случай извлеченія застрявшей въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода столовой ложки черезъ разрѣзъ желудка.—Сабанѣевъ И. Ѳ. Два случая рубцового сведенія челюстей, леченныхъ оперативнымъ путемъ.—Серापинъ К. П. Къ вопросу о перитонитѣ.—Тиле. В. А. Итоги свѣдѣній о характерѣ огнестрѣльныхъ ранъ, наносимыхъ малокалиберными панцирными пулями.—Тиховъ П. И. Къ хирургической патологіи брюшной стѣнки.—Тринклеръ Н. П. Нѣсколько словъ о хирургическомъ леченіи hydrocephalus internus.—Фомилантъ В. И. Къ вопросу о значеніи приморскихъ санаторій.—Фраткинъ Б. А. Ракъ наружныхъ половыхъ органовъ.—Хорватъ В. В. О злокачественныхъ опухоляхъ небныхъ миндалинъ.—Шейдлпръ Г. Ф. Cholecystitis acuta purulenta.—Чарномская И. И. Genu recurvatum congenitum.—Шлѣссъ Ф. Б. Къ вопросу о вліяніи діатезовъ на заживленіе ранъ.

**Современная Клиника. 1902 г. № 3.—Naunyn В. Клиника сахарнаго мочеизнуренія.—Hofmeister М. Профилактика послѣродовыхъ зараженій.

**Современная Медицина и Гигіена. 1902 г. № 3.—Брейтманъ М. Я. Новѣйшія лекарственныя средства въ систематическомъ изложеніи за послѣднія 5 лѣтъ.—Крепелинъ Э. Введеніе въ психіатрическую клинику.—Пуссонъ А. Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей.—Фоссіусъ. Учебникъ глазныхъ болѣзней.—Робѣнъ. частная терапія внутренчихъ болѣзней.

№ 4.—Брейтманъ М. Я. (Продолж.)—Крепелинъ (Продолж.)—Робѣнъ (Продолженіе)—Роледеръ. Лекціи для врачей о половомъ влеченіи и половой жизни человѣка.—Фоссіусъ. (Продолж.).

**Современная Терапія. 1902 г. № 2 и 3.—Струевъ. О терапевтическомъ значеніи возогеновъ.—Никольскій. Къ терапіи нѣкоторыхъ симптомовъ и осложненій брюшного тифа.

**Терапевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 6.—Вейтенкеръ О. Б. Обзоръ дальнѣйшаго развитія вопроса о біологическомъ и лечебномъ значеніи желѣза, его препаратовъ и Sanguinol'я.

№ 7.—Lunz Leo. Показанія и противопоказанія къ ѣздѣ на самокатѣ. (окончаніе).

№ 8.—Petruschky I. Специфическое леченіе брюшного тифа.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1902. № 2.—Стефанисъ Ф. А. Лимфатическіе сосуды желудка человѣка.

**Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета. 1902 г. Мартъ.—Полумордвиновъ Д. О чувствительныхъ нервныхъ окончаніяхъ въ мышцахъ произвольнаго движенія.

**Ученыя Записки Имп. Юрьевскаго Университета 1902 г. № 1. Сочиненій по медицинѣ не содержатъ.

**Ученыя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. Томъ XIX. вып. 2.

**Фармацевтъ. 1902 г. № 12, 13, 14.

**Фармацевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 13, 14, 15.

**Фельдшеръ 1902 г. № 7. 8.

**Хирургія. 1902. г. Мартъ.—Крымовъ А. П. Къ вопросу объ извлеченіи пуль изъ подъ мышць.—Тихоновичъ А. В. О хирургическихъ заболѣваніяхъ, вызываемыхъ пневмококками. Лазаревъ Е. Г. Къ вопросу о частичной пластинкѣ носа.—Оедоровъ С. П. Трансплевральная эхинококкотомія по способу проф. Боброва.—Гороховъ Д. Е. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи аппендицита въ разлитыхъ формахъ восталенія.—Добротворскій В. И. Новое видоизмѣненіе мочепріемника при постоянныхъ подлобковыхъ свищахъ пузыря.—Тырмосъ І. А. Къ вопросу о заболѣваніяхъ забрюшинныхъ железъ.

М. Романовъ.

