

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. ДАРНШЕВИЧА.

ТОМЪ III.

МАЙ-ІЮНЬ.

1903 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1903.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 20 августа, 1903 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

Введеніе.

Еще въ XVIII столѣтіи нѣкоторые авторы, какъ Haller ¹⁾ указывали на то, что кровь въ извѣстныхъ случаяхъ теряла свой естественный цвѣтъ и приобрѣтала сходство съ молокомъ, млечной жидкостью (chylus), слизью или гноемъ. Virchow ²⁾ въ 1845 году впервые представилъ наблюденіе, которое придадо прежнимъ заявленіямъ, походившимъ скорѣе на фантазію, чѣмъ на истину, реальное основаніе. Именно, при вскрытіи трупъ 50-ти лѣтней женщины, страдавшей при жизни, болѣе года, сильной слабостью, отеками, повторными бронхитомъ и діарреей, а въ последнее время частыми, иногда длившимся по нѣсколько дней носовыми кровотечениями, обладавшей къ тому объемистой и нѣсколько болѣзненной селезенкой, имъ были найдены какъ въ сосудахъ, такъ и въ сердцѣ вмѣсто обычнаго цвѣта крови, желтовато-бѣлыя, переходящія въ зеленый цвѣтъ, массы. Подъ микроскопомъ онѣ состояли главнымъ образомъ изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, имѣвшихъ то одно ядро круглой, подковообразной формы, напоминавшее листъ трилистника, то нѣсколько чашечковидныхъ обособленныхъ ядеръ. Отношеніе между бѣлыми и красными кровяными тѣльцами было обратное нормальному. Въ виду столь рѣзкаго уклоненія въ морфологическомъ составѣ крови Virchow и далъ

¹⁾ Haller. Element Physiol. 1760. T. II. p. 14—16. Реф. по Virchow's Ges. Abh. 1856. S. 149.

²⁾ Virchow. Weisses Blut. Gesam. Abh. 1856. S. 149. Forcip's Notizen 1845. № 780

ей названіе „бѣлая кровь“. „Wenn ich daher von weissen Blute spreche, so meine ich in der That ein Blut, in welchem die Proportion zwischen den rothen und farblosen (in Masse weissen) Blutkörperchen eine umgekehrte ist, ohne dass eine Beimischung fremdartiger chemischer oder morphologischer Elemente zu bemerken wäre“.

Вѣнская школа, встрѣчая подобные случаи, какъ видно изъ наблюденія *Lautner'a*, въ которомъ были на лицо при некроscopicи желтовато-зеленые свертки крови въ сердцѣ и въ сосудахъ, громадная печень и селезенка, увеличенныя лимфатическія железы, считала ихъ за пѣмію. Въ основѣ такого объясненія, нужно думать, лежали открытіе флебита и установленіе *John'омъ Ниптегомъ* факта поступленія гноя изъ воспаленныхъ венъ въ кругъ кровообращенія, а также и мнѣніе нѣкоторыхъ изслѣдователей, какъ *Engel'a*, объ происхожденія гноя въ самой крови. Не основательность ученія вѣнской школы была указала *Virchow'ымъ* при оцѣнкѣ случая *Lautner'a*. Онъ прямо говоритъ, что пѣмія характеризуется не скопленіемъ гноя въ крови, но разжиженіемъ и разложеніемъ ея составныхъ частей, склонностью образовывать эксудаты, претерпѣвающіе гнойный метаморфозъ. „Die gewöhnliche pyämische Blutbeschaffenheit ist aber eine ganz andere, nicht durch das Vorkommen vom Eiter im Blut, sondern durch die Verflüssigung und Zersetzung der Blutbestandtheile und durch die Neigung zu Exudaten mit eitriger Metamorphose charakterisirte“.

Въ томъ же 1845 году появились наблюденія *David Craigie*, *John Hughes*, *Bennett'a*, а въ 1846 году *John Fuller*, въ которыхъ на ряду съ громаднымъ увеличеніемъ печени, селезенки, а въ случаѣ *Bennett'a* и лимфатическихъ железъ—отмѣчено измѣненіе крови—ея сѣрый, бѣловато-желтый цвѣтъ. Особенно цѣнны для устанавливаемой *Virchow'ымъ* формы заболѣванія крови—наблюденія *Craigie* и *Bennett'a*. Такъ, въ случаѣ *Virchow'a* были гнойники въ клѣтчаткѣ верхнихъ конечностей, а въ наблюденіи *Lautner'a* многочисленные гнойные очаги въ клѣтчаткѣ живота, спины, задней поверхности бедеръ. Кромѣ того въ случаѣ *Virchow'a* были повторныя и обильныя кровотеченія. Этими осложненіями и могли быть объяснены найденныя *Virchow'ымъ* измѣненія крови. Въ наблюдавшихся случаяхъ *Craigie* и *Bennett'a* не было при жизни ни нагноеній, ни кровотеченій. На основаніи наблюденій этихъ авторовъ, а также и изученія свойствъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и гнойныхъ клѣтокъ *Virchow'* въ 1846 году категорически высказывался, что у человѣка несомнѣнно существуетъ измѣненіе

крови, названное имъ — „бѣлая кровь“ — „Es gibt in der That beim Menschen ein weisses Blut, wie es ein rothes gibt“ ¹⁾).

Годъ спустя Virchow представилъ изъ литературы еще 9 случаевъ „бѣлой крови“ ²⁾. Самое раннее наблюденіе относится къ 1801 году и принадлежитъ Bichat. Во всѣхъ этихъ случаяхъ были на лицо: а) измѣненіе цвѣта крови, представлявшее всѣ переходы отъ сѣровато-краснаго до бѣлаго и б) увеличеніе селезенки. — „Man wird mir nach Durchlesung dieser Fälle zugestehen müssen, dass eine Farbenveränderung des Blutes, welche sich in verschiedenen Nuancen vom graurothen bis zum weissen bewegt, als ein hinlänglich constatirtes Faktum betrachtet werden kann. Die Coexistenz eines solchen Blutes mit Vergrösserung der Milz ist neunmal sicher beobachtet worden“ ³⁾.

Измѣненіе окраски крови Virchow разсматривалъ какъ слѣдствіе увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ „Ver-mehrung der farblosen Blutkörperchen“. Въ литературѣ со времени изслѣдованій Н. Nasse, относящихся къ 1839 году, было уже не мало наблюденій о скопленіи значительныхъ массъ гноя перс. бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ крови. Именно, увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ наблюдалось: а) послѣ значительныхъ кровопотерь (Nasse, Remack и Henle); б) въ теченіи хроническихъ истощающихъ болѣзней, сопровождающихся лихорадкой (чахотка и др.); в) во время тяжелыхъ острыхъ заболѣваній, такъ очень часто при различныхъ воспалительныхъ процессахъ, особенно легкихъ, въ теченіи различныхъ тифовъ, и по преимуществу при послѣродовой горячкѣ, — Bei schweren, acuten Krankheiten, namentlich sehr häufig bei Entzündungen, vorzüglich der Lungen, in verschiedenen typhösen Krankheiten und vor Allem bei Puerperalfiebern...“ Оно же было замѣчено въ теченіи беременности, при употребленіи постной пищи и пр.

Еще въ первомъ своемъ сообщеніи Virchow накопленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови былъ болѣе склоненъ объяснить заболѣваніемъ селезенки, чѣмъ кровопотерями „eine Zurückführung des Zustandes des Blutes auf die Hämorrhagieen nicht gerechtfertigt erscheine und dass eine durch die Milzkrankheit Blutkrase wahrscheinlich sei“. Позднѣе, именно спустя два года, онъ уже категорически отрицаетъ зависимость измѣненія крови отъ кровопотерь и указываетъ на то, что между состояніемъ крови и со-

¹⁾ Virchow. Weisses Blut und Milztumoren. Erster Artikel. Gesam. Abh. 1856. S. 173. Medic. Zeitung 1846. № 34—46.

²⁾ Virchow. Weisses Blut. Zweiter Artikel. ibd.

³⁾ I. c. S. 180.

стояніемъ селезенки существуетъ постоянная связь, а между измѣненіемъ крови и измѣненіемъ печени почти постоянная. „Jetzt können wir mit Bestimmtheit behaupten, dass die Veränderung des Blutes nicht durch Hämorrhagie bedingt war und dass sie nicht von Beimischung oder Erzeugung von Eiter abhing; dass die Beziehung der Milz zu den Veränderungen des Blutes eine constante, die der Leber eine fast constante war“.

Такимъ образомъ вопросъ выдвинутый Velpeau: считать ли измѣненія селезенки и печени за причину измѣненія крови или обратно Virchow'ымъ разрѣшенъ положительно. Онъ говоритъ, что анамнезъ почти во всѣхъ случаяхъ указываетъ, что увеличеніе селезенки всегда давняго происхожденія, а чрезвычное измѣненіе крови, устанавливаемое вскрытіемъ, могло наступить только въ послѣднее время. „Es geht überdies aus der Anamnese fast aller Fälle hervor dass der Milz - Tumor eine unverhältnissmässig lange Zeit bestand, während die Veränderung des Blutes in dem ungeheuren Masse, wie sie bei der Section sich darstellte, doch erst in der letzten Zeit eingetreten sein konnte“.

Сообщеніе Virchow'a о „бѣлой крови“ и связи ея съ хроническимъ опуханіемъ селезенки и отлчіе этого состоянія отъ лимы встрѣчено было современниками не особенно сочувственно. Указывалось на отсутствіе химическаго анализа (Bischoff), на несправильность взгляда Virchow'a (Höfle). Мало того его сообщеніе реферировалось даже въ главѣ о трупныхъ измѣненіяхъ крови (Vogel). Въ виду этого Virchow и говорить, что есть истины, которыя проникаютъ въ науку крайне медленно и съ большими затрудненіями. „Es giebt gewisse Wahrheiten, welche sich in der Wissenschaft nur sehr langsam und schrittweise Geltung verschaffen“.

Въ 1847 году Virchow открытому имъ заболѣванію — „бѣлая кровь“ впервые далъ названіе „лейкемія“ ¹⁾ и вмѣстѣ съ тѣмъ описалъ, задолго предугадаанный имъ, еще особый видъ ея. Именно, онъ предполагалъ, что кроветвореніе принадлежит не исключительно селезенкѣ, но и лимфатическимъ железамъ и слѣдовательно, не только заболѣваніе селезенки но и таковое лимфатическихъ железъ должно сопровождаться сходнымъ измѣненіемъ крови. Описываемый имъ случай представилъ полное подтвержденіе его предположенія. При вскрытіи трупа С. А. Sch., имѣвшего при жизни, теченіи двухъ лѣтъ, безболѣзненное, непрерывное увеличеніе шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ железъ, ascytes и

¹⁾ Virchow. Zur pathologischen Physiologie des Blutes. II. Weisses Blut (Leukämie) Virchow's Arch. Bd. I. S. 563. 1847.

dyspnoe, Virchow нашелъ не только опуханіе варужныхъ, но и внутреннихъ—поясничныхъ, брыжжеечныхъ, ретроперитонеальныхъ железъ. Въ селезенкѣ не было никакихъ отклоненій отъ нормы. Въ печени встрѣчены множественныя бѣловатыя озаги, величиною съ дольку и только одинъ изъ нихъ достигалъ размѣра горошины.

Сердце было нормальной величины и свойствъ; правая половина его сильно растянута кровью; при разрѣзѣ ея вытекла густая, ввидѣ сливокъ, бѣловатая и отчасти желтоватая масса, настолько напоминавшая гной, что одинъ изъ близъ стоявшихъ врачей полагалъ, что Virchow вскрылъ большой абсцессъ сердца. При изслѣдованіи крови отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ кровянымъ тѣлцамъ по приблизительному расчету должно было быть = 2 : 3.

На основаніи этихъ явленій Virchow и полагалъ, что необходимо признать первичное, самостоятельное, какъ бы тканевое заболѣваніе селезенки и лимфатическихъ железъ, которое и влечетъ за собой увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови—*„Es ist also vorläufig eine primäre selbstständige oder wie man wohl sagt, substantive Erkrankung der Milz und der Lymphdrüsen anzunehmen, welche direkt eine Vermehrung der farblosen Körperchen im Blut bedingt hat“*.

Еще два года спустя Virchow¹⁾ опубликовалъ новое наблюденіе о лейкеміи. Заболѣваніе началось, за 4 года до смерти больного, колющемъ въ лѣвомъ подреберьи, поносомъ и болью въ животѣ, то исчезающими, то вновь повторявшимися, и приняло особенно тяжелое теченіе въ послѣдніе $\frac{3}{4}$ года. На лицо были: большая, почти безболѣзненная, опухоль въ лѣвомъ боку, сильныя головныя боли, періодическая диаррея, повторныя, иногда очень упорныя и обильныя носовыя кровотечения, кашель, затрудненное дыханіе.

При вскрытіи умершаго найдены: громадная селезенка и сносительная этому процессу кровь. Сгустки, выполпившіе сердце, въ верхней своей половинѣ напоминали свернувшійся гной. Тѣхъ же свойствъ свертки были и въ легочныхъ артеріяхъ. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ установлено обиліе въ нихъ безцвѣтныхъ кров. тѣлецъ. Virchow²⁾, описывая этотъ случай, вновь повторяетъ, что кровопотерями нельзя объяснять увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови и что никто его не наблюдалъ, не

¹⁾ Virchow.—Zur pathologischen Physiologie des Blutes. Virchow's Arch. Bd. II. 1849. S. 587.

²⁾ Virchow. Zur pathologischen Physiologie des Blutes. Virchow's Arch. Bd. II. S. 592.

исключая и его самого, имѣвшего возможность неоднократно исследовать трупы лицъ, умершихъ отъ кровотечей.... „man könnte daher die Vermehrung der farblosen Körper als eine Folge des Blutverlustes betrachten. Allein niemand hat bis jetzt einen solchen Fall beobachtet, und ich selbst, obwohl ich wiederholt Gelegenheit gehabt habe, die Leichen von solchen, die nach öfteren, in längeren Zwischenräumen vorgekommen Blutungen gestorben waren, zu untersuchen, habe doch nie eine derartige Zunahme der nicht specifischen Blutkörperchen gesehen“.

Вмѣстѣ съ сѣмъ онъ уже даетъ и объясненіе найденнымъ явленіямъ. Кровь онъ разсматриваетъ какъ ткань съ жидкимъ межжучнымъ веществомъ, содержащую молодые элементы—кѣтки. При нормальныхъ условіяхъ большая часть ихъ—специфическіе элементы—красныя кровяныя тѣльца. При ненормальныхъ условіяхъ образованіе специфическихъ элементовъ затруднено, развитіе же юныхъ кѣтокъ—неспецифическихъ, встрѣчаетъ благоприятныя условія. Неспецифическія кѣтки, такъ называемыя безцвѣтныя кровяныя тѣльца или лимфоидныя.

Сопоставляя случаи, при которыхъ замѣчается увеличеніе безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, Virchow различаетъ три различныхъ состояній крови:

1) Простое нарушеніе развитія специфическихъ тѣлецъ при хроническихъ опухоляхъ селезенки и лимфатическихъ железъ (лейкемія).

2) Одновременное измѣненіе развитія обѣихъ специфическихъ составныхъ частей крови: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и фибрина при воспаленіяхъ, во время беременности, при повторныхъ кровопусканіяхъ.

3) Нарушеніе специфическаго развитія, связанное съ уменьшеніемъ объема крови при тифѣ, холерѣ, піэміи.

Клинически лейкемія долго не распознавалась. И только въ 1851 году, Vogel впервые опредѣлилъ ее при постели больного¹⁾. Прижизненное изслѣдованіе крови больного обнаружило обиліе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Точно установить отношеніе между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами Vogel'ю не удалось. Онъ объясняетъ, что этому препятствовали: во 1-хъ), складываніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ моветные столбики, и во 2-хъ), соединеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ неправильныя комки. Повидимому, бѣлыя кровяныя тѣльца составляли $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ числа красныхъ

¹⁾ Vogel—Ein Fall von Leukämie mit Vergrößerung der Milz und Leber. Virch. Arch. Bd. III. 1851. S. 570.

кровяныхъ кружечковъ. „Die Zählung wurde dadurch sehr misslich und ungenau, dass in beiden Portionen die beiden Arten der Zellen eine grosse Neigung zeigten sich von einander zu trennen und unter sich zu vereinigen, die farblosen zu unregelmässigen Klumpen, die rothen zu Geldtrollen ähnlichen Säulen. Die farblosen Zellen schienen etwa $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ von der Zahl der rothen zu betragen“.

Прижизненный діагнозъ лейкеміи былъ подтвержденъ и посмертнымъ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ.

Столь малое число наблюдений лейкеміи въ Германіи Virchow склоненъ былъ объяснять недостаткомъ вниманія со стороны врачей ¹⁾, тѣмъ болѣе, что въ теченіи трехъ лѣтъ самъ онъ наблюдалъ 3 случая лейкеміи.... „so schien es mir immer, als müsse es nur Mangel an Aufmerksamkeit seitens der Aerzte sein, dass Sie diese so scharf charakterisirte Krankheit nicht öfter fänden“.

Въ Англіи насаждалъ ученіе о лейкеміи Bennett. Онъ приписалъ себѣ даже приоритетъ открытія этого заболѣванія крови и предложилъ названіе ему—leukocythaemie.

Virchow пользовался каждымъ случаемъ, чтобы обратить вниманіе врачей на это заболѣваніе, горячо защищалъ его самостоятельность а также и боролся за данное имъ названіе, считая Leukocythaemi'ю, короче Leukocythose ²⁾ выраженіемъ временнаго, преходящаго накопленія бѣлыхъ тѣлецъ въ крови.

Такимъ образомъ число наблюдений надъ лейкеміей начинаетъ увеличиваться.

Въ томъ же 1853 году Uhle ³⁾ опубликовалъ случай селезеночной формы лейкеміи, также распознанный при жизни. Наблюденіе цѣнно въ томъ отношеніи, что нигдѣ не было очаговъ нагноенія, воплѣтъ отсутствовало кровотеченіе и по анамнезу исключалось заболѣваніе перемежной лихорадкой. Ненормальное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови было только тогда замѣчено, когда селезенка достигла наибольшаго размѣра. Печень увеличилась весьма быстро въ послѣдніе два мѣсяца жизни. Изслѣдованіемъ крови на трупѣ было установлено неодинаковое содержаніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ различныхъ сосудахъ. Такъ, въ крови лѣваго сердца отношеніе безцвѣтныхъ тѣлецъ

¹⁾ Virchow. Zur pathologischen Physiologie des Blutes. Die Bedeutung der Milz und Lymphdrüsen—Krankheiten für die Blutmischung (Leukämie) Virchow's Archw. Bd. V. 1853. S. 144.

²⁾ Vermehrung der farblosen Körperchen (Polyleukocythaemie oder kürzer Leukocythose) s. Gesam. Abhandl. S. 703.

³⁾ Uhle. Ein Fall von lienalen Leukämie Virch. Arch. Bd. V. 1853. S. 376.

въ краснымъ кровянымъ кружечкамъ = 3 : 5, или 2 : 3; въ *v. lienalis* число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ было равное числу красныхъ тѣлецъ, если только не больше; въ *v. porta* количество безцвѣтныхъ элементовъ = $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Такимъ образомъ лейкемія мало по малу приобрѣтаетъ право гражданства и начинаетъ болѣе и болѣе привлекать вниманіе изслѣдователей и разрабатываться съ разныхъ сторонъ. Такъ, въ томъ же году Griesinger ¹⁾ отмѣчаетъ рѣзкую разницу крови при піеміи и лейкеміи. Въ случаѣ піеміи онъ нашелъ, что кровь лѣваго сердца содержала очень мало бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и едва ли больше, чѣмъ кровь здороваго человѣка, между тѣмъ въ крови праваго сердца и въ сывороткѣ было ихъ очень много; на нѣкоторыхъ препаратахъ число безцвѣтныхъ тѣлецъ и красныхъ кровяныхъ кружечковъ было равное, а въ нѣкоторыхъ сверткахъ даже вдвое больше чѣмъ красныхъ. При лейкеміи же въ крови праваго желудка находилось необыкновенно большое количество безцвѣтныхъ тѣлецъ и притомъ различной величины; кровь лѣваго желудочка содержала ихъ хотя и очень много, но не на столько какъ праваго. Въ *v. lienalis* число бѣлыхъ тѣлецъ было несравненно меньше, чѣмъ въ сердцѣ, по больше чѣмъ у здороваго человѣка. Въ *v. porta* безцвѣтныхъ тѣлецъ было больше чѣмъ въ *v. lienalis*, но не такъ много, какъ въ крови праваго желудочка.

Въ другомъ случаѣ лейкеміи, у 7-ми лѣтняго ребенка, въ артеріяхъ и въ венахъ количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было одинаково большое.

De Pury ²⁾ въ 1855 году характеризуетъ лейкемію уже какъ болѣзненный процессъ, выражающійся чрезмѣрнымъ увеличеніемъ числа безцвѣтныхъ тѣлецъ и одновременнымъ уменьшеніемъ количества красныхъ кровяныхъ кружечковъ. Онъ пишетъ: „Es ist jetzt eine bekannte Thatsache, dass die Leukämie durch eine extreme Vermehrung der farblosen Blutkörperchen mit gleichzeitiger Verminderung der rothen sich auszeichnet“.

De Pury примѣнялъ впервые и счисленіе по методу Moleschott'a безцвѣтныхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ при лейкеміи. Въ нормальной крови Moleschott далъ отношеніе безцвѣтныхъ тѣлецъ къ краснымъ кружечкамъ какъ 1 : 357 т. е. 28 на 1000. При лейкеміи, предпринятая при жизни счисленія, показывали

¹⁾ Griesinger. Zur Leukämie und Pyämie. Virchow's Archiv. Bd. V. 1853. Hft. 3. S. 391.

²⁾ de Pury. Blutkörperchenzählungen bei einem Falle von Leukämie, im Wechselfieber und in verschiedenen andern Krankheiten. Virchow's Archiv. Bd VII. 1855. S. 288.

что отношеніе между бѣлыми и красными тѣльцами значительно выше нормы. Такъ

на четвертый день послѣ поступленія больного въ госпиталь									
1 безцвѣт. шарикъ приходился на 7 красн. т. е. 142,8 на 1000 красн. тѣл.									
1 ^{IV} , 1	—	—	—	—	12	—	—	83,3	—
2 ^{IV} , 1	—	—	—	—	21	—	—	45,7	—
3 ^{IV} , 1	—	—	—	—	19	—	—	52,6	—
12 ^{IV} больной †									

De Ruy изслѣдовалъ кровь и при другихъ заболѣваніяхъ: перемежной лихорадкѣ, сѣлорос'ѣ, сифилисѣ, катаральной желтухѣ, тифѣ. По его счисленію:

При перемежной лихорадкѣ 1 безцвѣтн. шарикъ насчитывался на 402—590 красн.									
—	хлорозъ	1	—	—	—	—	—	530	—
—	сифилисъ	1	—	—	—	—	—	376	—
—	катар. желтухъ	1	—	—	—	—	—	242	—
при тифѣ	въ началѣ болѣзни	1	—	—	—	—	—	323	—
	черезъ 2 недѣли	1	—	—	—	—	—	571	—
	еще 4 дня спустя	1	—	—	—	—	—	602	—

Въ 1856 году Virchow ¹⁾ въ новой статьѣ дѣлаетъ сводъ добытыхъ имъ самимъ а также и другими изслѣдователями положеній о лейкеміи. Онъ снова останавливается на моментахъ ведущихъ къ увеличенію числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Это накопленіе бѣлыхъ тѣлецъ, говорятъ онъ, можно бы назвать Leukocythaeмией, но и оно не достаточно охарактеризовываетъ это измѣненіе, такъ что для него нужно употреблять по меньшей мѣрѣ наименованіе—Polyleukocythaeмиа, короче Leukocythose. Оно аналогично Hyperinosis'у, тѣмъ болѣе, что эти оба состоянія очень часто взаимно связаны. Однако Polyleukocythaeмиа resp.—Leukocythose еще менѣе чѣмъ Hyperinosis—болѣзненное измѣненіе—„allein so wenig als die Hyperinosis ist die Polyleukocythämie an sich eine Krankheit“.

Это состояніе крови отклоненіе отъ нормы, но никоимъ образомъ не болѣзнь. „Man kann darunter nur einen Zustand des Blutes begreifen, der von dem gewöhnlichen abweicht, der aber deshalb noch nicht Krankheit zu sein braucht“.

¹⁾ Virchow—Die Leukämie. Gesammelte Abhandlungen. 1856. S. 190.

Если пищевареніе и беременность сопровождаются какъ правило увеличеніемъ безцвѣтныхъ тѣлецъ, то несомнѣнно оно свойственно нормальной жизни

Virchow говоритъ, что процессъ, названный имъ лейкеміей, отличается отъ полилейкоцитеміи, сопровождающей воспалительныя процессы, тифы, септицемію, также какъ напр. хлорозъ отличается отъ анеміи, наблюдаемой у раковыхъ больныхъ, или страдающихъ кровотечениями. „Das was ich Leukämie genannt habe, ist wesentlich verschieden von der entzündlichen, der typhösen, der septischen Poly leukocythämie., so gut wie die Chlorose verschieden ist von der Anämie (Oligocythämie J. Vogel) der Krebskranken oder Hämorrhagiker“. Далѣе Virchow отмѣняетъ, что лейкемія выражается не однимъ только увеличеніемъ числа безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, но и уменьшеніемъ числа красныхъ— „die Leukämie ist nicht ein rein anatomischer, sondern wesentlich auch ein pathologischer Begriff, es wird damit nicht bloss die einfache Thatsache der Vermehrung der farblosen Blutkörperchen ausgedrückt, sondern zugleich der Mangel der rothen Körperchen“.

Virchow этимъ указываетъ, что въ крови при лейкеміи вмѣсто составныхъ частей, которыя должны быть нормально, т. е. окрашенныхъ находятся неокрашенные, которыя, если эти измѣненія достигаютъ высокой степени, придаютъ крови болѣе или менѣе бѣлый цвѣтъ. „Leukämie soll bedeuten, dass an der Stelle von Theilen des Blutes selbst, die normal gefärbt sein sollten, ungefärbte vorhanden sind, welche das Blut in den höchsten Stadien der Veränderung mehr oder weniger weiss machen“.

Далѣе, на основаніи изслѣдованій крови, Virchow приходитъ къ выводу, что она не во всѣхъ случаяхъ лейкеміи представляетъ одинаковыя морфологическія свойства. Когда на лицо опуханіе селезенки— то встрѣчаются кѣтки, свойственныя селезеночной пульпѣ, если же имѣются опухоли лимфатическихъ железъ, то въ крови наблюдаются лимфоциты. Поэтому Virchow и различаетъ двѣ формы лейкеміи: селезеночную и лимфатическую.

Кромѣ того Virchow вновь подтверждаетъ литературными и своими наблюденіями зависимость дискразіи отъ заболѣванія извѣстныхъ органовъ, въ противоположность Griesinger'у, полагавшему, что увеличеніе селезенки при лейкеміи—вторичное явленіе, слѣдствіе накопленія безцвѣтныхъ тѣлецъ въ ней. Именно Bennett представилъ случай, относящійся къ 20—ти лѣтнему мужицѣ, у котораго при поступленіи въ госпиталь найдены опухоль селезенки и печени, существовавшія уже 4 года; однако кровь при изслѣдованіи была не измѣнена и только, когда больной былъ въ

госпиталѣ, число безцвѣтныхъ тѣлецъ стало увеличиваться и продолжало все болѣе и болѣе паростать.

Въ случаѣ Virchow'a—у мужчины, 51 года, было значительное увеличеніе шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ железъ. Опухоли существовали продолжительное время, въ крови же не было никакихъ измѣненій. Осенью 1852 г. больной поступилъ въ больницу. Такъ какъ леченіе не принесло пользы, то больной чрезъ нѣкоторое время и оставилъ больницу. Зимой 1853—54 г. онъ вновь обратился въ госпиталь, въ виду продолжавшагося роста лимфат. железъ. При изслѣдованіи крови только теперь было найдено значительное увеличеніе числа безцвѣтныхъ тѣлецъ—именно лимфоцитовъ. Больной скончался лѣтомъ 1854 г.

Такимъ образомъ какъ при селезеночной, такъ и при лимфатической лейкеміи опуханіе селезенки и лимфатическихъ железъ предшествуетъ измѣненію крови и первое можетъ существовать мѣсяцы и годы прежде чѣмъ наступитъ послѣднее.—„Es ist daher sowohl für die lienale als für die lymphatische Form der Leukämie sicher, dass die Veränderungen der Milz und der Lymphdrüsen vor der Dyskrasie präexistiren, dass sie Monate und Jahre lang bestehen können, bevor die Veränderung des Blutes sich ausbildet“.

Затѣмъ Virchow даетъ и картину патологическихъ измѣненій лимфатическихъ железъ, селезенки, печени, почекъ.

Я остановлюсь на селезенкѣ. Селезенка почти постоянно увеличена; вѣсъ ея колеблется между 3—5—7 фунтами, т. е. въ 12—15 разъ выше нормальнаго. Въ большинствѣ случаевъ капсула утолщена, непрозрачна, бѣловата. Селезенка плотна, въ разрѣзѣ б. ч. малокровна; поверхность разрѣза бѣдно или мясисто-красна желтовато-красна или буровато-красна, суха и однородна. Мальпигіевы тѣльца мелки; иногда ихъ трудно разсмотрѣть. При микроскопическомъ изслѣдованіи всюду видны нормальные элементы, иногда очень тѣсно лежащіе. Нерѣдко встрѣчается пигментъ, въ различныхъ стадіяхъ измѣненія отъ желтаго и краснаго до сѣраго и черпаго цвѣта.

Въ большинствѣ случаевъ въ селезенкѣ встрѣчаются инфаркты, то свѣжіе—въ видѣ темнокрасныхъ клиньевъ, то старые, т. е. принявшіе свѣтло-желтый, грязно желтовато-красный цвѣтъ, или сѣровато-желтый. Если процессъ тянется долго, то на мѣстѣ инфарктовъ образуются рубцы, окрашенные въ красный, желтый, оранжевый, или розовый, иногда зеленовато-желтый цвѣтъ. Въ одномъ только случаѣ Virchow нашелъ въ селезенкѣ гнойникъ.

Лейкемія кончается всегда смертельно. Если и наступаетъ въ теченіе ея улучшеніе, то временное. Virchow различаетъ два типа теченія болѣзни. Въ одномъ рядѣ случаевъ болѣзнь сопро-

воздается лихорадкой, принимающей гектический характер, и больные умираютъ отъ истощенія. Въ другомъ рядѣ развивается по преимуществу геморрагическій диатезъ и больные гибнутъ отъ анеміи или отъ кровоизліяній—„In der anderen Reihe von Fällen entwickelt sich eine eminent hämorrhagische Diathese und die Kranken gehen entweder anemisch oder apoplektisch zu Grunde“.

Virchow указываетъ на носовыя кровотечения, на кровоизліянія въ мозгъ, а также приводитъ свой случай, гдѣ онъ консультировать и пользовать больную, имѣвшую кромѣ носовыхъ кровотеченій, кровавую мокроту и кровавый стулъ.

Такимъ образомъ Virchow выдѣляетъ лейкемію какъ самостоятельную, обособленную болѣзненную форму—„Wir müssen uns daher entscheiden die Krankheit als eine eigenthümliche sui generis zu betrachten“.

Во II томѣ своего классическаго труда о новообразованіяхъ, вышедшаго въ 1864—1865 г., Virchow¹⁾ въ главѣ о лимфомахъ еще разъ касается вопроса о лейкеміи. Я укажу здѣсь, что онъ снова обращаетъ вниманіе на то, что увеличеніе числа лейкоцитовъ наблюдается очень часто, но что это состояніе переходное и притомъ краткосрочное. Virchow далъ ему названіе лейкоцитоза „Ein Vermehrung dieser Körperchen (Polyleukocythaemie) kommt häufig vor, aber meist als ein transitorisches Ereigniss von kurzer Dauer. Diesen vorübergehenden Zustand habe ich vorgeschlagen²⁾. Leukocytose zu nennen“. Изъ него въ томъ только случаѣ разовьется лейкемія, если онъ приметъ продолжительный и прогрессивный характеръ. „Aus ihm wird erst dann eine Leukämie, wenn er einen dauernden und zugleich progressiven Charakter annimmt“.

Далѣе Virchow подтверждаетъ существованіе лимфатической формы лейкеміи (Lymphæmie) и селезеночной (Splenaemie), а также и смѣшенной.

Патологическую анатомію лейкеміи онъ дополняетъ своими личными наблюденіями—язвы въ верхнемъ отдѣлѣ іки, лимфомы въ сердцѣ, подъ pericardium, въ слизистой оболочкѣ дыхательныхъ путей, и наблюденіями другихъ авторовъ—лимфомы въ желудкѣ (Schreiber, Friedreich, Mosler), изъязвленія въ duodenum (Mattei), миндалинахъ (Kribben), retinitis leucaemica (Liebreich), склерозъ зрительныхъ нервовъ (v. Recklinghausen) и т. д. Самыя лимфомы Virchow производитъ изъ соединитель-

¹⁾ Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. Bd. II. 1864—1865. S. 566.

²⁾ Virchow. Gesammelte Abhandl. 1856. S. 703. Canstatt's Jahresbericht 1856. Bd. III. S. 125. (Ссылка проф. R. Virchow'a),

ной ткани паренхиматозныхъ органовъ.— „Die mikroskopische Untersuchung ergiebt überall eine aus den Bindegewebs—Elementen hervorgehende Wucherung, die manchmal fast ganz aus kleinen runden Kernen zu bestehen scheint, bei genauerer Betrachtung aber auch zahlreiche Kernhaltige Zellen erkennen lässt“¹⁾.

Въ 1869 году Neumann, ²⁾ излагая результаты своихъ наблюдений надъ строеніемъ костнаго мозга, впервые высказываетъ мысль, что изученіе его можетъ быть привести къ весьма важнымъ заключеніямъ объ измѣненіи свойствъ крови при различныхъ анеміяхъ, хлорозѣ, лейкеміи и другихъ еще мало выясненныхъ ея уклоненіяхъ.

Въ томъ же году Neumann, ³⁾ описывая клѣтки въ костномъ мозгу, содержащія красныя кровяныя тѣльца, упоминаетъ о нахожденіи кристалловъ въ немъ, совершенно подобныхъ тѣмъ, какіе онъ уже нѣсколько лѣтъ раньше встрѣчалъ въ крови трупа при лейкеміи. Это наблюденіе, говоритъ Neumann, подтверждаетъ высказанное имъ мнѣніе, что костный мозгъ имѣетъ тѣсное отношеніе къ лейкеміи и долженъ быть включенъ при ней въ кругъ изслѣдованія— „Diese Beobachtung unterstützt, wie mir scheint, die bereits früher von mir ausgesprochene Vermuthung, dass das Knochenmark eine nähere Beziehung zur Leukämie haben möchte, und fordert jedenfalls dazu auf, bei leukämischen Leichen dasselbe mit in den Kreis der Untersuchung zu ziehen“.

Годъ спустя Neumann ⁴⁾ сообщилъ случай лейкеміи сопровождавшійся заболѣваніемъ костнаго мозга. При вскрытіи трупа 30-ти лѣтняго мужчины А. L., при жизни представлявшаго рѣзкую картину селезеночной лейкеміи, страдавшаго повторными кровотечениями и умершаго при явленіяхъ расстройства дыханія и упадка силъ, Neumann нашелъ мозговое вещество diploe черепной крышки, а также костный мозгъ мелкихъ реберъ, грудной кости, грудного позвонка и выпяченнаго куска изъ діафиза правой плечевой кости, окрашенными въ зеленовато-желтый цвѣтъ гноя. При извѣстныхъ условіяхъ можно было бы думать о гнойномъ остео-миелитѣ, охватившемъ весь скелетъ.

Описываемое Neumann'омъ уклоненіе костнаго мозга нѣкъмъ не было до него указано. Слѣдовательно, не могло быть и

¹⁾ l. c. S. 571.

²⁾ Neumann. Über die Bedeutung des Knochenmarkes für des Blutbildung Arch. der Heilkunde, Bd. X. 1869. S. 101.

³⁾ Fro-же. Blutkörpercheubaltige Zellen im Knochenmarke. Arch. d. Heilk. Bd. X. 1869. S. 220.

⁴⁾ Neumann. Ein Fall von Leukämie mit Erkrankung des Knochenmarkes. Archiv. der Heilkunde Bd. XI. 1870. S. 1.

рѣчи о частотѣ этого измѣненія при лейкеміи, а также и объ отношеніи его къ ней. Но уже сама по себѣ эта находка наводила Нейшанна на мысль, что кромѣ селезеночной и лимфатической формъ этой болѣзни существуетъ еще и мѣлогенная лейкемія. „Es handelt sich darum zu entscheiden ob es neben der splenalen und lymphatischen Form der Krankheit auch eine myelogene Leukämie giebt“. Тѣмъ болѣе, что Billroth еще высказывалъ сомнѣніе о связи между заболѣваніемъ лимфатическихъ железъ и состояніемъ крови. Далѣе былъ извѣстенъ фактъ, что встрѣчаются значительныя гиперплазіи селезенки и лимфатическихъ железъ безъ свойственныхъ лейкеміи измѣненій крови и наконецъ были извѣстны случаи лейкеміи безъ измѣненія вышеупомянутыхъ органовъ. Нейшанн полагаетъ, если костный мозгъ при лейкеміи постоянно измѣняется, то измѣненіе селезенки и лимфатическихъ железъ имѣетъ вторичное значеніе (eine accidentelle Bedeutung).

Такое дѣленіе лейкеміи одними изслѣдователями удержано и до настоящаго времени, какъ Litten, ¹⁾ другими оно видоизмѣняется. Ehrlich ²⁾ различаетъ только два вида: лимфатическую и мѣлогенную лейкемію. Walz. ³⁾ имѣя въ виду, что встрѣчаются случаи лимфатической лейкеміи безъ увеличенія селезенки и лимфатическихъ железъ, что всѣ формы лейкеміи зависятъ отъ измѣненія костнаго мозга, т. е. что онѣ мѣлогенны, предлагаетъ раздѣлять лейкемію не по органамъ, а по измѣненіямъ крови, такъ отличать мѣлоцитную (Myelocyten) и лимфоцитную (Lymphocyten) лейкемію. На этихъ же основаніяхъ Parrenheim ⁴⁾ признаетъ лимфатическую (lymphatische) и смѣшанноклѣточковую (Gemischtzellige) формы, а Löwit ⁵⁾ гомоклѣточковую (homoiocyten) и пойкилоклѣточковую (poikilocyten) лейкемію.

Такъ сложилось ученіе о лейкеміи, какъ хронической болѣзни, но, когда оно разрабатывалось, незамѣтно начали накопляться свѣденія и объ острой теченіи болѣзни. Однако эти наблюденія, какъ мы увидимъ ниже, носили случайный характеръ, и оставались разединенными до 1889 г., пока не явилось капитальное изслѣдованіе Ebstein'a, объединившаго разбросанный въ литературѣ матеріалъ и выдѣлившаго особую форму—именно острую лейкемію. Такимъ образомъ въ литературѣ вопроса объ острой лейкеміи мы должны отличать, по крайней мѣрѣ, два періода: первый до Ebstein'a, а второй отъ Ebstein'a до настоящаго времени. Въ изложенію литературы острой лейкеміи я и перейду.

(Продолженіе слѣдуетъ).

¹⁾ Litten. Specielle Pathol. und. Therapie. Bd VIII.

²⁾ ³⁾ ⁴⁾ ⁵⁾ Centralblatt f. allg. path. und path. Anatomie 1899.

Нѣкоторыя данныя о цингѣ на основаніи сравнительныхъ наблюденій ея въ эпидеміи 1899 и 1902 гг. по 3-му медицинскому участку Спаскаго уѣзда, Казанской губерніи ¹⁾.

А. И. Шибнова,

зѣмскаго врача.

В В Е Д Е Н І Е.

Демографическій характеръ участка.

При наблюденіи эпидеміи цинги въ 1902 г. по 3 уч. Спаскаго уѣзда, Казанской губерніи нельзя было не замѣтить, что между нею и прошлой, бывшей въ 1899 году, существуетъ связь, изученіе которой могло бы пополнить наши знанія, какъ вообще по вопросу о цингѣ, такъ въ частности о цингѣ, наблюдаемой у насъ на востокѣ, въ связи съ тѣми условіями, которыя ее вызываютъ.

Особенно бросалась въ глаза мысль объ изученіи цинготнаго рецидивизма: цинга повторилась въ одной и той же мѣстности черезъ 3 года; слѣдовательно, представлялась возможность наблюдать почти одно и тоже населеніе (предполагая вымирание и эмиграцію за 3 года незначительной) въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ. Но уже первое неудобство, съ которымъ пришлось тотчасъ же столкнуться, это отсутствіе записей о ходѣ цинготной эпидеміи за 1899 г. Оставался единственно возможный методъ для полученія сравнительныхъ данныхъ о цингѣ—это опросъ заболѣвшаго населенія въ присутствіи должностныхъ лицъ: сельскихъ старостъ,

¹⁾ Докладъ, читанный въ обществѣ врачей при Казанскомъ университетѣ 11-го Ноября 1902 года.

муллъ, десятниковъ. Такимъ образомъ матеріалъ намѣчался только въ тѣхъ предѣлахъ, въ которыхъ позволялъ методъ—опросъ.

На основаніи добытыхъ данныхъ демографическій характеръ участка представляется въ слѣдующемъ видѣ. Въ составъ 3-го медицинскаго участка входятъ три волости: Полянская, Рамодановская и Марасинская. Населеніе его составляющее—смѣшанное: русское и татарское (чувашъ и мордвы небольшое количество). Почти всѣ русскія селенія и деревни паходятся неподалеку отъ помѣщичьихъ владѣній. Такая близость къ русскимъ землевладѣльческимъ имѣніямъ татарскаго населенія составляетъ большую рѣзкость (деревни Ашпакъ, Алпарово). Количество селеній—45. Изъ нихъ татарскихъ 16 и русскихъ 29. Количество жителей 34,235 человекъ обоего пола. Изъ нихъ 16348 мужчинъ и 17887 женщинъ. Русскихъ вмѣстѣ съ небольшоимъ количествомъ мордвы и чувашъ 16641 и татаръ 17594. Татаръ, слѣдовательно, почти на одну тысячу больше половины всего населенія.

На мужскую душу въ трехъ поляхъ земли приходится въ среднемъ для всего участка около 2 десятины. Однако въ этомъ отношеніи въ дѣйствительности относительно различныхъ крестьянскихъ группъ существуютъ значительныя отклоненія, выяснить которыя къ докладу не удалось, между тѣмъ знакомство съ нами указало бы намъ до нѣкоторой степени, какія крестьянскія группы населенія болѣе поражаются цингой. Нормальный средній урожай, получаемый съ одной десятины, выраженный въ пудахъ для ржи—60,—овса—65,—пшеницы—95, гороха и гречи по 60, проса—120. Въ 1901 году, предшествующемъ эпидеміи 1902 г. урожай выражался въ слѣдующихъ цифрахъ; рожь—30, овесъ—20, пшеница—30, горохъ—8, греча—4, и просо 30 пудовъ. Слѣдовательно, урожай нѣкоторыхъ хлѣбовъ былъ отъ 2—4 и даже до 15 разъ (греча) менѣе урожая въ средній годъ.

Всѣхъ больныхъ цингой въ 1902 годъ въ участкѣ было 867 человекъ обоего пола. Изъ нихъ мужчинъ 282 (32,6%) и 585 женщинъ (67,4%). На татарское населеніе падаетъ 759 человекъ (260 муж. и 499 жен.) (т. е. 86,6%), а на русское 108 человекъ (22 м. и 86 ж.), т. е. 13,4%. % больныхъ ко всему населенію участка=2,53%; изъ нихъ на татарское населеніе приходится 2,22%, а на русское 0,31%.

% больныхъ русскихъ къ русскому населенію выражается цифрой 0,66%, а татаръ къ татарскому 4,31%. % отношенія заболѣваемости по полу еще интереснѣе. % переболѣвшихъ русскихъ мужчинъ къ мужскому русскому населенію (22:7258)—0,30%; русскихъ женщинъ къ женскому русскому населенію (86:9383)—0,91%; татаръ мужчинъ къ татарскому мужскому 2,86% и наконецъ % татарскихъ женщинъ къ женскому татарскому 5,27%.

Очевидно, въ то время, когда изъ 1000 русскихъ мужчинъ переболѣло только 3 человѣка, изъ 1000 русскихъ женщинъ 9, татаръ мужчинъ 28 и женщинъ 52. При заболѣваніи одного русскаго мужчины татарскихъ женщинъ заболѣвало цингой 17.

Возрастъ болѣвшихъ цингой виденъ изъ прилагаемой таблицы. Выборка возрастнаго состава сдѣлана по пятилѣтіямъ.

ТАБЛИЦА № 1.

Возрастной списокъ населенія, переболѣваемаго цингой въ 1902 г.				
ЛѢТА	МУЖ.	ЖЕНЩ.	ВСЕГО	%
Отъ 0—5 лѣт.	5	6	11	1,26%
6—10	24	34	58	6,68%
11—15	35	45	80	9,22%
16—20	13	22	35	4,03%
21—25	16	53	69	7,96%
26—30	11	93	104	11,99%
31—35	23	65	88	10,15%
36—40	30	69	99	11,42%
41—45	25	64	89	10,26%
46—50	27	50	77	8,86%
51—55	12	25	37	4,26%
56—60	23	38	61	7,04%
61—65	16	9	25	2,88%
66—70	19	9	28	3,22%
71—75	3	3	6	0,69%
Итого	283	585	867	99,91%

Въ этой таблицѣ пока заслуживаютъ нашего вниманія слѣдующія обстоятельства. Первое: въ дѣтскомъ возрастѣ заболѣваніе цингой выражено менѣе всего. Дѣтскій возрастъ какъ бы не обнаруживаетъ особенной наклонности къ цинготному діатезу: самому маленькому больному было 2½ года. Второе: начальный возрастъ до 15—20 лѣтъ, и поздній съ 55—60 лѣтъ не даютъ особенныхъ различій въ заболѣваемости по полу. Другое дѣло возрастъ съ 20 до 50 лѣтъ. Здѣсь по преимуществу заболѣваетъ женскій полъ, причемъ за нѣкоторые пятилѣтія эти преимущества выражаются цифрой 8 (въ пятилѣтіе отъ 25 до 30 на 11 муж. заболѣвшихъ женщинъ оказалось 93).

Всѣхъ рецидивистовъ было 750 человекъ (86,49%)—Въ Рамоновской волости 226, Поляпской 266 и Мараспской 258. Остальные 117 человекъ—вновь заболѣвшіе—не рецидивисты (13,5%).

Наблюденіе больныхъ цинготныхъ въ теченіе двухъ эпидемій позволяетъ сдѣлать слѣдующую характеристику цинготнаго рецидивизма

Слѣдуетъ различать рецидивизмъ двоякій: 1) массовый или общественный, поскольку онъ характеризуетъ эпидемію въ цѣломъ, имѣетъ отношеніе ко всему переболѣвшему населенію и 2) симптоматическій или индивидуальный, поскольку онъ касается симптомовъ цинги каждаго больного индивидуума.

Массовый рецидивизмъ.

Наблюдая цингу въ цѣломъ участкѣ, мы въ самомъ началѣ эпидеміи замѣтили нѣкоторую послѣдовательность и повторяемость въ ходѣ заболѣваній отдѣльныхъ деревень и селеній. Всѣхъ деревень и селеній, какъ сказано, въ участкѣ 45. Во всѣхъ ихъ была цинга въ 1899 г. Въ 1902 году цинга навѣстила изъ нихъ 28 деревень, причемъ оказалось, что эти 28 деревень и селеній тѣ самыя, которыя ранѣе и сильнѣе остальныхъ переболѣли цингой въ 1889 г. Въ составъ переболѣвшихъ селеній вошла всѣ татарскія селенія участка (16) и часть (12) русскихъ. Не успѣвшей переболѣть оказалась, слѣдовательно, часть однихъ русскихъ селеній.

Первые случаи цинги почти одновременно были зарегистрированы въ слѣдующихъ татарскихъ деревняхъ участка: Крамалѣ, Н. Тиганахъ, Старыхъ Челвахъ и Каргополѣ—въ деревняхъ, гдѣ и въ эпидемію 1899 г. замѣчены ранніе случаи заболѣванія цингой. Достойно вниманія, что всѣ указанныя деревни довольно далеко находятся другъ отъ друга, такъ Нижнія Тиганы отъ Кра-

малы на разстояніи 42 версты, Каргополь отъ Н. Тигань—21-й версты и т. д. Эти селенія, пограничныя въ участкѣ и между ними расположены всѣ остальные деревни съ русскимъ и татарскимъ составомъ населенія.

Татарское населеніе въ среднемъ на цѣлый мѣсяцъ или даже полтора ранѣе русскаго начало заболѣвать цингой. Такъ въ Полянскій волости, въ д. П. Тигань, первые случаи цинги зарегистрированы 15 февраля, въ чувашской деревнѣ Чувашскій Булакъ 6 марта, а въ русской деревнѣ Березовкѣ 10 марта. По Марасинской волости: въ татарской деревнѣ Крамалѣ первые случаи найдены 7 февраля; въ русской деревнѣ Ерыклѣ 28 марта. То же и въ Рамодановской волости: 10 февраля первые случаи цинги въ въ Старыхъ Челнахъ—татарская деревня; 1 марта первая русская больная въ Гурьевкѣ. И въ 1899 г. наблюдалось тоже самое. Изъ имѣющихся у насъ записей по Рамодановской волости видно, что въ то время, какъ первые случаи въ Каргополѣ регистрировались 28 января, Старыхъ Челнахъ 11 февраля, въ русскихъ деревняхъ—Языковѣ 16 марта, Улемовкѣ 2 марта. Особый интересъ въ этомъ отношеніи представляетъ д. Меляша Марасинской волости. Въ общій эпидеміи въ ней, населенной и русскими и татарами, первоначально разбаливались татарское, а потомъ уже, нѣкоторое время спустя, и русское населеніе. Въ татарскихъ деревняхъ цинга была выражена гораздо сильнѣе, чѣмъ въ русскихъ. Здѣсь она носила именно эпидемическій характеръ. Почти не было татарской деревни, гдѣ не было бы менѣе 40 человѣкъ больныхъ цингой. Такъ въ Кармалѣ было 66 человѣкъ, Ст. Каменнѣ 55 ч., Нов. Камкинѣ—46 ч., Ст. Урагарахъ—43, Ниж. Тигапахъ—137, Большихъ Тигапахъ—57, Старыхъ Челпахъ—89 Биб. Челпахъ—68 ч. и т. д. Исключеніе составляла одна деревня Ашныкъ, которая и въ 1899 г., сравнительно съ другими татарскими деревнями участка дала меньшее количество больныхъ цингой и въ слабой формѣ, а въ 1902 г. въ ней переболѣло всего 7 человѣкъ.

Вопреки существующему въ нашей мѣстности взгляду на Ашныкъ, какъ на трудолюбивую деревню, мы, не умаляя такого достоинства за Ашныкомъ, склонны меньшую заболѣваемость его цингой объяснить тѣмъ географическимъ положеніемъ, какое онъ занимаетъ сравнительно съ другими татарскими деревнями относительно крупныхъ частно владѣльческихъ помѣстій, дающихъ ему возможность получать болѣе легко и удобно заработокъ. Въ 7—8 верстахъ находятся экономія владѣльцевъ с. Масловки, Рамадана, с. Полянокъ, а въ 4 верстахъ хуторъ Шляхтино, при которомъ совсѣмъ нѣтъ никакого поселка, такъ что уборка земли здѣсь почти вся производится ашныковскими татарами. Земля этихъ экономій почти граничитъ съ землей крестьянъ деревни Ашныкъ.

Такими удобствами не пользуются, быть можетъ не менѣ трудолюбивые, татары другихъ деревень.

Что касается русскихъ деревень, то въ 1902 г. цинга здѣсь скорѣе выразилась спорадически только въ Рамаданѣ, Масловкѣ и Муллинѣ было по 6-ти случаевъ цинги; въ остальныхъ еще меньше: Ерыклѣ 4; Сабуровкѣ 2; Старосельскомъ 3; Гурьевѣ, Масловкѣ, Полянкахъ и прочихъ переболѣвшихъ деревняхъ по 1. Исключеніе составляла деревня Березовка, гдѣ было 30 человекъ больныхъ; однако въ крайнѣ легкой степени. Березовскіе крестьяне, какъ бы первые изъ русскихъ начали разбалчиваться цингой, чего не пришлось продѣлать другимъ русскимъ деревнямъ вслѣдствіе прекращенія эпидемій. Такимъ образомъ относительно русскихъ селеній получилось впечатлѣніе, что они въ эпидемію 1902 г. не успѣли еще разболѣться, какъ цинга прекратилась. Въ тѣхъ русскихъ деревняхъ и селеніяхъ, гдѣ совсѣмъ не было цинги, въ концѣ Апрѣля и даже началѣ Мая было нѣсколько случаевъ общаго недомоганія съ головными болями, ломотой въ суставахъ, поблѣдненіемъ слизистой оболочки десенъ. Такіе больные, обращаясь за помощью, сами спрашивали: не цинга ли у нихъ начинается, какою они болѣли въ 1899 г? Вѣроятно, мы здѣсь имѣли дѣло съ продромальнымъ періодомъ, которому не суждено было въ концѣ концовъ дать опредѣленную картину діатеза.

Первыми заболѣвали рецидивисты. Въ началѣ эпидеміи 1902 г. при регистраціи больной не рецидивистъ былъ рѣдкостью. Но къ концу эпидеміи чаще стали заболѣвать и вновь. Русскіе совсѣмъ не дали новыхъ заболѣваній.

Въ виду того, что волости изслѣдуемаго нами участка очень похожи одна на другую, какъ по составу населенія и по количественнымъ отношеніямъ народностей, такъ экономическимъ, санитарнымъ, бытовымъ и культурнымъ условіямъ, естественно ожидать, что въ каждой волости массовый рецидивизмъ выразится такъ же, какъ и въ цѣломъ участкѣ. Такъ оно и было. Поэтому все, что сказано о цѣломъ участкѣ, должно быть отнесено въ частности и къ каждой волости.

Переходя къ разсмотрѣнію того, какъ массовый рецидивизмъ выражался въ отдѣльныхъ селеніяхъ, мы и здѣсь находимъ повтореніе того же, что имѣло мѣсто въ участкѣ и волостяхъ. Помимо этого, оказывается, что въ каждой деревнѣ первыми заболѣвшими цингой большею частію были тѣ же лица, которыя первыми болѣли и въ 1899 году. Въ этомъ смыслѣ во всѣхъ селеніяхъ всѣ первые случаи были особо переспрошены въ присутствіи старостъ или муллъ. Всегда получался отвѣтъ, что и въ старшій голодный годъ онъ, спрашиваемый, заболѣлъ однимъ изъ первыхъ, при этомъ нерѣдко больной указывалъ и другихъ своихъ товарищей по бо-

лѣзни, которые при опросѣ подтверждали сказанное. Особенно такое совпаденіе случаевъ по заболѣванію первыми въ общѣ эпидеміи замѣтно тамъ, гдѣ въ селеніи или деревнѣ въ послѣднюю эпидемію было немного больныхъ цингой. Такъ, въ русской деревнѣ Ерыклѣ было 4 случая цинги. Изъ нихъ 3 человѣка принадлежали къ одной семьѣ Хохловыхъ. Въ эпидемію 1899 г. Хохловы заболѣли гораздо ранѣе другихъ и болѣли труднѣе и дальше.

Разсматривая отдѣльно семейства, мы и здѣсь констатируемъ, какъ извѣстную послѣдовательность въ заболѣваніи, такъ и повторяемость явленій. Всѣхъ семействъ, въ которыхъ наблюдалась цинга въ 1902 г., было 577. Всѣ они рецидивировали. Всѣхъ жителей въ этихъ семействахъ въ 1899 г. было 2872 человѣка, въ 1902 г. — 2654. Слѣдовательно, въ переболѣвшихъ семействахъ за 3 года произошла убыль населенія. Цингой въ первую эпидемію болѣло 1052 человѣка, въ послѣднюю 867. Характерно, что уменьшеніе больныхъ цингой въ 1902 г. сравнительно съ 1899 г. не только касается всего участка, но параллельно наблюдалось какъ въ каждой волости и деревнѣ отдѣльно, такъ даже и въ каждомъ отдѣльномъ семействѣ. Относительно волостей и деревень несомнѣнный фактъ, что въ 1902 г. ни въ одной волости ни въ одной деревнѣ не было больныхъ больше, чѣмъ въ 1899 г. Только въ семействахъ это наблюдалось. Но и здѣсь все же наблюдалось, что въ предшествующую цингу въ семействахъ было больше больныхъ, чѣмъ въ послѣднюю эпидемію, и лишь какъ исключеніе тамъ, гдѣ были вновь заболѣвшіе, оказывалось, что въ послѣднюю эпидемію въ семействахъ больныхъ цингой было больше, чѣмъ въ 1899 г.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ каждомъ семействѣ болѣлъ въ 1902 г. цингою тотъ, кто болѣлъ и въ 1899 году. Какъ указано выше, изъ 867 больныхъ было рецидивистовъ 750 чел., т. е. 86,5%. Вновь заболѣвшихъ было только 13,5% и это спустя три года послѣ предшествующей эпидеміи. Повторись цинга въ слѣдующій за 1899 г. годъ при прочихъ равныхъ условіяхъ, бывшихъ въ 1902 г., рецидивистовъ навѣрное было бы еще больше. Первыми въ семействахъ заболѣвали тѣ же, что и въ 1899 г. Вновь заболѣвшіе чаще наблюдались въ концѣ эпидеміи. Такимъ образомъ въ каждомъ семействѣ, кто остался пощаженнымъ цингой въ 1899 г., тотъ и не болѣлъ ею и въ 1902 г. Такова въ общемъ характеристика массоваго рецидивизма въ цингу 1902 г. Не менѣе интереса представляетъ и сравнительное наблюденіе клинической картины.

Индивидуальный рецидивизмъ.

Здѣсь встрѣчаемъ ту же повторяемость симптомовъ, повторяемость по теченію болѣзни у рецидивизирующаго больного, послѣ-

довательность въ заболѣваніи. Для выясненія клиническаго рецидивизма каждому больному при опросѣ предлагались слѣдующіе вопросы:

1. Болѣли-ли цингой въ эпидемію 1899 г.?
2. Съ какихъ признаковъ начиналась цинга тогда и теперь?
3. Какими симптомами выражалась цинга тогда и теперь?
4. Не болѣли-ли тогда и вѣтъ-ли теперь атипическихъ признаковъ (крововизліяній на верхнихъ конечностяхъ, ихъ контрактуръ, цинготныхъ пятенъ на лицѣ и т. д.)?
5. Не болѣли-ли до цинги какой-либо болѣзною тогда и теперь?
6. Вѣтъ-ли у больного цингой сифилиса, туберкулеза, маляріи?
7. Если цинга поражала женщину, не проходила-ли она періода плодоношенія, родовъ и вскармливанія въ время цинги?

Въ результатъ такого опроса получалось слѣдующее. Изъ 630 человекъ опрошенныхъ 153 показали, что въ обѣ эпидеміи болѣзнь у нихъ начиналась съ полости рта (пораженіе десенъ), 120 человекъ заболѣвали въ обѣ эпидеміи пораженіемъ сначала ногъ (кровяныя пятна, сведенія), а потомъ уже десенъ. Остальные затруднялись точно указать мѣсто, съ котораго началась цинга. Большинство изъ нихъ указывало, что и то и другое: пораженіе десенъ и ногъ ими замѣчалось одновременно. Но всѣ почти больные сходились въ одномъ: какими признаками начиналась болѣзнь у каждаго изъ нихъ въ 1899 г., такими же и въ 1902 г.

Въ теченіе болѣзни повторяемость признаковъ коснулась: 1) клинической формы—самыхъ симптомовъ, 2) локализациі признаковъ и 3) функций тамъ, гдѣ цинготный діатезъ вызывалъ функциональныя расстройства. У всѣхъ больныхъ, опрошенныхъ нами въ этомъ направленіи, всегда получался одинъ заранѣе предвидимый отвѣтъ. Многихъ больныхъ мы отлично помнили и при наблюденіи ихъ казалось, что живешь въ эпидемію 1899 г. Если у больного въ 1899 г. наблюдались петехіи на голени, и въ 1902 г. онъ имѣлъ петехіи тоже на голени. Если у больного было кровоизліяніе подъ коленной ямкой, и теперь онъ страдалъ въ той же формѣ и съ той локализацией. Если какое-либо глубокое кровоизліяніе вело къ задержкѣ движенія, напр. сведенію, то и теперь больной страдалъ сведеніемъ конечностей. Отличало цинготныхъ въ 1902 г. отъ ихъ заболѣванія въ 1899 г. только одно—степень страданія: въ 1902 г. цинга выражалась значительно слабѣ своей предшественницы. Мы не приводимъ здѣсь цифръ какъ потому, что въ виду почти абсолютнаго тождества клинической картины у каждаго больного за обѣ эпидеміи не было надобности тщательно и математически точно записывать въ какой формѣ у больного выражается цинга такъ и потому, что если бы и пришлось начать вести соотвѣт-

ствующія записи, то послѣ пришлось бы отъ нихъ все же отказаться по недостатку времени.

Въ подтвержденіе высказанной мысли о характерѣ рецидива цинги нашихъ больныхъ мы позволимъ себѣ привести нѣсколько такихъ случаевъ, въ которыхъ цинга проявлялась не по общему типу, а иначе—атипически. Совпаденіе по клипическому выраженію такихъ казуистическихъ случаевъ, на нашъ взглядъ, не менѣе ясно поясняетъ высказанную мысль о повторяемости цинготныхъ симптомовъ по формѣ, локализаци и функціи.

Случай 1. Дер. Сред. Тиганы. Татарка, Халыча Хысметуллина, 45 лѣтъ. Сплошныя кровоизліянія на голени, бедрахъ, спинѣ и нижнихъ отдѣлахъ живота въ 1899 г. Тоже и въ 1902 г.

Случай 2. Ср. Тиганы. Фатыма Сапфулизокова, 40 лѣтъ. Выѣтъ со сплошными кровоизліяніями на обѣихъ голенихъ и бедрахъ—кровоизліяніе также и на лѣвомъ боку въ 1899 г. Въ 1902 г. тоже.

Случай 3. Асхабзямакъ Мухамедзяновъ, 44 года. Случ. 4—Мансыра Хайбуллина, 13 л.—Случ. 5. Насыбулла Ансеевъ, 50 л.,—все изъ дер. Ср. Тиганъ. Сплошныя кровоизліянія на голени и на бедрахъ въ обѣхъ эпидеміи.

Случай 6. Дер. Стар. Челны. Сахибзямакъ Масаутова, 38 л. Въ 1899 г. Кровоизліянія только на бедрахъ съ обѣихъ сторонъ. Въ 1902 г. тоже.

Случай 7. Сахибзямакъ Гумеровъ 30 л. и Сл. 8—Марфуга Мухамедшина, обѣ изъ Старыхъ Челновъ, въ обѣхъ эпидеміи имѣли сплошныя кровоизліянія на бедрахъ.

Случай 9. Дер. Стар. Калкыно. Марфуга Садушова, 58 лѣтъ. Въ 1899 г. Синія сплошныя окраска всего тѣла до пояса. Выше пояса пятнами. Тоже и въ 1902 г.

Случай 10. Фахифинса Хайбуллина, 65 л. и Сл. 11—Бибизямакъ Таяובה, 70 л., въ обѣхъ эпидеміи онѣ, обѣ беззубыя, дали большія разрыхленія десенъ. Другими замѣтными признаками цинга у нихъ не выражалась.

Случай 12. Дер. Алпарово. Марфуга Тухфиатуллина, 27 л. Около суставныя темныя опуханія кистей рукъ, разлитое темнаго цвѣта уплотненіе идеть на плечо. Такъ было и въ 1899 г.

Случай 13. Дер. Крещенный Баранъ, 55 лѣтъ, Марфа Абрамова. Кровоизліяніе съ голубиное яйцо спереди праваго предплечія, ближе къ лучевому суставу. Такъ было и въ 1899 г. Кашляетъ.

Случай 14. Д. Сабуровна. Анисимъ Николаевъ, 40 л. Разлитыя подкожныя кровоизліянія на обѣихъ предплечіяхъ въ обѣхъ эпидеміи.

Какъ бы связующимъ клиническимъ звеномъ между обѣими эпидеміями служатъ слѣдующіе случаи.

Д. Крещенный Баранъ. Марфа Абрамова, 55 л.—та самая, у которой было кровоизліяніе на рукѣ. Послѣ первой эпидеміи, бывшей въ 1899 г., у больной на мѣстѣ пигментнаго уплотнѣнія осталось на кожѣ красное пятно, совершенно такой-же консистенціи, какую имѣетъ кожа на здоровыхъ мѣстахъ. Рецидивъ последовалъ въ томъ же мѣстѣ. Онъ характеризовался набуханіемъ кожи и подкожной кѣтъчатки съ такимъ же уплотнѣніемъ.

Случай 15. Д. Алпарово. Васбиямалъ Хуснутдиновъ, 45 л. Въ эпидемію 1899 г. вслѣдствіе кровоизліянія около лучезапястного сустава развилась тугоподвижность, которая въ слабой степени оставалась всѣ три года, когда въ 1902 г. снова усилилась.

Случай 16. дер. Крещенный Баранъ. Дмитрій Егоровъ, 59 л. Въ 1899 г. разлитое кругомъ голени подкожное кровоизліяніе, спускающееся на стопу и охватывающее ее кругомъ на обѣихъ конечностяхъ. Въ теченіе всѣхъ 3 лѣтъ у больного кожа голени не возвращалась къ нормѣ, была утолщена, слоховатой консистенціи пигментирована. Не такъ подвижны и конечности, какъ было до цинги. Въ эпидемію 1902 г. эти хроническіе симптомы усилились. Движеніе конечностью—сгибаніе и разгибаніе сдѣлалось болѣе труднымъ. Увеличилась слоховатость. Окраска интенсивнѣе.

Случай 17. Д. Крещенный Баранъ, Михаилъ Фимипъ, 70 л. Исторія болѣзни его—копія предыдущаго больного.

Думаемъ, что и этихъ случаевъ достаточно, чтобы видѣть, какъ клинически рецидивируетъ цинга. Однако, въ заключеніе перечня казуистическихъ случаевъ позволимъ себѣ привести еще одинъ, который по своему обнаруженію представляетъ особенный интересъ.

Случай 18. Д. Крещенный Баранъ. Авдотья Александрова. Въ анамнезѣ Lues gummosa. Въ 1899 г. тяжелая форма цинги. Около суставныхъ разбросанныя кровоизліянія и кровоподтеки. Дѣсны сильно разрыхлены. Изъ рта зловонный запахъ, головныя боли. Анемична. Лежитъ. Кровавый поносъ, не поддающійся терапевческому внимательству. Когда всѣ указанные симптомы были выражены, быстро началъ развиваться психозъ меланхолическаго характера. Больная часто просить ножъ. Больше ходитъ, но походка крайне замедленная. На разпросы или не отвѣчаетъ, если же отвѣчаетъ, то крайне неохотно. Одна сама съ собой говоритъ «зря». Въ виду опасности, которую больная представляла для окружающихъ въ больницѣ и желанія родныхъ взять ее домой, мы не удерживали больной. Уже лѣтомъ больную возили въ Казань въ психіатрическую лечебницу. Поступивъ осенью врачомъ въ участокъ, мы не мало были удивлены, увидѣвъ больную живой, здоровой и здравомыслящей. Въ эпидемію 1902 г. у больной снова развилась цинга, но гораздо легче, и опять «болтаетъ зря». Въ больницѣ послѣ ртутнаго леченія, соединеннаго съ усиленнымъ питаніемъ, больная скоро оправилась.

Вотъ тѣ данныя, характеризующія цинготный рецидивизмъ какъ съ общественной стороны, такъ и клинической. Казуистическій матеріалъ дополняетъ картину клиническаго рецидивизма.

Не рецидивисты.

Не-рецидивистовъ было 117 случаевъ, 13,5% всѣхъ болѣвшихъ цингой. Въ виду того, что не-рецидивисты жили со всѣмъ населеніемъ въ общихъ условіяхъ, способствующихъ развитію цинги и быть можетъ ее вызывающихъ, между тѣмъ какъ въ эпидемію 1902 г. переболѣло вновь сравнительно небольшое количество, невольно явилось желаніе повнимательнѣе отнестись къ этимъ послѣднимъ съ цѣлю выяснитъ причины ихъ заболѣванія цингой. Поэтому мы рѣшили вновь заболѣвшихъ, если не всѣхъ, то по крайней мѣрѣ доступныхъ нашему наблюденію, изслѣдовать со стороны ихъ организаціи, состоянія и характера здоровья.

Но уже при разсмотрѣніи возрастнаго состава оказались данныя, проливающія свѣтъ на причину заболѣванія цингой нѣкоторыхъ вновь заболѣвшихъ. Оказалось, что изъ 117 случаевъ вновь заболѣвшихъ—56 человекъ, т. е. половина всего количества не-рецидивистовъ принадлежитъ къ возрасту до 10 лѣтъ. Въ возрастѣ до 8 лѣтъ было 30 человекъ. Принимая во вниманіе, что всѣ эти больные, особенно до 8 лѣтнаго возраста, въ эпидемію 1899 г. имѣли около 5 или даже 4 и 3-хъ лѣтъ, т. е. проходили возрастъ, каковой, какъ видно изъ таблицы возрастнаго состава, почти не даетъ заболѣванія цингой, мы ихъ заболѣваемость въ 1902 г. склонны объяснить тѣмъ, что они только къ эпидеміи 1902 г., т. е. ко второй эпидеміи, оказались физиологически болѣе воспріимчивы къ заболѣванію цингой, почему и дѣйствительно заболѣли. Будь они въ эпидемію 1899 г. старше 10 лѣтъ, быть можетъ тогда и ихъ не миновала бы опасность заболѣть цингой. Разсматривая остальныхъ вновь заболѣвшихъ, мы нашли 12 человекъ женщинъ въ цвѣтущемъ возрастѣ отъ 25 до 40 лѣтъ, которыя въ 1899 году не проходили періода беременности, а въ 1902 г. таковой ими проходилась, причемъ заболѣваніе цингой или сопровождала беременность или чаще слѣдовало за нею. Приписавъ родовому акту значеніе предрасполагающаго момента въ эпидемическое цинготное время къ цинготному діатезу, мы для того, чтобы убѣдиться въ этомъ, произвели переопросъ въ нѣкоторыхъ деревняхъ: Березовкѣ, Аппаровѣ, Нов. Камкиѣ частью Старыхъ Челнахъ, всѣхъ женщинъ, болѣвшихъ цингой въ 1902 г., въ возрастѣ отъ 20 до 45 лѣтъ. Оказалось, что всѣ рецидивирующія женщины съ крайне незначительнымъ исключеніемъ въ эпи-

демію 1899 г. проходили періодъ беременности, родовъ и вскармливанія, причемъ цинга чаще всего появлялась вскорѣ послѣ родовъ. Достойно вниманія, что это обстоятельство подмѣчено самими женщинами, и когда нами была опрошена одна женщина, которая ухаживала за больными въ д. Н. Камкипѣ, „почему она не болѣетъ цингой?“, получился отвѣтъ не отъ нея, а отъ больныхъ подругъ: „съ чего ей болѣть-то, она не родитъ, у ней я грудныхъ дѣтей нѣтъ“.

Въ 6-ти случаяхъ свѣжихъ заболѣваній цингой въ 1902 г. въ анамнезѣ отмѣчена хроническая малярія, пріобрѣтенная въ междуциготное время.

Въ 4-хъ случ. отмѣчено хроническое растройство желудочно-кишечнаго тракта.

Въ 10-ти случаяхъ—хроническое страданіе дыхательныхъ путей, большею частью туберкулезъ легкихъ, такъ какъ въ анамнезѣ всѣхъ ихъ—исхуданіе, ночные поты, у многихъ кровохарканіе.

Такимъ образомъ изъ 117 случаевъ цинготныхъ больныхъ, не болѣвшихъ въ 1899 г. для заболѣванія 76 случаевъ (65%) находится удовлетворительное объясненіе, помимо общихъ вліяній санитарныхъ, экономическихъ и пр. Замѣтимъ, что эти розыски дѣлались не специально, а попутно при собираніи выше разсмотрѣннаго матеріала и уже въ концѣ эпидеміи, причемъ нѣкоторыхъ больныхъ не удалось даже увидать.

Изъ 867 чел., переболѣвшихъ цингой, умерло 12 (1,6%). Одна женщина изъ д. Гурьевки перенесла сыпной тифъ. Дѣтъ недѣли спустя послѣ паденія т^о до поры—цинга съ смертельнымъ исходомъ.

Одна цинготная женщина изъ Алиарова умерла родами.

10 человекъ имѣли въ анамнезѣ туберкулезъ.

Для больныхъ дыхательнымъ аппаратомъ осложненіе цингой, повидимому, является тяжелымъ осложненіемъ, дающимъ дурное предсказаніе.

Сравнительныя наблюденія о цингѣ этиологическаго характера.

Передачей всѣхъ вышеизложенныхъ наблюденій о цингѣ мы вполнѣ могли бы ограничиться, если бы не вопросъ объ ея этиологіи, столь еще сложный въ литературѣ и котораго мы совершенно не затронули.

Не касаясь существующихъ теорій объ этиологіи цинги, мы въ дальнѣйшемъ изложеніи возможно объективно передадимъ толь-

ко тѣ данныя, имѣющія отношеніе къ поставленному вопросу, которыя были замѣчены нами въ теченіе нашихъ двухъ эпидемій.

Данныя эконоическаго характера.

Годъ, предшествующій эпидеміи цинги 1899 г., официально былъ признавъ неурожайнымъ. Въ дѣйствительности послѣдствіемъ нужды были—замѣна въ бѣдѣйшихъ группахъ крестьянскаго населенія чистаго, хорошаго хлѣба хлѣбомъ съ примѣсю разныхъ суррогатовъ (лебедой, муки изъ желудей и пр.),—сознательное голоданіе населенія, выражавшееся въ ограниченіи обычнаго пищевого режима, въ отказѣ отъ горячей пищи, отъ мягкаго хлѣба (черстватаго меньше съѣшь), въ замѣнѣ пищи лучшей, пищею худшаго качества. У татаръ, у которыхъ вообще употребленіе горячей пищи ограничено и ся роль при обычныхъ условіяхъ общедѣтита выплняетъ чай,—ограниченіе въ чаепитіи, употребленіе болѣе дешеваго чаю, слѣдовательно, худшаго качества, съ меньшимъ количествомъ тепла, такъ необходимаго особенно въ эпидемическое цинготное время для подъема сердечной дѣятельности и вообще возбужденія и подаятія тонуса всей нервно-мышечной системы. О такой роскоши, какъ бѣлый хлѣбъ по базарнымъ днямъ,—не приходилось и думать. Картину послѣдствій нужды въ русскомъ населеніи дополняло отсутствіе овецъ и связанное съ этимъ отсутствіемъ однообразіе меню, которое и безъ того не особенно богато. Квасъ былъ также изгнанъ изъ повседневнаго пищевого обихода. Ко всему этому, если помощь къ концу 1899 г. (Земство, Красный Крестъ, обильная частная благотворительность, наплывъ интеллигенціи со спеціальной и безъ спеціальной подготовки, подъемъ общественнаго инстинкта у мѣстной интеллигенціи и т. д., и т. д.) создала избытокъ необходимыхъ средствъ для борьбы съ разгорѣвшейся эпидеміей,—вначалѣ замѣчался недостатокъ помощи, который повелъ къ тому, что цинга развилась до широкихъ размѣровъ въ смыслѣ и количества заболѣвшихъ и тяжести самой формы цинги, какъ болѣзни.

Въ годъ, предшествующій цингѣ 1902 года, официально признавъ недородъ. Мы выше видѣли урожайность этого года въ сравненіи съ среднимъ нормальномъ годомъ. Бѣдѣйшія группы крестьянскаго населенія скоро почувствовали послѣдствія неурожая. Но нужда эта всетаки выражалась не такъ сильно, какъ въ 1899 году. Образцы суррогатовъ хлѣба почти не фигурировали въ учрежденіяхъ, бѣдавшихъ деревенскую нужду (вра-

чебный совѣтъ, Земская Управа, мѣстные попечительства Краснаго Креста, продовольственные отряды).

При ближайшемъ наблюденіи крестьянскихъ семействъ гораздо рѣже замѣчались жалобы на ограниченіе обычнаго пищевого режима въ смыслѣ недоѣданія, отказа въ лишнемъ суточномъ приѣмѣ пищи, ограниченіи пищей худшаго качества. Только въ квасѣ и овощахъ недостатокъ ощущался пожалуй не менѣе голоднаго 1899 года. Очень важное обстоятельство для эпидеміи 1902 года и то, что рациональная помощь уже заболѣвшему населенію теперь оказывалось, такъ сказать, по пятамъ. Въ 3-ьемъ медицинскомъ участкѣ всякій, заболѣвшій болезнью цингой, почти тотчасъ же получалъ пищевое продовольствіе въ размѣрѣ 18—20 коп. стоимостью ($1\frac{1}{2}$ фунта чернаго хлѣба, 1 ф. бѣлаго, $\frac{3}{4}$ мяса, $\frac{1}{3}$ ф. пшена или какого-либо другаго приварка, 1 бутылка молока, чай, сахаръ, лимоны). При этомъ же труднобольнымъ оказывалась и медицинская помощь (мази для массажа, горечи для возбужденія аппетита, полосканья и пр.)

Однако, мѣръ съ цѣлью предупреждать цингу (нормальныя столовыя для здороваго населенія по типу бывшихъ въ 1899 году, пекарни и квасныя для нихъ-же) въ 3-ьемъ медицинскомъ участкѣ за всю компанію 1902 года не предпринималось. Выдавалась только правительственная ссуда нуждающимся въ размѣрѣ 1 пуда ржаной муки и въ такомъ же размѣрѣ отъ Краснаго Креста тѣмъ изъ нуждающихся, кто не имѣлъ права на полученіе правительственной ссуды. Ранняя рациональная помощь заболѣвшимъ имѣла послѣдствіемъ то, что въ участкѣ было мало случаевъ тяжелой формы цинги. Однако, такая помощь безъ сомнѣнія не предупреждала распространенія эпидеміи въ количественномъ отношеніи. Какъ въ первую, такъ и вторую эпидеміи цинга, не смотря на выдачу правительственной ссуды, даже ранѣ появленія спорадическихъ случаевъ къ извѣстному времени принимала болѣе или менѣе широкіе размѣры, достигала своего акме развитія и затѣмъ уже приостанавливалась въ своемъ теченіи. Поэтому разсмотрѣніе времени, въ которое цинга особенно развивается, должно составить нашу ближайшую задачу.

Время развитія эпидемій.

Началомъ эпидеміи 1899 года можно считать ноябрь 1898 года. Въ декабрѣ и особенно январѣ въ нѣкоторыхъ татарскихъ деревняхъ уже встрѣчались случаи множественныхъ заболѣваній. Въ февралѣ цинга продолжаетъ развиваться сильнѣе, въ мартѣ особенно сильно, въ апрѣлѣ слабѣе, маѣ и іюнѣ единичными слу-

чаями. Къ сожалѣнію у насъ нѣтъ точныхъ данныхъ о цингѣ 1899 года, по которымъ можно было-бы начертить кривую, выражающую появленіе цинги во времени. Однако-же, несомнѣнными все же можно считать слѣдующіе факты: цинга, начиная развиваться довольно медленно съ ноября, очень быстро даетъ большія количества новыхъ заболѣваній въ февралѣ и особенно мартѣ, съ апрѣля слабѣетъ, а въ маѣ и Іюнѣ уже почти не развивается. Схематическая кривая, напрашивающаяся здѣсь: болѣе медленное поднятіе восходящей линіи—начало развитія цинги въ декабрѣ, январѣ, февралѣ; скачекъ еще вверхъ въ мартѣ—моментъ усиленнаго развитія цинготной эпидеміи; болѣе быстрое паденіе, чѣмъ поднятіе въ апрѣлѣ—моментъ пріостановки эпидеміи. Однако заканчивается послѣдняя все же только съ появленіемъ новаго хлѣба. —Относительно появленія и теченія цинги 1902 года во времени мы имѣемъ болѣе полныя данныя. Лучше всего это видно изъ прилагаемой кривой.

Изъ нея видно, что эпидемія цинги въ 1902 году началась съ февраля мѣсяца, первоначально развивалась медленно, но къ началу марта дѣлаетъ крутой скачекъ вверхъ, такъ что недѣльная прибыль вновь заболѣвшихъ цингой выражается цифрою отъ 100 до 160 человекъ; со середины же апрѣля, гораздо скорѣе, чѣмъ разбаливаніе, она перестаетъ давать новые случаи заболѣваній. Въ маѣ и іюнѣ новыя заболѣванія цингой попадались, какъ рѣдкость.

Общія особенности для развитія цинги во времени сводятся къ тому, что 1) начало развитія цинготной эпидеміи за оба года 1899 и 1902 г.г. идетъ крайне медленно: цинга уже появилась изъ-за горизонта, но не замѣтно, какъ она приближается, 2) въ мартѣ мѣсяцѣ за оба года происходитъ взрывъ цинготной эпидеміи, 3) начиная со середины апрѣля еще быстрѣе, чѣмъ казалось наступаетъ ослабѣваніе и окончательное прекращеніе цинги. Отличительныя же особенности въ развитіи и ходѣ цинги во времени для разсматриваемыхъ эпидемій заключаются въ слѣдующемъ: первая начинается раньше, вторая позже. Первая продолжается дольше, вторая короче.

Изученіе развитія эпидеміи во времени ясно показываетъ, что между временемъ, въ которое особенно сильно развивается цинга и извращеннымъ питаніемъ¹⁾ прямой связи не существуетъ. Мы знаемъ, что недостатокъ питанія и однообразіе пищи нашего

¹⁾ Терминъ «извращенное питаніе» заимствованъ у Toller's'a. Онъ объединяетъ понятіе—недоѣданіе, однообразіе пищи и ея недоброкачественность. Трактатъ по медицинѣ. Вып. IV, стр. 852.

крестьянина усиливается crescendo вплоть до новаго хлѣба, а цинга, какъ видимъ, прекращается гораздо ранѣе. Поэтому мы не склонны однообразіе и недостатокъ питанія считать ближайшей причиною, вызывающей особое заболѣваніе съ извѣстнымъ симптомокомплексомъ, называемымъ цингой. На самомъ дѣлѣ, если недоѣданіе и однообразное питаніе уже въ февралѣ вызывали цингу, то почему же апрѣль меньше ее вызываетъ, а въ маѣ и іюнѣ, когда у крестьянина подбирается все въ запасахъ и недостатокъ сказывается въ самой рѣзкой степени, цинга совсѣмъ прекращается? Не входя пока въ должную оцѣнку значенія извращеннаго питанія для развитія эпидемической цинги, мы естественно должны рассмотретьъ другой факторъ—санитарно бытовую обстановку переболѣвшаго населенія, выяснить отношеніе ея ко времени цинготной эпидеміи и тогда уже указать значеніе для развитія цинготнаго симптомокомплекса, какъ экопомического, такъ и санитарно-бытового фактора.

Санитарно-бытовая обстановка переболѣвшаго населенія.

Повидному, лишнее говорить о какихъ либо особенностяхъ санитарно-бытовой обстановки переболѣвшаго населенія за время нашихъ эпидемій. Въ обѣ эпидеміи переболѣвшими оказались семейства, живущія въ самыхъ дурныхъ санитарныхъ условіяхъ. Избы ихъ болѣею частію расположены гдѣ-нибудь въ низинахъ, по оврагамъ, пазкія, небольшія по своимъ размѣрамъ, вслѣдствіе этого съ крайне недостаточнымъ количествомъ свѣта и воздуха, тѣсныя, съ затхлымъ жаркимъ запахомъ, сырыя и холодныя, зимой перѣдко выстѣ со скотомъ. Однако, болѣе детальное разсмотрѣніе этой обстановки дастъ нѣкоторый матеріалъ для выясненія какъ вообще этиологіи цинги, такъ въ частности и этиологическихъ особенностей наблюдаемыхъ нами цинготныхъ эпидемій.

Въ равныя времена года сообразно съ природой, привычками и другими особенностями, зависящими, главнымъ образомъ отъ климатическихъ условій, наше крестьянство переживаетъ самую разнообразную санитарную обстановку.

Со середины весны, въ теченіе всего лѣта и въ началѣ осени жизнь его проходитъ подъ открытымъ небомъ, на лонѣ природы. Днемъ онъ испытываетъ благотворное вліяніе солнца, ночью полной крѣпкой трудовой грудью вдыхаетъ самый чистый воздухъ.

Физическій трудъ только укрѣпляетъ его организмъ. Заручившись за весну и лѣто силъ и здоровья, крестьянинъ со середины осени и во всю зиму отдаетъ себя во власть такой обстановки, такихъ въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи обратно

противуположныхъ лѣтнимъ вліяніямъ, что только удивляешься его выносливости, его живучести. Къ концу зимы и началу весны невольно уже ждешь паллома въ здоровьи крѣпкаго и могучаго организма. Съ середины осени и всю зиму крестьянинъ, лишившись всѣхъ лѣтнихъ даровъ природы, а также болѣе систематическаго здороваго труда, обреченный на меньшую подвижность вслѣдствіе экономическихъ условій переселается съ лона природы въ свою избу, которая хотя за лѣто и была достаточно провентилирована и продезинфицирована, однако съ осени начинаетъ быстро загрязняться. Съ каждымъ днемъ солнце уже на болѣе короткий срокъ заглядываетъ черезъ маленькое съ грязными и безътого мало пропускающими свѣтъ стеклами окно въ его избу: струя чистаго воздуха уже не пробѣжитъ лишній разъ черезъ окно въ дверь или обратно, — иначе она унесетъ болѣе дорогое, чѣмъ принесетъ, — тепло. Чувствуя потребность въ теплѣ сильнее всего, не имѣя достаточныхъ средствъ на топливо и менѣе поэтому сознавая, чѣмъ бы слѣдовало, нужду въ вентиляціи хаты въ холодную зиму, крестьянинъ самъ заводитъ свою избенку снизу навозомъ, а повыше снѣжкомъ, задерживая такимъ образомъ послѣднюю естественную вентиляцію чрезъ поры стѣнъ. Съ каждымъ днемъ все больше и больше накапливается въ избахъ жилого запаха, все больше падаетъ всякихъ отбросовъ на полъ до экскрементовъ дѣтей и животныхъ включительно. Все органическое начинаетъ гнить, разлагаться.... Изба постепенно, но неизмѣннымъ шагомъ по своему санитарно-гигіеническому состоянію приближается къ состоянію влоаки. Съ здоровымъ человекомъ изъ другой среды дѣлается дурно и онъ падаетъ въ обморокъ отъ нѣсколькихъ минутъ пребыванія въ описанной обстановкѣ. Прибавьте ко всему этому грязь, сырость, почти отсутствіе свѣта въ теченіе всей зимы (днемъ въ плохихъ избахъ бываетъ только полумракъ и холодъ). Къ концу зимы происходитъ полное насыщеніе крестьянской избы вышеизложенными антисанитарными вліяніями. Дѣйствіе всѣхъ этихъ антисанитарныхъ вліяній на организмъ обывателей совершается послѣдовательно, постепенно crescendo и хронически. Какимъ измѣненіямъ долженъ подвергаться весь организмъ обывателей такой обстановки и какія измѣненія долженъ перестерѣть каждый органъ въ частности при такомъ естественномъ экспериментѣ — вопросъ до сихъ поръ не выясненный, но можно считать несомнѣннымъ, что на дыхательной функціи, на вентиляціи легкихъ и кожи и связавномъ съ ней кровообращеніи вліянія эти должны сказаться въ болѣе, и рапѣе всего.

Съ апрѣля и особенно въ маѣ крайне быстро измѣняется весь санитарный укладъ деревенской избы и самой деревни къ лучшему. Съ наступленіемъ весны оттаиваетъ снѣгъ, естественно

и искусственно для большого тепла завалившій избы, обогрѣваетъ солнце, открывается окно и дверь и живительная струя чистаго воздуха быстро производитъ естественную вентиляцію и дезинфекцію жилого помѣщенія. Весь ялъ избы, скопленный въ теченіе долгой зимы, отравлявшій хронически и crescendo съ глухой осени до ранней весны ея обитателей, съ влетѣвшимъ воздухомъ въ первую раскрывшуюся дверь и окно быстро уносится въ необъятное пространство природы, а весенніе теплые солнечные лучи, обогрѣвъ избы, осушивъ ее, оживляютъ застывшую кровь ея обитателей и цѣлбно начинаютъ восстанавливать хотя и совершеннѣйшее, но все-таки достаточно захирѣвшее за зиму созданіе природы,—человѣка.

Въ такомъ видѣ представляется въ разное время года санитарная обстановка деревни и ея избы. За обѣ разсматриваемыя нами эпидеміи населеніе также вынуждено было пережить и перенести всѣ неудобства только что описанной антисанитарной зимней и весенней обстановки. Однако, въ послѣдній эпидемическій годъ антисанитарныя условія деревенской избы были выражены гораздо сильнѣе, чѣмъ обычно, вслѣдствіе выпавшихъ въ зиму этого года большихъ количествъ снѣга, занесшаго избы въ уровень съ крышами, превратившаго ихъ въ ямники, вырытые по поверхности земли и сведшаго вслѣдствіе этого пользованіе естественными и безъ того скудными зимой силами природы: солнцемъ, естественной вентиляціей до минимальныхъ размѣровъ. Зима послѣдней эпидеміи создала въ избахъ потемки, которые тянулись вплоть до конца марта, когда съ таяніемъ снѣга и удлинненіемъ дня пастушили и свѣтлые дни....

Не трудно замѣтить, что между санитарной жизнью деревни и деревенской избы съ одной стороны и временемъ, въ которое развивались наши эпидеміи, существуетъ извѣстная связь. Цикла развивается какъ разъ въ такое время, когда вліяніе дурной антисанитарной обстановки достигаетъ своего акме и прекращается тогчасъ же съ измѣненіемъ санитарныхъ условій къ лучшему.

Однако, должной оцѣнкѣ извращеннаго питанія и антисанитарныхъ вліяній мы должны предпослать еще и знакомство съ бытовыми особенностями переболѣвшаго населенія, его привычками, которыя только одни могутъ объяснить намъ рядъ нѣкоторыхъ очень важныхъ этиологическихъ подробностей.

Здѣсь мы рѣзкой гранью должны отдѣлить бытъ русскаго крестьянина отъ инородческаго и главнымъ образомъ татарскаго. Мы уже частью говорили о пищевомъ режимѣ. Пищевой режимъ русскаго крестьянина гораздо разнообразнѣе такового у татарина. Русскій употребляетъ горячее, любитъ картофель, квась и овощи. Если у русскаго нѣтъ мяса и онъ по необходимости вегетеріанецъ—все же онъ и растительную пищу умѣетъ разнообразить.

Особенно въ этомъ отношеніи большую роль играютъ капуста, консервируемая на зиму съ огурцами, и картофель. Квасъ, а по праздникамъ домашнее пиво, дополняютъ эту картину меню русскаго. Но капуста и огурцы не составляютъ повседневной пищи татарина, хотя нельзя сказать того, чтобы онъ не любилъ ихъ. Вѣрнѣе, разводить и консервировать капусту пока не вошло еще въ обычай татарскаго населенія. Татаринъ сажетъ капусту и огурцы такъ же рѣдко, какъ русскій разводитъ пчельникъ. Онъ ѣстъ капусту, какъ лѣкарство, и поэтому употребляетъ ее только при какомъ либо заболѣваніи. Вѣроятно эффектъ капусты чисто вкусовой. Какъ новіппа для желудка-кишечнаго тракта татарина, она поднимаетъ его дѣятельность, усиливая аппетитъ. Вся пища татарина сводится къ разнымъ кушаньямъ, приготовляемымъ изъ одной муки. Если же онъ и употребляетъ мясо, то большею частью конину, но по недостатку средствъ и вслѣдствіе своей невзыскательности почти всегда не доброкачественную. Горячее ему замѣняетъ чай, который онъ пьетъ и часто и по многу. Любовь къ чаю настолько сильна, что заурядный татаринъ ждетъ не дожидется базарнаго дня побѣхать на базаръ и въ компаніи товарищей (шабровъ) на послѣдній грошъ испить чаю съ калачемъ. Такимъ образомъ однообразіе пищи и при обычныхъ условіяхъ быта въ татарскомъ населеніи составляетъ отличительную особенность. Рѣзко это однообразіе питанія касается татарской женщины, которая не всегда даже привозимаго съ базара мужемъ калача можетъ испробовать: она дѣлитъ его съ кучей ребятъ. Другая отличительная особенность татарской женщины уже по сравненію съ русской—ея замкнутость, требуемая религіозными привычками и предписаніями. Она больше, чѣмъ русская, обречена на домосѣдство. На рынкѣ, базарѣ, въ другихъ общественныхъ учрежденіяхъ вы не встрѣтите татарской женщины. Если, проѣзжая татарской деревней, вы и увидите ее несущей воду, то не иначе, какъ покрытой длиннымъ платкомъ—покрываломъ такъ, что въ немъ оставлено открытымъ только очень небольшое отверстіе, вѣроятно, для воздуха. Очевидно вслѣдствіе обычая и требованій національной морали даже и здѣсь на свѣжемъ воздухѣ татарская женщина лишена возможности вдыхать полной грудью чистый воздухъ. Она вдыхаетъ его только пополамъ съ только что выдыхнутымъ и поэтому испорченнымъ, потому что подъ платкомъ-покрываломъ чрезъ узкое отверстіе выдыхнутой воздухъ не успѣетъ своевременно вентилироваться сообразно съ запросами обычнаго фізіологическаго дыханія. Замѣчательно, что такія строгія требованія болѣе всего предъявляются къ женщинамъ самаго цвѣтущаго возраста; къ подросткамъ и старухамъ они болѣе снисходительны. Этимъ обстоятельствомъ вѣроятно и можно между прочимъ объяснить, почему среди татар-

скихъ деревенскихъ женщинъ больше встрѣчается хилыхъ, анемичныхъ по сравненію съ русскими.

Мы не будемъ говорить о сравнительно болѣе культурномъ развитіи русскихъ предъ татарами не потому, чтобы мы его не признавали, а потому, что если таковое и существуетъ, то оно касается болѣе состоятельныхъ группъ крестьянскаго населенія. Другое дѣло матеріально не обезпеченныя группы. Если мы будемъ дѣлать сравненіе между бѣднѣйшими группами населенія, то значеніе національной культуры для санитарной жизни будетъ тѣмъ слабѣе, чѣмъ бѣднѣе группы. Въ самыхъ бѣдныхъ крестьянскихъ группахъ, будутъ ли то русскіе или татары,—безразлично, культура одна—низкая, бѣдная, неберегающая разумно здоровья; едва ли здѣсь можно говорить о культурномъ значеніи народности для санитарной жизни,—здѣсь возможна рѣчь только объ одной нуждѣ, общей для тѣхъ и другихъ.

Сравнительная оцѣнка извращеннаго питанія и антисанитарной обстановки въ этиологій цинги.

Теперь уже можно приступить къ выясненію роли, извращеннаго питанія и санитарно-бытовой обстановки въ происхожденіи цинготнаго симптомокомплекса.

Припомнимъ послѣдовательно факты того и другого рода предшествоующіе, сопровождающіе и слѣдующіе за цингой. Цинга появляется въ годы неурожаявъ, характеризующіеся извращеннымъ питаніемъ бѣднѣйшихъ группъ крестьянскаго населенія, при чемъ излюбленнымъ для нея сезономъ является конецъ нашей зимы и начало весны (февраль и мартъ мѣсяцы)—время наихудшаго санитарно-гигіеническаго состоянія деревень и деревенскихъ избъ. Однообразіе питанія въ эти года касается бѣднѣйшихъ группъ крестьянскаго населенія безъ различія народностей: русскихъ вслѣдствіе неурожая картофеля, капусты, огурцовъ; татаръ—вслѣдствіе обычнаго въ ихъ жизни такого порядка вещей.

Недостатокъ же питанія въ видѣ разнаго сорта ограниченій въ количественномъ и качественномъ отношеніяхъ приѣмовъ пищи одинаково захватываетъ всѣ народности изъ-за неурожая. Однообразіе питанія, слѣдовательно было болѣе замѣтно для русскаго населенія; недостатокъ же питанія для всѣхъ одинаково. Однообразіе пищи началось съ ранней осени, недоѣданіе дѣлалось замѣтнымъ для населенія по мѣрѣ израсходыванія тѣхъ скудныхъ запасовъ хлѣба, которые всетаки удавалось получать бѣднѣйшему крестьянину за лѣто предшествующее эпидеміямъ. Невольно явля-

ется желаніе признать за этимъ факторомъ значеніе условія, при которомъ развивается цинга, и дать ему должную оцѣнку. При наблюденіи массовыхъ явленій, когда мы видимъ, что цѣлому ряду однородныхъ факторовъ, представляющихся въ данное время исключительными, необычными (въ нашемъ случаѣ рядъ цинготныхъ заболѣваній), предшествуетъ рядъ явленій или одно явленіе (извращенное питаніе) также исключительное и необычное—невольно является желаніе поставить ихъ въ связь, предшествующее считать такъ или иначе обусловливающимъ послѣдующее, считать его почвой, причиной, условіемъ. Въ нашемъ случаѣ тѣмъ болѣе является такое логическое желаніе, что оно находитъ себѣ подтвержденіе не только въ томъ, что наблюдаемыя нами явленія массовыя и какъ предшествующее, такъ и послѣдующее представляются исключительнымъ и необычнымъ, но и въ томъ, что обѣ наши эпидеміи почти тождественны между собой: вторая по предшествующему голодавію цѣликомъ повторяетъ первую свою предшествественнѣе. И мы рѣшительно признали бы за извращеннымъ питаніемъ значеніе уже единственной причины цинга, если бы послѣдняя какъ въ началѣ, такъ и въ концѣ эпидеміи одинаково безусловно и послѣдовательно явленій въ изучаемомъ нами случаѣ мы не наблюдаемъ. Правда по началу эпидеміи такая связь какъ-бы и существуетъ. Скудѣютъ запасы, бѣдѣетъ населеніе и въ концѣ зимы, какъ бы прямымъ послѣдствіемъ этого въ бѣднѣйшихъ группахъ населенія развивается цинготный симптомокомплексъ. Однако извращенное питаніе разъ начавшись продолжало существовать въ населеніи вплоть до середины лѣта: начала новаго хлѣба и овощей. Если въ 1899 г. населенію и пришла обильная помощь особенно въ Маѣ мѣсяцѣ, когда многіе изъ частныхъ благотворителей не знали куда дѣвать свои средства и такимъ образомъ не только ослабили недоѣданіе, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сдѣлали пищевое продовольствіе населенія даже значительно выше обычной нормы, тѣмъ не менѣе и въ 1899 г. цинга уже ранѣе таковой помощи сталъ ослабѣвать и перестало давать новыя заболѣванія въ населеніи. Что же касается 1902 г., то въ этотъ годъ борьба съ извращеннымъ питаніемъ въ 3 участіа за всю кампанію велась только среди населенія уже заболѣваго; остальному же здоровому выдавалась только, въ видѣ продовольственной помощи, мука, что, конечно, не могло вести къ задержкѣ развивающейся цинги. И цинга не смотря на такую выдачу, какъ мы это видѣли ранѣе, къ извѣстному времени развилась до опредѣленныхъ размѣровъ, затѣмъ остановилась въ своемъ развитіи, гораздо ранѣе появленія новаго хлѣба и овощей, какъ бы совершенно игнорируя продолжающееся въ населеніи извращенное питаніе. Цинга усиленно развивалась въ февралѣ и особенно въ

мартѣ мѣсяцѣ. Въ апрѣлѣ, какъ мы знаемъ, свѣжихъ случаевъ было значительно менѣе, а въ маѣ и іюня встрѣчались только единичные случаи.

Такимъ образомъ мы приходимъ къ выводу, что извращенное питаніе само по себѣ уже не имѣетъ такого существеннаго значенія въ смыслѣ причины цинги, какъ это представляется съ перваго взгляда, приходимъ къ мысли объ ограниченіи этиологическаго значенія за недостаточнымъ питаніемъ несоотвѣтствія между голомочъ и развитіемъ и ходомъ цинготной эпидеміи во времени. Однако болѣе опредѣленно эта роль недостаточнаго питанія въ происхожденіи цинги выяснится намъ сейчасъ, когда мы рассмотримъ отношеніе къ цинготному симптомокомплексу и его развитію во времени санитарно-бытовой обстановки. Выше мы довольно подробно выяснили послѣдовательное загрязненіе деревни и деревенской избы въ теченіи зимы. Мы видѣли къ какому состоянію онѣ приближаются по своей санитарно-гигиенической обстановкѣ къ концу зимы и началу весны. Мы также видѣли, какъ слѣдомъ за появившимся уже загрязненіемъ деревни и ее избы цинготный діатезъ подкрывался къ населенію сначала незамѣтно, а потомъ когда санитарныя условія деревни сложились хуже всего, онъ быстро, какъ бы врасплохъ, выросъ въ пѣлую эпидемію. Каждая новая недѣля давала сотни новыхъ заболѣваній. При недѣльной регистраціи 7 дней назадъ предъ Вами стояли нѣкоторые изъ этихъ ста человекъ и жаловались на недомоганіе, слабость, безспіе. Вы тщательно разсматривали ихъ десна, ноги, ища цетехій, разрыхленія, но видимыхъ симптомовъ цинги не было и Вы затруднялись считать ихъ цинготными. Черезъ недѣлю—двѣ предъ Вами тѣ же больные, но уже съ съ вполне выраженнымъ цинготнымъ симптомокомплексомъ. Особенно такая массовая разбалываемость населенія въ февралѣ, мартѣ и началѣ апрѣля поражала 1899 году. Тогда намъ лично въ одной изъ деревень Спасскаго уѣзда примѣрно въ среднѣ мартѣ пришлось въ теченіи 4—5 дней зарегистрировать около 300 человекъ больныхъ. А къ концу марта нашимъ приемникомъ по борибѣ съ цингою было зарегистрировано уже 600 человекъ. За 2 недѣли прибыло больныхъ слѣдовательно 100%. Въ этомъ, вѣроятно, причина всѣхъ недоразумѣній и нареканій на земскихъ врачей во время цинготныхъ эпидемій, будто бы нерадиво относящихся къ регистраціи и просматривающихъ больныхъ. На самомъ же дѣлѣ все зависело, какъ видимъ, отъ хода и развитія эпидемій въ извѣстное время, когда вновь прибывающихъ больныхъ въ каждой деревнѣ можно было подписывать ежедневно. Уже въ концѣ апрѣля съ удлинненіемъ дня, таяніемъ снѣга, начавшимся провѣтриваніемъ избы дѣлается замѣтнымъ быстрое ослабѣваніе эпидеміи.

Такимъ образомъ здѣсь при разсмотрѣніи санитарныхъ условій деревни и крестьянскихъ избъ съ одной стороны и хода эпидемій во времени съ другой, спачала до конца можно прослѣдить опредѣленную послѣдовательность между тѣмъ и другимъ явленіемъ. Загрязняется деревня, избы пропитываются жилымъ запахомъ, жильцы лишаются постепенно свѣта, тепла, хорошей вентиляціи и связаннаго съ ней чистаго воздуха,—все это усиливается вглубь зимы;—всѣ вліянія такихъ условій сказываются *crescendo*, постепенно, организмъ жильцовъ хронически отравляется водами негигіеническими испареніями избы, ея жильнымъ запахомъ, окислительные процессы вслѣдствіи хронической недостатка чистаго воздуха и оживляющаго дѣйствія солнечныхъ лучей, слабой вентиляціи легкихъ—понижаются до минимума;—до поры до времени все это населеніемъ переносится, появляется только физическое недомоганіе и малокровіе;—но, если вліянія эти продолжаютъ дальше имѣющихся въ запасѣ силъ—развивается тотъ симптомокомплексъ, который мы называемъ цингой. Кажется, что кровь медленнѣе начинаетъ течь по кровеносному ложу, что кровяные шарики теряютъ свою нормальную подвижность и останавливаются у стѣнокъ сосудовъ,—особенно тамъ, гдѣ самой природой сложились худшія условія для правильнаго кровообращенія (ноги, десна.)

Кровь изъ кровеноснаго ложа начинаетъ выступать въ ткани или пропитывая ихъ, или давая цѣлыя кровоизліянія. Весной, наступившее болѣе теплое время, болѣе длинные солнечные дни, провѣтриваніе жилищъ—заставляютъ быстрѣе течь кровь по сосудамъ. Кажется что шарики крови снова оживаютъ, возвращаютъ себѣ нормальную подвижность, и хотя еще слабѣе, они все же не такъ лнзнуть къ стѣнкамъ сосудовъ, какъ въ концѣ холодной, темной, безъ чистаго воздуха и вліянія солнечныхъ лучей зимы. Цинготный діатезъ, не взирая на недобданіе и однообразіе пищи оставляетъ деревни и ихъ жилища и уходитъ до новой болѣе благоприятной для него почвы и времени. Новыхъ заболѣваній получается меньше и, чѣмъ теплѣй, солнечнѣй, чѣмъ доступнѣй воздухъ, тѣмъ быстрѣе таетъ діатезъ и только тамъ, гдѣ дольше могутъ остаться дурныя санитарныя условія—въ жилищахъ расположенныхъ по низинамъ и плохихъ, подобно залежалому сыгбу овраговъ и лѣсовъ, продолжаютъ еще встрѣчаться единичныя цинготныя заболѣванія.

Припомнимъ здѣсь еще и слѣдующій фактъ, а именно: перемѣнившіяся весной санитарныя условія, какъ видѣли выше, у тѣхъ больныхъ, у которыхъ къ этому времени появились только признаки цинги, приостанавливаютъ ихъ дальнѣйшее развитіе, а у больныхъ, имѣющихъ уже выраженную форму цинги также задерживаютъ процессъ въ его прогрессивномъ теченіи приче

больной организмъ быстро начинаетъ возвращаться къ старому прошлому здоровому состоянію. Въ виду того, что разбаливаніе цингой у каждаго больного въ отдѣльности начиналось въ разное время, при чемъ развитіе самого процесса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ шло съ различной скоростью по времени,—почему въ веснѣ симптомокомплексъ страданія развивался до извѣстныхъ границъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ крайне разнообразныхъ —мы наблюдаемъ такое разнообразіе цинготныхъ симптомовъ и вообще клинической картины, какъ ни при какой еще извѣстной намъ до сихъ поръ болѣзни.... Мы наблюдаемъ цингу, выражающуюся одними едва замѣтными гингивитами и такими тяжелыми кровоизліяніями наружными и внутренними, которыя сводятъ больныхъ въ могилу, причемъ между этими двумя крайними формами клинической картины встрѣчается безчисленное множество самыхъ разнообразныхъ картинъ. Наступившія благоприятныя условія на массовую цингу дѣйствуютъ прямо таки оборотнымъ образомъ и въ виду того, что у каждаго больного къ началу благоприятнаго въ санитарномъ гигиеническомъ отношеніи времени цинготный процессъ достигаетъ разной ступени развитія—получается то обиліе клинической картины, о которомъ мы только что упомянули.

Такое совпаденіе въ развитіи массового цинготнаго діатеза со временемъ наихудшей санитарной обстановки въ деревнѣ и крестьянскихъ избахъ, послѣдовательный ходъ цинготной эпидеміи, параллельно съ ходомъ ухудшенія и улучшенія санитарныхъ условій приводитъ насъ къ убѣжденію, что въ этой антисанитарной неустроенности мы также должны искать причину цинготныхъ эпидемій и тѣмъ увѣренней, чѣмъ болѣе послѣдовательности между обоими рассматриваемыми нами явленіями. Могутъ или нѣтъ одни антисанитарныя условія вести къ цинготному діатезу, мы этого вопроса не имѣемъ возможности затронуть за отсутствіемъ соотвѣствующихъ данныхъ въ исторіи нашихъ эпидемій, хотя тотъ фактъ, что эпидеміи поражали преимущественно, если не исключительно, самыя бѣдныя санитарной жизнью и условіями избы, повидимому говорить въ пользу рѣшенія поставленнаго вопроса въ положительномъ смыслѣ. Мы желаемъ отмѣтить только то, что на основаніи сравнительныхъ наблюденій двухъ нашихъ эпидемій слѣдуетъ установить между цингой и санитарными условіями крестьянскаго быта больше связи, больше соотношенія, чѣмъ между цингой и извращеннымъ питаніемъ.

Но извращенное питаніе т. е. голоданіе плюсъ однообразіе пищи и ея недоброкачественность, особенно послѣднее, не только можетъ, но и должно производить въ организмѣ питающихся также какія либо измѣненія, вызывать рядъ разстройствъ. Мы не имѣемъ данныхъ на основаніи наблюдаемыхъ нами эпидемій го-

ворить съ опредѣленностью о томъ, какія именно измѣненія могутъ вызывать извращенное питаніе. Однако на основаніи вышеизложеннаго мы всетаки можемъ составить нѣкоторое представленіе о роли извращеннаго питанія въ этиологіи цинги. Какъ и при всякой эпидемической болѣзни, такъ и здѣсь голоданіе и связанное съ нимъ ослабленіе организма является хорошей почвой для развитія болѣзни, и, быть можетъ, почвой необходимой болѣе, чѣмъ при всякомъ другомъ эпидемическомъ заболѣваніи, гдѣ для развитія эпидеміи не вездѣ обязательно недоѣданіе.

Ковечно, одно голоданіе само по себѣ едва-ли можетъ дать цинготный симптомокомплексъ—оно можетъ повести только къ истощенію, истощенію вначалѣ, а въ концѣ концовъ къ кахексіи и даже смерти, а не къ цингѣ. Но что же касается недоброкачественной и однообразной пищи, то дѣйствіе ихъ на организмъ должно имѣть несомнѣнную связь съ дѣйствіемъ антисанитарныхъ условій на заболѣвающій цингомъ организмъ. Объяснимся по этому поводу. Всегда при изученіи причины какого либо крупнаго явленія мы на первыхъ порахъ замѣчаемъ рядъ такихъ фактовъ, которые кажутся намъ стоящими въ связи съ изучаемымъ нами явленіемъ и его обуславливающими. На мѣстѣ говорить о всѣхъ условіяхъ, которыя отмѣчены литературой, какъ таковыя, при которыхъ развивается цинга—разборъ ихъ отвлекъ бы насъ слишкомъ далеко отъ нашей прямой задачи дать матеріалъ двухъ эпидемій. Но и здѣсь, если мы подробнѣе растленимъ только что отмѣченные нами два главныхъ фактора: антисанитарную обстановку и извращенное питаніе—мы найдемъ цѣлый рядъ болѣе мелкихъ факторовъ слагающихъ первые; такъ съ этой точки зрѣнія антисанитарная обстановка нашей деревни къ концу зимы есть сумма продолжительнаго хроническаго, усиливающегося вглубь зимы по своему вліянію дѣйствія на заболѣвающие организмы: 1) сырости, 2) полумрака (за отсутствіемъ нормальнаго освѣщенія), 3) испорченнаго воздуха, 4) жилого запаха, 5) грязи и 6) холода. Въ понятіе „извращенное питаніе“ входятъ: голоданіе, въ собственномъ смыслѣ, однообразное питаніе и недоброкачественность пищи.

Но эти два фактора самые общіе. Разсмотрѣніе нашихъ эпидемій убѣдило насъ, что помимо ихъ есть другія, правды менѣе важныя по своему вліянію безъ которыхъ нельзя представить себѣ цѣлаго ряда мелкихъ этиологическихъ подробностей. Такъ мы обратили вниманіе на родовой актъ, возрастъ, нѣкоторыя болѣзни... Обиліе условій при которыхъ развивается изучаемое нами явленіе, едва ли можетъ удовлетворить насъ—напротивъ, чѣмъ больше мы ихъ находимъ, тѣмъ туманнѣе становится самый главный вопросъ. Отсюда естественный запросъ—во всѣхъ изучаемыхъ

явленіяхъ найти то общее, что одинаково важно въ смыслѣ его приложенія въ изучасмому явленію, его объясненію.

Итакъ, есть-ли что либо общее между всѣми тѣми условіями, при которыхъ развивалась наша цинга въ обѣ эпидеміи? И если есть, то какое изъ подмѣченныхъ нами условій содержитъ его больше всего. И можетъ объяснить въ большемъ объемѣ большее количество этиологическихъ подробностей изучасмаго нами явленія?

Для появленія какой либо болѣзни массоваго характера мы привыкли всегда искать путь, какимъ совершается поступленіе въ организмъ болѣзненнаго начала. Говоря о болѣзненномъ началѣ мы не разумѣмъ подъ нимъ обязательно инфекціонное, а только въ широкомъ смыслѣ начало, причину массоваго разбалливанія.

Для поступленія въ организмъ болѣзненнаго начала существуетъ два главнѣйшихъ пути (если исключить массовыя накопленія заболѣванія) пищеварительный трактъ и дыхательный аппаратъ. Дыхательный путь, чрезъ легкія—путь антисанитарныхъ вліяній, чрезъ пищеварительный трактъ—путь извращеннаго питанія. Какой изъ этихъ двухъ путей болѣе отвѣчаетъ нашимъ условіямъ?

Въ виду того, что цинга, какъ геморрагическій діатезъ есть страданіе или крови или кровеноснаго ложа и что дыхательная работа легкіхъ служить исключительно крови, ея вентиляціи, окисленію съ одной стороны; съ другой, какъ мы уже достаточно указали, что за обѣ наши эпидеміи антисанитарныя вліянія имѣли больше отношенія къ эпидеміи, чѣмъ извращенное питаніе, что между ними и цингой наблюдалась извѣстная послѣдовательность съ начала до конца эпидеміи, чего не было между извращеннымъ питаніемъ и цингой,—мы лично поэтому болѣе склонны предположить, что начало цинготнаго діатеза поступаетъ въ организмъ чрезъ дыхательный трактъ, что оно лежитъ въ антисанитарно-гигіенической обстановки обывателей попреимуществу, создающей къ извѣстному времени крайне невыгодныя условія для вентиляціи крови, ея окислительной работы. Кислородное ли это голоданіе, отравленіе ли организма вредными примѣсами, поступающими въ крови со выхлсваемымъ дурнымъ воздухомъ, то ли и другое вмѣстѣ, или отравленіе организма веществами, получающимися въ немъ самомъ въ зависимости отъ извращенной дыхательной работы легкіхъ,—выяснить это—одна изъ ближайшихъ задачъ будущаго. Мы же пока, признавъ въ антисанитарно-гигіеническихъ условіяхъ деревни въ эпидемическое время главную причину слагающую цинготный симптомокомплексъ путемъ извращенной дыхательной работы легкіхъ и связаннаго съ этимъ извращеннаго окисленія крови, получасмъ наиболѣе вѣроятное и удовлетворительное объясненіе для происхожденія нашей цинги и значенія всѣхъ про-

чихъ условій, составляющихъ какъ антисанитарно-гигіеническую обстановку деревни и ея избы къ извѣстному времени, извращеннаго питанія, такъ и другихъ побочныхъ условій отмѣченныхъ нами.

Едва-ли стоитъ много говорить о томъ, какимъ образомъ каждый изъ антисанитарныхъ факторовъ—сырость, холодъ, испорченный воздухъ, жилой запахъ, грязь, тѣснота—содѣйствуютъ извращенной дыхательной работѣ легкихъ. Всѣ они, какъ въ цѣломъ, такъ и порознь загрязняя воздухъ, ведутъ къ меньшему количеству кислорода въ атмосферѣ избы, создавая такимъ путемъ возможность кислороднаго голоданія. Въ частности сырость доводя почти до абсолютнаго насыщенія атмосферу избы влагой помимо того, что ведетъ къ задержкѣ нормальнаго физиологическаго дыханія и кислородному голоданію, благопріятствуетъ простуднымъ заболѣваніямъ дыхательныхъ путей, которые въ свою очередь всѣ несомнѣнно также должны вести къ кислородному голоданію. Хотя острое кислородное голоданіе—одно, скорѣе должны вызвать асфиксію, но мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ кислороднымъ голоданіемъ, могущимъ прежде, чѣмъ наступитъ асфиксія, вызвать цѣлый рядъ органическихъ разстройствъ и, конечно, прежде всего со стороны той ткани, съ которой оно имѣетъ больше всего дѣла т. е. крови. Жилой запахъ и насыщенный разными испареніями воздухъ могутъ содѣйствовать введенію отравляющихъ началъ въ кровь. Холодъ, усиливая, усиливая при нормальныхъ условіяхъ дыханіе, въ наблюдаемой атмосферѣ можетъ содѣйствовать только большому поступленію въ кровь разныхъ вредныхъ испареній. Отсутствие свѣта на кровь ясно само собою. Безъ свѣта, человѣкъ подобно подпольному растенію, лишенному зеленой окраски за отсутствіемъ хлорофила, израсходуя запасъ гемоглобина и не имѣя достаточно силъ пополнять его, неминуемо дѣлается блѣднымъ и малокровнымъ. Голоданіе, какъ мы уже упоминали является почвой, ослабляющей организмъ, а недоѣданіе и однообразіе пищи помимо этого могутъ содѣйствовать развитію цинги и прямымъ путемъ, поскольку они вредятъ окислительнымъ процессамъ совершающимся въ организмѣ. Что касается родоваго акта, болѣзней—сифилиса, малярія, хроническаго катарра желудочно—кишечнаго тракта, заболѣванія дыхательныхъ путей—то всѣ эти факторы сопровождаясь малокровіемъ несомнѣнно служить также хорошей почвой для развитія геморрагическаго діатеза.

Въ частности нѣсколько словъ объ осложненіи цингой организмовъ, имѣвшихъ заболѣванія въ легочно-дыхательной системѣ. У насъ, какъ видѣли мы выше изъ, 12-ти человѣкъ, умершихъ отъ цинги, 10 несомнѣнно имѣли какое-либо заболѣваніе дыхательнаго аппарата, позидимому, большею частію туберкулезъ. Не

говорить ли и это между прочимъ за то, что дыхательный трактъ—дѣйствительный путь цинготнаго болѣзненнаго начала?...

Группируя такимъ образомъ всѣ факторы, обуславливающіе цингу и подмѣченные въ теченіи нашихъ двухъ эпидемій, мы можемъ ихъ раздѣлить на слѣдующія категоріи: 1) рядъ факторовъ, являющихся ближайшей причиной цинги; 2) рядъ такихъ, которые вліяютъ на ея возникновеніе побочнымъ путемъ и 3) наконецъ такихъ, которые служатъ только почвой для нея, не имѣя прямого отношенія къ созданію цинготнаго симптомокомплекса. Къ первому разряду должны быть отнесены почти всѣ факторы, слагающіе антисанитарную обстановку деревни и деревенской избы къ концу зимы. Какой изъ нихъ: сырость, холодъ, отсутствіе свѣта, вдыханіе жилого запаха и испареній—долженъ быть признавать болѣе важнымъ, какой менѣе—рѣшить пока нѣтъ возможности въ условіяхъ развитія нашихъ эпидемій. Второй разрядъ составитъ: однообразіе питанія (отсутствіе овощей, картофеля) и недоброзначительность пищи, поскольку они вредятъ окислительнымъ процессамъ совершающимся въ организмѣ, такъ сказать, вслѣдствіе химической извращенности таковой пищи по сравненію съ той, которой требуется нормальнымъ организмомъ. Къ третьему разряду наконецъ, должны быть отнесены: голоданіе, изнуряющіе хронически организмъ діатезы (сифилисъ, малярія), болѣзни (туберкулезъ, хроническое страданіе желудочнокишечнаго тракта), родовой агитъ.

Мы не думаемъ, чтобы перечисляемыми условіями исчерпывалось все, что имѣетъ отношеніе къ этиологіи и развитію цинготнаго симптомокомплекса. Литература указываетъ помимо ихъ еще множество другихъ условій: психическія вліянія, испугъ, нервное потрясеніе переутомленіе, сильныя жары, потъ и т. д. и т. д.

Не входя въ разборъ литературныхъ данныхъ, имѣющихъ отношеніе къ рассматриваемому вопросу—это не составляетъ нашей задачи,—мы, однако, замѣтимъ что всѣ условія указываемыя литературой, помимо подмѣченныхъ въ теченіи нашихъ эпидемій, также легко могутъ быть сведены къ одному изъ только что перечисленныхъ разрядовъ. Не можемъ обойти молчаніемъ и слѣдующаго обстоятельства. Въ вѣкоторыхъ руководствахъ ¹⁾ въ качествѣ момента, обуславливающаго цингу, упоминается полъ, причемъ мужской считается особенно предрасполагающимъ къ цингѣ. По нашему глубокому убѣжденію, здѣсь кроется какое-то недоразумѣніе. Въ теченіе нашихъ эпидемій, какъ мы уже видѣли выше, бо-

¹⁾ Эйхгорстъ т. IV стр. 78. Sfwzabx, изд. 1902 г. стр. 662.

Tollemer «трактатъ по медицинѣ, выпускъ IV изд. 1902. стр. 850.
Brapardel т. III изд. 1898 г. стр. 620.

лѣли преимущественно женщины. Мы думаемъ, что цингой въ ту или другую эпидемію заболѣваетъ тотъ полъ, который болѣе испытываетъ дѣйствіе вліяній вызывающихъ цингу. На войнѣ, карабляхъ—болѣетъ, конечно одианъ мужской полъ—за отсутствіемъ здѣсь женщинъ. Мы скорѣе склонны допустить, что женщины болѣе могутъ заболѣвать цингой, чѣмъ мужчины: 1) потому что онѣ вообще физически слабѣй 2) ихъ однѣхъ только касается такой факторъ, предрасполагающій къ цингѣ, какъ родовой актъ и 3) на основаніи нашихъ эпидемій, доказавшихъ большую заболѣваемость женскаго пола въ происхожденіи цинги, такъ какъ наши эпидеміи наблюдались, такъ сказать, въ текущей дѣйствительности, гдѣ количество мужского и женскаго элемента, подвергавшагося дѣйствію причинъ, вызывающихъ цингу, было приблизительно одинаково.

Однако вѣрнѣе слѣдуетъ исключать за поломъ всякое этиологическое значеніе и не считать полъ предрасполагающимъ моментомъ, а напротивъ разсматривать заболѣваніе лицъ того или другого пола цингой, какъ слѣдствіе тѣхъ вліяній, которые вызываютъ цингу. Мы не будемъ выяснять степень необходимости и важности въ отдѣльности каждаго разряда условій, вызывающаго эпидемію цинги. Думаемъ, что какъ причина, такъ и почва необходимы для ея возникновенія. Въ каждый эпидемическій годъ разница бываетъ только въ томъ, что въ одинъ годъ больше приходится считаться съ почвой—при наличности слабо выраженныхъ антисанитарныхъ условій; въ другое время наоборотъ. Отъ комбинаціи всѣхъ указанныхъ условій складывается самая возможность и степень развитія массовой цинги. Если на лицо всѣ три разряда условій—причемъ они выражены рѣзко, мы съ большею вѣроятностью должны ждать при существующихъ экономико-санитарныхъ условіяхъ крестьянскаго быта эпидемическую цингу и чѣмъ рѣзче вліяніе условій—тѣмъ сильнѣе выраженную; при обратныхъ условіяхъ цинги не будетъ. Въ этомъ вѣроятно причина почему мы не всегда видимъ наблюдаемъ цингу. За дѣло крестьянскій организмъ крѣпчаетъ. Въ теченіи зимы и начала весны происходитъ постепенное его захуданіе, истощеніе. Быть или не быть въ извѣстный годъ эпидемія всецѣло зависитъ съ одной стороны отъ силъ организма, его запасовъ и съ другой отъ степени и силы вліяній вызывающихъ заболѣваніе цингой.

Очевидно въ жизни нашего крестьянства наступилъ такой моментъ, когда онъ долженъ серьезно подумать о томъ, что въ борьбѣ съ антисанитарными условіями жилья въ зависимости отъ климатическихъ особенностей своей мѣстности. Ввиду того, что цинга появляется только послѣ продолжительнаго вліянія цинготныхъ факторовъ на человѣческій организмъ—поэтому нельзя

не отмѣтить, что и атмосферическія вліянія здѣсь также должны играть не малую роль: затянувшаяся снѣжная зима, позднее наступленіе весны, сырой и холодной, и при менѣе благопріятныхъ для цинги условіяхъ можетъ дать эпидемію, а въ неурожайный годъ, но при ранней веснѣ—можетъ и не быть цинги...

Такимъ образомъ, если мы узнаемъ урожайность наступающаго экономическаго года, найдемъ основанія судить о характерѣ наступающей зимы, ея продолжительности, равно и о характерѣ начала весны, то мы получимъ съ большей или меньшей вѣроятностью возможность даже предугадывать появленіе цинги.

Конечно говори о зимнихъ атмосферныхъ вліяніяхъ,—мы все считаемъ ихъ только обязательными для каждой эпидеміи;—при дурныхъ санитарныхъ условіяхъ эпидемія мыслима и въ самую сильную жару, но для нашей мѣстности съ ея климатическими особенностями съ этимъ фактомъ необходимо приходится считаться какъ съ самымъ неблагопріятнымъ.

Суммируя весь матеріалъ, имѣющій отношеніе къ вопросу объ этиологии нашихъ эпидемій цинги мы представляемъ эволюцію и ходъ цинготнаго діатеза въ нашемъ крестьянскомъ населеніи слѣдующимъ образомъ. Почва къ цинготному діатезу въ населеніи закладывалась издавна. Ея основанія песчанѣло глубоко лежать въ оскудѣніи почвы земли, ея истощеніи, дробленіи земли съ ростомъ населенія, несоотвѣтствіи того, что получается съ земли, съ тѣмъ что отъ нея требуется; въ отсутствіи болѣе совершенной современной, сельско хозяйственной культуры, въ отсутствіи правильной эмиграціи и т. д. и т. д. Конечно бывали годы и ранѣе нашихъ эпидемій когда крестьянство къ веснѣ терпѣло и матеріальную нужду и испытывало вліяніе антисанитарныхъ условій,—но тогда еще не такъ сильно яма испытывался матеріальный недостатокъ, они къ веснѣ еще могли сохранить достаточно силъ, чтобы противустоять напору антисанитарной зимней и весенней неурядицы. Но съ теченіемъ времени, и хроническимъ прогрессивнымъ оскудѣніемъ матеріальныхъ средствъ и паралельнымъ ухудшеніемъ санитарной обстановки—естественно было ждать момента когда при комбинаціи всѣхъ условій выгодныхъ для появленія цинготнаго діатеза—уже ослабѣвшее крестьянство не выдержитъ и подъ напоромъ антисанитарныхъ условій дастъ цинготный діатезъ... Какъ въ частности цинготный діатезъ въ каждую эпидемію вначалѣ появляется совершенно незамѣтно въ населеніи, такъ и ранѣе, когда еще закладывалась къ нему почва въ населеніи, мы упустили моментъ, съ котораго онъ появился, пропустили и не

наблюдали населеніе такъ тщательно, какъ бы слѣдовало за время предшествовавшее нашимъ эпидеміямъ. Однако нѣкоторые факты болѣе отдаленнаго прошлаго, чѣмъ наши эпидеміи, уцѣлѣли, и при болѣе тщательномъ взглядѣ теперь на нихъ, они и сами получаютъ другое освѣщеніе и даютъ со своей стороны возможность судить о настоящихъ событіяхъ болѣе вѣрно и послѣдовательно. Мы имѣемъ въ виду во 1) мѣстное мнѣніе правды не врачей, и не вообще, однако все же достойное вниманія, а именно: будто цинга и ранѣе разсматриваемыхъ эпидемій встрѣчалась весной нашимъ населенію (врачи ее или не узнавали, или не придавали ей значенія) и что только появленіе цинги такой, какъ 1899 года научило и насъ врачей понимать цингу и общество опѣнить ея общественное значеніе. 2-ой уже болѣе несомнѣнный фактъ, это усиленная регистрація въ весеннее время, въ то время, когда развивалась и наши эпидеміи, земскими врачами больныхъ со слѣдующими діагнозами: куриная слѣпота, малокровіе, ревматизмъ (противъ котораго не дѣйствовали, между прочимъ, противуревматическіе препараты), гиппгивиты.

Относясь къ первому факту скептически, и полагая, что врачами настоящая цинга, особенно, если случаетъ ея было бы много, не могла быть просмотрѣна, мы, пользуясь вторымъ фактомъ и несомнѣнно ему довѣряя, считаемъ эти гиппгивиты, ревматизмы, малокровіе и куриную слѣпоту не иначе какъ симптомами продромальными цинги, симптомами, естественно вытекавшими изъ той комбинаціи условій, которые съ теченіемъ времени складывались для дашаго бѣднаго матерьяльно, крестьянскаго населенія весной въ мартѣ и началѣ апрѣля мѣсяца. Характерно что регистрація этихъ симптомовъ совпадаетъ, какъ и наши эпидеміи не со временемъ наихудшей недостаточности крестьянъ, а съ самымъ дурнымъ въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи временемъ. На возможность существованія продромальной цинги (продромальныхъ симптомовъ) за время, предшествовавшее нашимъ послѣднимъ эпидеміямъ говорятъ, повидимому, нѣкоторые факты эпидеміи 1902 года, приводимые нами выше. Мы видѣли, что въ нѣкоторыхъ селеніяхъ, особенно русскихъ, гдѣ цинга не успѣла развиться, какъ наступала весна, — все же встрѣчались случаи съ продромальными симптомами и, что особенно важно, у лицъ перенесшихъ цингу въ эпидемію 1899 года. Такимъ образомъ цинга, хотя и не въ формѣ выраженной болѣзни, но все же встрѣчалась и ранѣе, чѣмъ наша первая эпидемія 1899 года. Слабая форма ея обнаруженія; вѣроятно, стояла въ полномъ соответствіи какъ съ почвой, на какой она вообще развивается, такъ и съ временемъ и обстановкой, какія ей болѣе всего благоприятствуютъ...

—Но вотъ наступилъ 1899 неурожайный годъ. Діатезъ уже былъ въ населеніи. Не удивительно, что населеніе не выдержало за зиму 88—89 года и къ концу ея истощенное извращеннымъ питаніемъ—дало естественную реакцію на дѣйствіе достигшей maximum'a своей силы антисанитарно-гигіенической обстановки—въ формѣ эпидемической цинги. Тамъ гдѣ санитарно-гигіеническая обстановка хуже, тамъ и цинга сильнѣе и форма ея тяжелѣй. Тамъ и раньше ея начало. Гдѣ почва сыльнѣй, то же самое. Вотъ почему въ ходѣ разбаливанія цингой мѣстнаго населенія въ обѣ наши эпидеміи наблюдался вышеизложенный порядокъ. Первыми заболѣвали татары, они же и болѣли труднѣй. Женщины пострадали сильнѣе и изъ нихъ татарскія особенно, такъ какъ ихъ санитарно-гигіеническое существованіе слѣдуетъ считать наихудшимъ. Къ тому же заболѣвали больше тѣ изъ женщинъ, кому въ эту зиму подлежало рожать. Дѣти болѣли меньше взрослыхъ, вѣроятно вслѣдствіе меньшей фязіологической невоспріимчивости. Разбаливаніе наступило не сразу.

Въ началѣ зимы здоровый организмъ боролся съ захлестнувшей его бѣдой. Но силамъ его въ эту зиму не суждено было перевести всѣхъ невзгоды: недоѣданіе слишкомъ истощало организмъ, а затянувшаяся зима усилила и продлила вліяніе антисанитарныхъ условій. Запасъ же силъ за лѣто былъ обычный—не соответствующій тѣмъ запросамъ, которые имѣла предъявить къ нему необычная, суровая зима.

Отличительная особенность первой эпидеміи заключалось въ томъ, что этотъ годъ былъ въ собственномъ смыслѣ голодный. Слѣдовательно истощеніе, изпурненіе населенія было очень сильное. Отсюда объясненіе болѣе ранняго начала этой эпидеміи; трудность формы ея, теченія и позднѣе закатываніе—только въ срединѣ лѣта. Такой характеръ и теченіе первой эпидеміи даетъ намъ ключъ къ пониманію того, почему послѣ первой эпидеміи у большинства наблюдателей получилось впечатленіе, что голоданіе едва-ли не единственное условіе, вызывающее цингу или по крайней мѣрѣ главнѣйшая причина. Отсутствіе пищи затѣняло значеніе всѣхъ другихъ факторовъ, которое могло быть понято и уснено, очевидно, только на примѣрѣ второй эпидеміи, съ другимъ характеромъ и теченіемъ.

Выше мы подробно выяснили ходъ и развитіе цинги въ 1899 года. Мы видѣли что взрывъ эпидеміи и 1899 года все же падалъ, главнымъ образомъ на февраль, мартъ и частью апрѣль мѣсяцы. Если же съ цингой пришлось считаться до середины лѣта, то это зависѣло, не отъ того, что цинготныхъ продолжало прибывать, въ концѣ апрѣля, маѣ и іюнѣ, въ такомъ же количествѣ,

какъ въ февралѣ и мартѣ, а потому, что вслѣдствіе тяжести самой формы цинги, давшей много трудныхъ случаевъ, тяжести усиленной нѣсколько запоздалой помощью, борьба естественно затянулось — и была направлена въ эти мѣсяца главнымъ образомъ на лѣчение заболѣвшихъ цингой гораздо ранѣе.

Эпидемія 1902-го развилась 3 года спустя послѣ своей предшественницы. Помимо общихъ причинъ съ первой эпидеміей, имѣвшихъ и здѣсь мѣсто, вторую эпидемію съ этой стороны характеризовали три обстоятельства: 1) все вообще населеніе еще не успѣло оправиться отъ послѣдствій первой эпидеміи, въ своей хозяйственной жизни благодаря матеріальнымъ потерямъ, переболѣвшее же населеніе отъ послѣдствій перенесенной болѣзни, 2) болѣзнь оказалась сильно рецидивирующей, 3) климатическія особенности зимы эпидемическаго года сложились крайне невыгодно для населенія: большое количество снѣга создало потемки въ избахъ почти на всю зиму, лишило населеніе свѣта, зима затянулась, весна была сырая. Хотя урожай не былъ такъ выраженъ и ощутителенъ, какъ въ эпидемію 1899 года.

Посему развитіе цинги текущаго года намъ представляется въ слѣдующемъ видѣ. По примѣру предшествующей эпидеміи, недородъ и недостатокъ овощей располагалъ населеніе къ цингѣ и въ нынѣшнемъ году. Этому много содѣйствовало снѣжная зима, закупорившая избы сверху до низу, лишивъ ихъ послѣдняго спасенія — естественной вентиляціи и свѣта.

Въ общей совокупности, подъ напоромъ этихъ условий вслѣдствіи вліянія антисанитарной обстановки, не выдержало прежде всего уже ранѣе болѣвшие населеніе (рецидивисты), которое, пріобрѣтши въ прошлую эпидемію предрасположеніе къ заболѣванію, и должно было болѣе всего пострадать отъ такой комбинаціи причинъ. Но недородъ, не голодъ, расположивъ населеніе въ цингѣ въ такое время, когда ея развитію содѣйствовала дурная санитарно-гигіеническая обстановка и неблагоприятно сложившіяся атмосферическія вліянія, большіе осадки снѣга, съ устраненіемъ сихъ послѣднихъ, все же не въ силахъ были болѣе поддерживать эпидемію. Поэтому то эпидемія и начала закатываться съ наступленіемъ весны. Какъ и въ прошлую эпидемію переболѣвшимъ оказалось болѣе татарское населеніе и особенно женщины.

Пораженіе цингой бѣднѣйшаго класса объясняетъ намъ, почему заболѣваніе шло послѣдовательно и въ томъ же порядкѣ, какъ въ эпидемію 1899 года, относительно деревень, отдѣльных семействъ и лицъ. Въ видѣ того, что переболѣвшими оказались рецидивисты, причемъ $\frac{1}{2}$ вновь заболѣвшихъ — очень небольшой, слѣдуетъ допустить, что не будь снѣжной зимы ухудшившей и

безъ того дурныя санитарныя условія жизни крестьянина, если населеніе и перенесло бы цингу, то все-таки въ гораздо меньшихъ размѣрахъ; а не будь эпидеміи 1899 года, можетъ быть не было бы эпидеміи и 1902 г.

Три обстоятельства напрашиваются на мысль, при разсмотрѣніи данныхъ добытыхъ въ эпидемію 1902 года: 1) санитарно-гигіеническая обстановка, 2) неблагоприятно сложившіяся атмосферическія вліянія и 3) правильная регистрація цинготныхъ. Если дурная санитарно-гигіеническая обстановка вызываетъ заболѣваніе цингой, то въ борьбѣ съ цингой ее игнорировать нельзя. На улучшеніе ея приходится смотрѣть какъ на мѣру, ведущую къ прекращенію цинги. Здѣсь можно было-бы, помимо питанія обратить вниманіе на то, чтобы въ жилищахъ больныхъ было достаточно свѣту, чтобы помѣщенія, въ которыхъ находятся цинготные больные были сухи, теплы, чтобы ихъ можно было провѣтривать.

Атмосферическія вліянія снѣжной зимы на ухудшеніе санитарной обстановки открываетъ намъ новый путь, какъ для изслѣдованія цинги, такъ и къ борьбѣ съ ней. Понятно, что на это обстоятельство слѣдуетъ обратить вниманіе. Выясненіе вообще, значенія атмосферическихъ вліяній на ходъ цинготныхъ эпидемій несомнѣнно составитъ одну изъ ближайшихъ задачъ наблюдателей будущаго времени. Правильная регистрація цинготныхъ и сохраненіе ихъ списковъ, помимо научнаго значенія, имѣли бы профилактическое—значеніе на случай новой цинги. Эти списки дали бы возможность медицинскому персоналу, въ ожиданіи цинги, во время находить всякій свѣжій ея случай и знать въ какомъ направленіи лучше всего вести свои наблюденія; съ другой стороны улучшеніе жилищъ семействъ, подверженныхъ цинготному предрасположенію, могло бы войти въ работу лицъ и учреждений, имѣющихъ къ тому отношеніе. Мы не думаемъ, что на этомъ можно было бы остановиться въ поискахъ за знаніемъ цинги. Намъ кажется, что мы только начинаемъ ее узнавать. Желательно поэтому, къ изученію ея привлечь всѣ активныя силы общества, желательно организовать это изученіе, привлечь къ нему научныя силы востока (Университетъ); на мѣстѣ развитія цинги устроить такія станціи, которыя слѣдили бы за атмосферическими вліяніями быть можетъ не на одну цингу, но на цѣлый рядъ другихъ заболѣваній, равно ближе изучили бы санитарно-гигіеническую обстановку жилыхъ помѣщеній, чтобы скорѣй поборотъ еще одного изъ враговъ нашей жизни, нашей культуры, чтобы вмѣстѣ со многими другими культурными народами имѣть смѣлость сказать: „у насъ не можетъ быть цинги“.

В ы в о д ы.

1. Цинга—болѣзнь по преимуществу рецидивирующая: она рецидивируетъ не только въ теченіи одной и той же эпидеміи, но и чрезъ нѣсколько лѣтъ.

2. Рецидивизмъ ея массовой (или общественной), и индивидуальной (или клинической).

3. Массовой характеризуется строгой повторяемостью всѣхъ особенностей предшествующаго массоваго заболѣванія цингой, по началу, теченію и концу ея, какъ въ цѣломъ участкѣ и волости, такъ въ отдѣльныхъ селеніяхъ и семействахъ.

4. Клинический рецидивизмъ повторяетъ ранѣе бывшую картину страданія у каждаго больного, какъ по характеру симптомовъ такъ ихъ локализациі и функціональнымъ разстройствамъ.

5. Цинга характеризуясь извѣстными симптомами (кровоизліянія, разрыхленіе десенъ и т. д.) въ каждомъ частномъ случаѣ не дастъ опредѣленной и законченной клинической картины, какъ всякая другая болѣзнь, напр: малярія, инфлюенца, тифъ и т. п.

6) Вслѣдствіи этого, мы въ каждомъ частномъ случаѣ можемъ наблюдать цингу остановившейся въ своемъ развитіи и на ступени продромальнаго періода и съ такими тяжелыми симптомами, которые заканчивались летальнымъ исходомъ.

7. Повидимому такое теченіе цинги у каждаго отдѣльнаго больного стоитъ въ тѣсной связи какъ съ тѣми внѣшними условіями, среди которыхъ появляется и протекаетъ цинготная эпидемія, такъ и съ общимъ состояніемъ здоровья каждаго заболѣваго.

8. Родовой актъ съ предшествующей беременностью и послѣдующимъ вскармливаніемъ дѣтей, повидимому, очень часто предшествуетъ заболѣванію цингой.

9. Хроническія болѣзни, ведущія къ малокровію (сифилисъ, малярія, туберкулезъ, страданіе желудочнокишечнаго тракта)—въ связи съ общими условіями служатъ почвой для развитія цинготнаго діатеза.

10. Туберкулезъ легкихъ, осложненный цингой, у нашихъ больныхъ давалъ дурное предсказаніе.

11. Для массовыхъ заболѣваній цингой требуется дѣйствіе многихъ и общихъ условій для всего населенія.

12. Повидимому извращенное питаніе является главнѣйшей почвой, на какой развивается цинга, а дурная санитарно-гигіеническая обстановка деревни и деревенской избы—главнѣйшей причиной слагающей самый цинготный симптомокомплексъ.

13. Повидимому въ эпидемію 1899 г. главнымъ моментомъ для ея возникновенія и теченія былъ официально признанный голодъ съ его послѣдствіями, и въ эпидемію 1902 г. отсутствіе свѣта и вентиляціи вмѣстѣ съ прочими антисанитарно-гигіеническими неурядицами деревни, причемъ чрезъ такое выдѣленіе указанныхъ моментовъ не исключается второстепенное для данного времени значеніе и другихъ условий.

14. Въ условіяхъ нашей крестьянской жизни съ ея экономическими, санитарными, климатическими и бытовыми особенностями цинготныя массовыя заболѣванія имѣютъ наклонность обнаруживаться болѣе всего къ концу зимы, когда комбинація всѣхъ вышеуказанныхъ особенностей происходитъ сильнѣе всего.

15. Въ общѣ цинготныя эпидеміи въ нашей мѣстности татарское населеніе заболѣваетъ ранѣе русскаго и прочаго инородческаго населенія, въ общемъ на 1 или $1\frac{1}{2}$ мѣсяца.

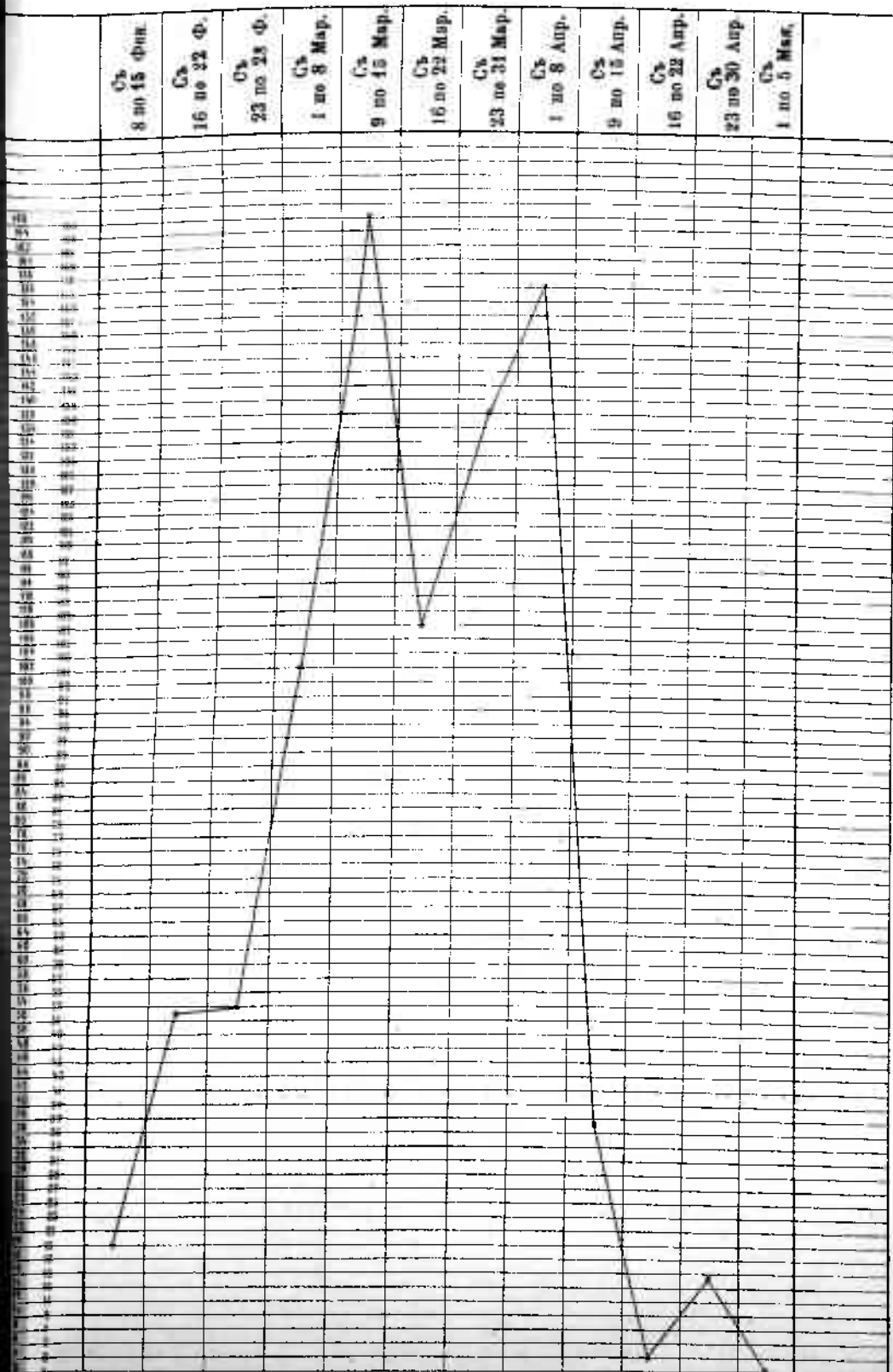
16. Въ общѣ цинготныя эпидеміи женщины заболѣвали болѣе чѣмъ мужчины, причемъ на татарскую женщину выпала самая тяжелая, а на русскаго мужчину самая легкая доля.

17. Болѣе всего заболѣвало населеніе въ цвѣтущемъ возрастѣ.

18. Въ дѣтскомъ возрастѣ и старческомъ особеннаго первенства между полами въ смыслѣ расположенія къ цинготному заболѣванію не наблюдалось.

19. Выясненіе массоваго и индивидуальнаго рецидивизма требуетъ массовыхъ наблюденій.

Кривая развития эпидемии цинги
1902 г. во времени.



РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

Подъ редакціей В. И. Левчаткина.

Прив.-доц. В. Е. Рыбаковъ (Москва). *Значеніе гипнотизма въ терапіи душевныхъ расстройствъ.* „Журналъ неврол. и псих. имени С. С. Корсакова. 1902. кн. 1 и 2.

Гипнозъ въ терапіи душевныхъ расстройствъ до сихъ поръ не получилъ права гражданства: нерѣдко игнорируется тамъ, гдѣ онъ могъ бы имѣть чрезвычайно важное значеніе. Условія, припятствующія этому, сводятся къ слѣдующему: 1) возможность вредныхъ послѣдствій гипнотизированія, 2) характеръ самой болѣзни, являющейся непригодной для примѣненія гипноза и 3) самое заболѣваніе психич. органа, выражающееся въ ослабленіи внушаемости и въ невозможности усыпленія въ періодъ болѣзни.

Что касается перваго обстоятельства, то при правильной индивидуализаціи и анализѣ психическихъ явленій даннаго случая (новая пища для бредовыхъ идей, возможность возбужденія, взрывы галлюцинацій и пр.) опасенія мало основательны—Voisin, Bernheim, Schrenck-Notzing, на ряду не отмѣчали ухудшенія исключительно отъ примѣненія гипноза. Относительно втораго условія должно замѣтить, что кругъ душевныхъ расстройствъ для полезнаго примѣненія гипнотерапіи можетъ быть даже гораздо шире, чѣмъ при многихъ другихъ нервныхъ или соматическихъ заболѣваніяхъ. Болѣе важнымъ является третье условіе: по Voisin'у только у 10% подвергающихся гипнозу душевно больныхъ можно достигнуть усыпленія; это обуславливается то психическимъ возбужденіемъ, напр. манія, острое бредовое безсмысліе и пр., то измѣненнымъ состояніемъ сознанія душевно-больного, напр. аmentia, то особой конституціей мозга—нѣкоторые дегенеративные психозы, различные виды слабоумія и пр. Ослабленіе или уничтоженіе фізіологической внушаемости у душевно-больныхъ встрѣчается очень часто, но для успѣшности терапевтическаго эффекта, особенно при порвомъ сеансѣ, надо пользоваться моментомъ, когда сознаніе больного становится яснѣе, возбужденіе стихаетъ, бредовыя

идеи и галлюцинаціи отодвигаются на задній планъ. Гипнозъ у душевно-больныхъ можетъ быть примѣняемъ, какъ средство или радикально устраняющее болѣзнь или дѣйствующее только симптоматически. Въ первомъ случаѣ согласно литературнымъ даннымъ и личнымъ наблюденіямъ автора (описаніе двухъ истеричекъ—одна съ обманими органовъ чувствъ, другая «порченная» съ припадками во время пѣнія «Херувимской») гипнотизированіе настоятельно показывается при душевныхъ расстройствахъ, связанныхъ съ повышенной внушаемостью или съ заболѣваніями волевой сферы: а) при разнаго рода истерич. психозахъ, б) при психич. нейрастеніи, в) при разнаго рода аномальныхъ влеченіяхъ (алкоголизмъ, морфинизмъ, онанизмъ и т. д.), г) при импульсивныхъ влеченіяхъ и д) при навязчивыхъ идеяхъ. Можетъ быть также и косвенно вліяніе гипноза, какъ толчекъ къ быстрому окончанію затянувшейся болѣзни, напр. меланхолія и нѣкоторыя другія излѣчимыя формы, не связанныя съ расстройствомъ сознанія. Во второмъ случаѣ, т. е. въ качествѣ симптоматическаго средства, гипнозъ можетъ оказать незамѣнимую услугу: при бессонницѣ, при безпокойствѣ, при отказѣ или отвращеніи отъ пищи, наклонности къ самоубійству, нечистоплотности и пр.; поэтому гипнозъ долженъ получить самое широкое право гражданства въ терапіи душевныхъ заболѣваній. Всѣ указанная данныя авторъ соответственно резюмируетъ въ приводимыхъ имъ 16 положеніяхъ.

Прив.-доц. В. В. Муравьевъ. (Москва) *Объ основныхъ принципахъ устройства народныхъ лечебницъ для алкоголиковъ въ Россіи.* Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова 1902 г. кн. 1 и 2.

Для леченія алкоголиковъ, особенно по отношенію къ народной массѣ, у насъ въ Россіи почти еще ничего не сдѣлано, да и необходимость этого нѣкоторыми отрицается и даже врачами: д-ръ Фавръ говоритъ, что «это невѣроятно дорого, и не столь полезно». Устраиваются пріюты для безнадѣжныхъ больныхъ: эпилептиковъ, идиотовъ, лечатся прогрессивные паралитики, по статистикѣ же заграничныхъ лечебницъ для алкоголиковъ можно сильно рассчитывать на 25—30% полнаго выздоровленія ихъ и на 50—60% временнаго выздоровленія:—это уже заслуга, а потому устройство народныхъ лечебницъ для алкоголиковъ есть вопросъ общегосударственный. Разъ такія Лечебницы нужны, отсюда—необходимость затратить, разумѣется, съ возможною большею экономіей. Возможно, что дѣятельность Лечебницъ для алкоголиковъ совсѣмъ не потребуетъ расходовъ и что деньги нужны будутъ лишь на первоначальное устройство Лечебницъ. Типъ Лечебницъ—рабочія колоніи съ преобладающимъ земледѣльческимъ характеромъ; поступленіе добровольное; во главѣ—врачъ специалистъ; лечебныя мѣры: посылный трудъ на воздухѣ, психо-терапія, гидротер-

рапія, стрихнинъ на первое время. Нужды колоніи должны выполняться по возможности своими силами—8 час. рабочій трудъ; желательны лишь работоспособные алкоголики, по преимуществу, крестьяне, земледѣльцы; зимой кустарныя занятія. Колонія должна быть на 100 алкоголиковъ: въ средней полосѣ Россіи достаточно 1000 десятинъ земли; при огородничномъ хозяйствѣ меньше; лучше 200—300 десятинъ лишнѣхъ для сдачи въ аренду на случай неурожайныхъ годовъ. По заявленію сельскихъ хозяевъ такое имѣніе при благоприятныхъ условіяхъ можетъ окупиться. Пребываніе въ колоніи отъ 9 до 12 мѣсяцевъ, смотря по случаю; при поступленіи—обѣщаніе подчиняться режиму и правиламъ. Первоначально слѣдуетъ устроить въ видѣ опыта одну колонію, когда польза будетъ доказана—колонія душевно-больныхъ въ каждой губерніи. Денежныя средства для устройства колоніи должны быть отъ государственнаго казначейства, земствъ и городовъ: крестьянскій банкъ покупаетъ землю и будучи собственникомъ, отдаетъ ее лишь въ безсрочное и безпроцентное пользованіе колоніи; для приобрѣтенія инвентаря и постройки зданій даютъ средства земства и города данной губерніи. Устройство народныхъ Лечебницъ для алкоголиковъ необходимо, ибо желаніе бросить вино безсмысленно существуетъ среди большого числа пьяницъ, гипнозъ же помогаетъ и излѣчивается не во всѣхъ случаяхъ. Добровольное поступленіе предпочтительнѣе принудительнаго, такъ какъ по опыту заграничныхъ заведеній алкоголики послѣдней категоріи являются наиболѣе непріятнымъ элементомъ. Трагуемый вопросъ своевремененъ въ виду благоприятнаго теченія въ настоящее время въ этомъ отношеніи въ правительственныхъ и частью въ общественныхъ сферахъ.

Д-ръ Е. Рига. (Москва). Алкоголики и леченіе ихъ гипнозомъ. Журналъ невропат. и псих. имени С. С. Корсакова. 1902 г. кн. 1 и 2.

Авторъ въ теченіи слишкомъ тринадцати лѣтъ занимается примѣненіемъ гипноза къ леченію хроническихъ алкоголиковъ коренного русскаго населенія самыхъ различныхъ слоевъ общества, изъ всевозможныхъ мѣстностей Россіи, различныхъ возрастовъ, отъ 17 до 72 лѣтъ. Изучена генеалогія 760 хроническихъ алкоголиковъ. Алкогольная и вообще дегенеративная наслѣдственность является почти общимъ признакомъ хроническихъ алкоголиковъ, въ среднемъ въ семьяхъ, гдѣ встрѣчаются алкоголики, не менѣе 40% дѣтей становятся алкоголиками. Гипнотическое леченіе должно быть индивидуализированнымъ въ зависимости отъ формы, степени и продолжительности пьянства, нервно-психич. конституціи больного и пр. отчего зависитъ—количество сеансовъ, продолжительность леченія, содержаніе внушенія и т. д. Пьянство проявляется въ 3-хъ формахъ: 1) привычное; питье

ежедневно безъ перерывовъ и прерывистое съ короткими, въ нѣсколько дней, промежутками; 2) запойное пьянство: въ свѣтлыхъ промежуткахъ—или абсолютное воздержаніе, или алкоголикъ пьетъ немного и легко отказывается, или при выпитіи ничтожнаго количества является затѣмъ сильная жажда пить; 3) смѣшанное пьянство. Первая форма и второй видъ запойнаго пьянства лучше всего поддаются лѣченію гипнозомъ съ наименьшимъ количествомъ сеансовъ; труднѣе поддаются леченію третій видъ запойнаго пьянства. Алкоголики пьютъ въ одиночку и въ компаніи, первое свойственно большею частью женщинамъ. Леченіе юношей, злоупотребляющихъ алкоголемъ съ 12—14 лѣтъ, не даетъ прочныхъ результатовъ. При леченіи женщинъ сеансы слѣдуетъ дѣлать передъ менструаціею: послѣднее обостряетъ болѣзненную раздражительность, тоскливость и пр. Самовнушеніе крайне развито у алкоголиковъ,—потому гипнотизмъ—могучее средство леченія пьянства. Леченіе обыкновенно годъ, можетъ затянуться и на два: возвратами не смущаться. Авторъ приводитъ таблицу излѣченій сравнительно съ заграницными лечебницами для алкоголиковъ: имъ прослѣжено 122 случая, непьющихъ отъ 2 до 11 лѣтъ. Глубокія степени гипноза являются болѣе мощнымъ факторомъ при леченіи алкоголиковъ и существенно вліяютъ на улучшеніе общаго состоянія и на нервную систему. Важное значеніе—индивидуализація. Соответственно изложенному приводятся 7 положеній; однако, метода примѣненія гипноза къ лѣченію пьянства авторъ не даетъ.

В. Левчаткинъ.

Хирургія.

„Хирургія“ т. XIII. № 73.

Проф. Н. Н. Лысенковъ. Задачи преподаванія топографической анатоміи и оперативной хирургіи.

Если въ хирургіи, представляющей собою единеніе искусства съ наукой, талантливость и индивидуальная способности лица позволяютъ ему сдѣлаться хорошимъ техникомъ, то все же искусство должно играть подчиненную роль по отношенію къ научнымъ основамъ, лежащимъ въ корнѣ хирургической опытности. Созданіе этихъ основъ и преслѣдуется преподаваніемъ двухъ непосредственно связанныхъ другъ съ другомъ наукъ—топографической анатоміи и оперативной хирургіи. Первая, соединяя секционный методъ съ изслѣдованіемъ живого тѣла осязаніемъ, зрѣніемъ, рентгеноскопией, даетъ представленіе объ общей совокупности органовъ и системъ ихъ въ отдѣльных частяхъ живого человѣческаго тѣла, позволяетъ видѣть

въ глубину, не стѣсняясь кожными покровами. Вторая вмѣстѣ съ описаніемъ и демонстраціей оперативныхъ пріемовъ должна дать для каждаго изъ нихъ анализъ условій ихъ примѣненія. Для этого въ ея рукахъ, съ одной стороны, данныя анатомо-топографическія, съ другой—клиническій опытъ и лабораторные эксперименты.

Д. И. Татариковъ. О заднихъ цефаломахъ.

Работами послѣдняго времени установлено два типа мозговыхъ грыжъ—exencephalia, представляющая выпячиваніе частей мозга и serphalocoe или serphaloma, являющееся врожденнымъ тератоднымъ новообразованіемъ. Случаевъ заднихъ цефаломъ описано немного. Въ наблюдавшемся авторомъ случаѣ, относящемся къ 2-мѣсячному ребенку, образованіе опухоли замѣчено тотчасъ послѣ рожденія. При изслѣдованіи, величина ея = 27×19 см.; опухоль синевато-красноватого цвѣта, флюктуируетъ, просвѣчивается, сидитъ на ножкѣ, окружностью въ 14,5 см. При операціи—круговой разрѣзъ по окружности ножки. Въ затылочной кости обнаружено небольшое отверстіе, которое послѣ выправленія выступающаго здѣсь мозгового вещества, закрыто лоскутами надкостницы. Теченіе и исходъ хороши. Хотя по клиническимъ признакамъ эта опухоль могла быть принята за meningocele, но микроскопическое изслѣдованіе стѣнки оправдываетъ названіе цефаломы. Стѣнка опухоли состоитъ отчасти изъ жировой ткани, отчасти изъ плотной соединительной, но мѣстами встрѣчаются участки некроліи.

П. В. Ильинъ. Выворотъ Морганіева желудка.

Названіе—«eversio sive prolapsus ventriculi Morgagni»—было дано заболѣванію слизистой оболочки Морганіева желудка, дающему картину опухоли, свисающей надъ голосовыми связками и являемой въ желудочекъ. Позднѣйшія наблюденія, соединенныя съ патолого-анатомическими изслѣдованіями, показали, что такое названіе должно быть оставлено, и что патолого-анатомическая сущность заболѣванія состоитъ въ хронической гиперплазіи слизистой оболочки или желудка, или ложныхъ голосовыхъ связокъ. Поэтому заболѣваніе должно быть названо или chondritis vocalis hyperplastica или laryngitis lateralis hyperplastica или chondritis ventricularis inf. hyperplastica. Въ силу такого характера заболѣванія леченіе его сводится къ устраненію гипертрофіи. Помимо покоя органа, могутъ быть примѣнимы прижиганія (химическія и физическія) и изсѣченіе.

Д. Кузнецкій. *Рѣдкій случай колоторъзаной раны.*

Описываемый авторомъ случай интересенъ по нѣкоторымъ осложненіямъ, какими сопровождалось раненіе, и по прекрасному исходу, несмотря на тяжесть раненія и осложненийъ. Больной получилъ рану соответственно 7-му ребру на передней подмышечной линіи. При излѣдованіи 7 ребро и 6 межреберье оказалось разрѣзанными, изъ раны выступаетъ (при выдыханіи) мутная съ кислымъ запахомъ жидкость; выслушиваніе лѣваго легкаго обнаруживаетъ отсутствіе дыхательныхъ шумовъ. Въ окружности раны подкожная эмфизема. При операціи (черезъ 22 часа послѣ раненія)—по изсѣченіи 8 см. 7-го ребра, полость плевры, откуда вытекло много вонючей, грязной жидкости, промита горячимъ растворомъ хлористаго натра. На рану наложены швы, а въ полость введенъ тампонъ. Въ диафрагмѣ оказалась рана, длиною въ 3 см., которая зашита со стороны плевральной полости. Брюшная стѣнка вскрыта по наружному краю т. costi; въ полости оказалась та-же жидкость. На лицо всѣ признаки перитонита. Рана желудка (около выхода), длиною въ 2 см. зашита двухъэтажнымъ швомъ; перитонеальная полость промыта, и рана зашита наглухо.—Со стороны брюшной полости (хотя рана заживала съ нагноеніемъ) исходъ операціи оказался удачнымъ,—всѣ явленія начинающагося перитонита быстро стихли, повидимому, безъ послѣдующихъ срощеній, такъ какъ у больного не было впослѣдствіи ни болей, ни запоровъ. Успѣхомъ этимъ, по автору, онъ всецѣло обязанъ энергичному промыванію хлористымъ натромъ, раннему примѣненію слабительныхъ и клизмъ. Со стороны плевральной полости дѣло шло не такъ гладко. Появился гнойный плевритъ задержавшій расправленіе легкаго что потребовало резекціи 4-хъ реберъ. Не смотря на это, полость плевры спалась лишь черезъ 4 слишкомъ мѣсяца. Но этимъ не окончилось леченіе. Присоединившійся каріозный процессъ въ хрящахъ и ребрахъ заставилъ сдѣлать больному еще 4 операціи, такъ что леченіе затянулось на цѣлый годъ. Не смотря на все, было достигнуто полный успѣхъ,—больной получилъ полную возможность работать.

Л. Флеровъ. *Случай заживленія прободенной кишки подъ зажимающими пинцетами Рѣан'а (ушемленная грыжа).*

При операціи по поводу ушемленной паховой грыжи, инкарцерированная петля тонкой кишки, найденная въ весьма дурномъ состояніи (матовая поверхность, явленія застоя, начальныя участки гангрены), при манипуляціяхъ для отдѣленія срощеній ея съ грыжевымъ мѣшкомъ, прорвалась. Избѣгая первичной резекціи кишки при ушемленіяхъ, авторъ наложилъ на отверстіе два Рѣан'овскихъ пинцета, и

съ ними кишки оставлена была внѣ брюшины подъ антисептической повязкой. Уже на слѣдующій день кишка приняла болѣе хорошій цвѣтъ. Рваны сняты, отверстіе затянулось. Черезъ 12 дней кишка настолько хороша, что сдѣлано вправленіе. Больной скоро выписался совершенно здоровымъ.

Прив.-доц. Н. И. Напалковъ. *Наложеніе кишечнаго пищеварительнаго свища при ракъ желудка.*

Обзоръ литературнаго матеріала (81 случай) и собственные наблюденія автора (3 исторіи болѣзни) заставляютъ его, не согласиться съ мнѣніемъ Mikulicz'a, будто наложеніе кишечнаго шва не освобождаетъ больного отъ страданій и только способно продлить ихъ. Въ большинствѣ литературныхъ данныхъ и въ двухъ изъ принадлежащихъ автору случаяхъ констатировано несомнѣнное улучшеніе общаго состоянія больного и устраненіе мѣстныхъ припадковъ со стороны желудка.—Что касается показаній къ наложенію свища, то, по автору, онъ примѣняетъ какъ при раковыхъ пораженіяхъ, такъ и при другихъ заболѣваніяхъ желудка въ тѣхъ случаяхъ, когда, благодаря тѣмъ или инымъ условіямъ, не можетъ быть сдѣлана гастростомія или гастроэнтеростомія. Таковы: сильное распространеніе новообразованій по желудочной стѣнкѣ, обильное кровотеченіе изъ распадающейся опухоли; сморщиваніе стѣнки желудка; значительное растаженіе съ атрофіей мышечнаго слоя; обширныя сращения желудка и кишокъ. Невыгодная сторона энтеростоміи заключается въ устраненіи желудка изъ пищеваренія, но это обстоятельство не должно останавливать хирурга, потому что вопросъ о перевариваніи и усвоеніи безъ участія желудка въ настоящее время рѣшенъ утвердительно какъ работами физиологовъ, такъ и клиническими наблюденіями. Необходимо слѣдить лишь за легкимъ поступленіемъ въ отводящій отдѣлъ кишечника желчи и панкреатическаго сока.—Оперативная техника энтеростоміи дов. разнообразна. Кишечный свищъ накладывался какъ на duodenum (я. рѣдко), такъ по большей части на jejunum. Принято брать тонкую кишку на разстояніи 20—30 см. отъ duodenum. Существуетъ нѣсколько способовъ энтеростоміи. Боковой свищъ, накладываемый по одно-моментному способу, часто грозитъ загрязненіемъ брюшины; двумоментный способъ не удовлетворяетъ цѣли наложенія—быстро начать питаніе больного. Оба способа имѣютъ и общій недостатокъ—истеченіе въ рану содержимаго верхняго отдѣла кишки. За способомъ Albert'a остается недостатокъ двумоментной операціи. Методъ Maydl'a также не устраняетъ иногда истеченія кишечнаго содержимаго. Предложеніе Witzel'a накладывать косой каналъ получило наибольшее распространеніе, и этому принципу слѣдуетъ большинство хирурговъ при гастро и энтеростоміи. Важно при этомъ одно

обстоятельство—не допустить задержки отдѣляемаго верхняго отдѣла кишечника, что было въ одномъ случаѣ автора. Къ устраненію этого неудобства клонится предложеніе П. К. Бочкарева—прежде образованія канала сшить колѣна петли (двумя серозно-мышечными швами), образовать (разрѣзомъ между швами) общую полость и въ верхнемъ отдѣлѣ ся провести косою каналъ.

Проф. П. И. Дьяконовъ. *Къ ученію о желчнокаменной болѣзни.*

При изученіи литературно-статистической стороны вопроса, бросается въ глаза неравномѣрное распредѣленіе количества оперируемыхъ по поводу желчно-каменной болѣзни. Россія принадлежитъ къ числу странъ, гдѣ это заболѣваніе очень мало распространено, на что указываютъ какъ данныя патологоанатомическихъ вскрытій, такъ и больничные отчеты. Вопросъ о причинахъ этого явленія остается открытымъ.—Распознаваніе желчныхъ камней, не смотря на отчетливыя описанія симптоматологіи заболѣванія, часто затруднительно, благодаря возможности смѣшенія этихъ симптомовъ съ вызываемыми, напр., аппендицитомъ. Дѣлу распознаванія можетъ помочь рентгеноскопія, но необходимо пока еще дальнѣйшее развитіе техники въ этомъ направленіи.—Вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ клиницистовъ необходимо смотрѣть на присутствіе желчнаго камня, какъ на опасное страданіе, часто влекущее дурныя послѣдствія. Поэтому слѣдуетъ во всякомъ распознанномъ случаѣ прибѣгать къ оперативному леченію, и показаніемъ къ нему должно служить даже одно присутствіе камня.—Изъ трехъ оперативныхъ приѣмовъ, наибаче практикуемыхъ—холецистотоміи, холецистостоміи и холецистэктоміи—первый долженъ быть вовсе оставленъ. Наиболѣе удовлетворяетъ требованіямъ третій приѣмъ, который долженъ быть замѣненъ вторымъ, съ одной стороны, при существованіи непроходимости общаго желчнаго протока и съ другой—для дренажа системы желчныхъ ходовъ.—Цистикотомія и холедохотомія сравнительно рѣдко примѣняются (при локализціи камней въ этихъ путяхъ).

Прив.-доц. В. А. Воробьевъ. *О симптомахъ холелетіаза при страданіяхъ поджелудочной железы.*

Хроническія страданія поджелудочной железы (хроническій панкреатитъ, камни), существуя иногда скрыто и не вызывая болѣзненныхъ симптомовъ, въ другихъ случаяхъ сопровождаются извѣстными

симптомокомплексомъ, который иногда бываетъ характернымъ для даннаго заболѣванія, иногда же совершенно симулируетъ картину страданія печени въ формѣ холелитіаза. Къ характернымъ (но не частымъ) симптомамъ панкреатита относятся: діабетъ, обиліе жира и перепервареннаго мяса въ испражненіяхъ, присутствіе въ нихъ панкреатическихъ камней.—Встрѣчаясь изолированно, хроническія страданія поджелудочной железы нерѣдко совпадаютъ съ заболѣваніями другихъ органовъ, чаще всего съ заболѣваніями печени въ силу непосредственной связи выводныхъ протоковъ и общности причинъ. Спрашивается, возможно-ли, при частомъ совпаденіи страданій этихъ двухъ органовъ, распознаваніе панкреатической колики даже въ чистыхъ случаяхъ? На этотъ вопросъ слѣдуетъ отвѣтить удовлетворительно, а основаніе для распознаванія указать въ сочетаніи многихъ изъ характерныхъ симптомовъ панкреатита, или сочетающихся или стоящихъ изолированно отъ симптомовъ холелитіаза. Своевременное распознаваніе присоединяющагося къ послѣднему панкреатита иногда бываетъ важно въ силу того, что этимъ нерѣдко устанавливается показаніе къ немедленной операціи.

С. П. Ведоровъ. *Къ казуистики изсѣченія крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей шеи.* „Русскій врачъ“ 1903 г. № 6.

Авторъ приводитъ 4 случая изсѣченія крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи шейныхъ опухолей. Въ одномъ случаѣ, при изсѣченіи сосудисто-нервнаго пучка, результатомъ перерѣзки п. *vagi* было временное (ок. недѣли) учащеніе пульса (до 114) временное же съуженіе зрачка и стойкій параличъ п. *recurrentis*. Въ другомъ, гдѣ пришлось изсѣчь не только *vagus*, но *access*, *Willisii* и п. *hypogloss*, наиболѣе замѣтнымъ для больного результатомъ оказались: поперхиваніе и осиплость. Остальныя явленія—параличъ мышечныхъ группъ, кожная анестезія—не беспокоили больного. Въ третьемъ случаѣ изсѣчены 3 и 4-й корешки шейнаго сплетенія. Результатъ—слабость движеній конечности и кожная анестезія. Наконецъ, въ 4 случаѣ перерѣзаны 1—3 вв. плечевого сплетенія. Въ результатъ мышечный параличъ въ области пп. *radialis*, *axillaris* et *musculocutanei*.—Заключенія автора таковы, что резекціи крупныхъ нервныхъ стволовъ, не вызывая опасныхъ для жизни явленій (при обращеніи съ *vagus* необходима осторожность въ виду опасности раздраженія его, вызывающаго моментальную остановку дыханія и сердцебіенія), по оставляя функциональныя разстройства большаго или меньшаго значенія, оправдываются результатами операцій. Одинъ случай автора хорошо иллюстрируетъ справедливость этого вывода. У больного послѣ операціи злокачественно—росшей саркомы, охватившей цѣлую половину шеи, не обнаружено рецидива въ теченіе года.

В. Н. Зендѣрь. *Случай двусторонняго перелома головокъ малоберцовыхъ костей.* „Русскій Врачъ“ 1903 г. № 8.

Однимъ изъ весьма рѣдко встрѣчающихся переломовъ является переломъ головки fibulae. Двусторонній переломъ въ доступной автору литературѣ еще не былъ описанъ. Происхожденіе перелома головки fibulae, съ одной стороны, можетъ быть результатомъ сильнаго сокращенія m. bicipitis (при значительномъ разгибаніи голени и натяженіи боковой связки колѣннаго сочлененія), а съ другой—можетъ стоять въ непосредственной зависимости отъ внѣшняго насилія. Въ случаѣ, наблюдавшемся авторомъ, рабочий, захваченный врашающимся шкивомъ былъ дважды перевернутъ и оба раза ударился пятками въ полъ. Такъ обр., здѣсь имѣется гиперэкстензію въ колѣнномъ сочлененіи. Головки обѣихъ малоберцовыхъ костей прощупывались на наружныхъ отдѣлахъ мышечковъ бедренныхъ костей. Въ колѣнныхъ сочлененіяхъ ненормальная боковая подвижность. Радіоскопія обнаружила на правой сторонѣ разрывъ головки на 3 осколка, на лѣвой—отрывъ головки цѣликомъ. Часто сопутствующее перелому головки fibulae поврежденіе nervi peronei было и въ данномъ случаѣ. Разстройства движенія разгибателей и аномаліи кожной чувствительности были рѣзко выражены.

Прив.-доц. В. П. Жуновскій. *Смертельный нетравматическій haemothorax у новорожденнаго.* „Врачебн. Газ.“ 1903 г. № 4 и 6.

У здоровой, повидимому, женщины, забеременѣвшей послѣ 8-лѣтняго перерыва, родился въ срокъ доношенный (вѣсъ 3100,0) ребенокъ. Легкая степень асфиксії быстро уступила принятымъ мѣрамъ; нѣкоторая синюшность въ первый день жизни исчезла ко второму дню. Въ этотъ день ребенокъ, послѣ обряда крещенія, почувствовалъ себя дурно. Блѣдность, олышка, оглушенное состояніе. При изслѣдованіи—рѣзкое притупленіе легочного тона по всей поверхности лѣваго легкаго и отчасти справа. Быстрый летальный исходъ.—Вскрытіе обнаружило обильное кровоизліяніе въ лѣвомъ плевральномъ мѣшкѣ; легкое сдавлено; на поверхности его въ нижнихъ частяхъ плевра приподняты кровоизліяніями. Въ разрѣзѣ замѣтны интерстиціальныя геморрагіи. Въ правомъ легкомъ меньшая степень тѣхъ же явленій. Микроскопическое изслѣдованіе показало присутствіе повсюду интерстиціальныхъ кровоизліяній, большей или меньшей степени. Но мѣстамъ они разрушаютъ перегородки. Послѣднія всюду значительно утолщены. Чрезвычайно рѣзко замѣтно измѣненіе сосудовъ въ видѣ значительнаго утолщенія adventitiae. Такая картина говоритъ за то, что имѣется дѣло съ сифилитическимъ заболѣваніемъ, съ начальной формой т. наз. pneumonia interstitialis syphilitica, рѣзкое выраженіе который извѣстно подъ именемъ бѣлой гепатизаціи. Что касается кровоизліяній,

то они должны быть отнесены на счет изменений сосудистой стѣнки—склероза и ломкости ея. Это специфическое изменение у врожденных сифилитиков—дѣтей часто бываетъ настолько значительнымъ, что даетъ поводъ говорить о геморрагическомъ діатезѣ.

М. Ю. Гуревичъ. *О распознаваніи и леченіи аневризмы брюшной аорты.* „Русскій Врачъ“. 1903 г. № 7.

Аневризма брюшной аорты нерѣдко можетъ симулировать новообразованіе какого либо изъ органовъ брюшной полости. Такъ какъ аневризма чаще всего образуется въ области верхней брыжжечной артерій, то къ органамъ, пораженіе которыхъ приходится исключать, относятся лежащіе вблизи этого мѣста. Смѣшеніе съ новообразованіемъ желудка (начальные степени рака малой кривизны и pylori) возможно при отсутствіи разстройствъ пищеваренія и явленій суженія привратника. Изъ новообразованій печени (лѣвой доли) необходимо дифференцировать къ исчеристой ангиомѣ (которая чаще встрѣчается у старыхъ лицъ) и гуммѣ (при сифилисѣ въ анамнезѣ), которая обычно подвижна при дыханіи. Ракъ головки поджелудочной железы скоро ведетъ къ явленіямъ тяжелой желтухи; противъ кисты pancreatis говорить, какъ нормальное отношеніе желудка и поперечноободочной кишки другъ къ другу, такъ и незначительное біеніе этой опухоли. Неподвижныя новообразованія поперечноободочной кишки вызываютъ характерныя явленія суженія и могутъ быть опредѣлены введеніемъ воды въ кишку, что также даетъ возможность судить о положеніи опухоли въ сальникѣ. Ракъ 12-перстной кишки въ верхнемъ отдѣлѣ вызываетъ тѣже явленія, что и суженіе привратника; локализуясь въ среднемъ отдѣлѣ, вызываетъ явленія желтухи.—Что касается леченія аневризмы, то главное средство авторъ видитъ въ гігіено-діететическомъ леченіи. Йодистые препараты даютъ временное улучшеніе только у сифилитиковъ. Впрыскиванію желатины авторъ не придастъ значенія.

В. Н. Константиновичъ. *О флегмонѣ желудка.* „Врачебная Газета“ 1903 г. №№ 7—8.

Флегмона желудка—заболѣваніе, почти не діагностируемое клинически благодаря отсутствію характерныхъ явленій,—обычно встрѣчается при аутопсіи. Извѣстное уже давно, это заболѣваніе имѣетъ болѣе или менѣе точную анатомическую картину. Оно встрѣчается въ двухъ формахъ—идіопатической флегмоны и метастатической—

какъ въ видѣ ограниченныхъ гнойныхъ скопленій, такъ и въ формѣ разлитой гнойной инфильтраціи, захватывающей либо только подслизистую ткань и слизистую оболочку, либо распространяясь и на серозный покровъ. Гистологическія изслѣдованія являются единичными. При изслѣдованіи съ этиологической стороны найдено постоянное присутствіе стрептококковъ — Описывая обследованные имъ два случая разлитой первичной флегмоны, авторъ даетъ слѣдующую микроскопическую картину. Желудокъ объемистъ. Слизистая оболочка набухла, инъэцирована, съ кровоизліяніями по мѣстамъ. Стѣнка утолщена до 1,5 см., она гнойно инфильтрована, при чемъ инфильтрація наиболѣе замѣтна въ подслизистой ткани; впрочемъ, въ одномъ случаѣ гной какъ бы прорывался черезъ слизистую. Подробное микроскопическое изслѣдованіе указываетъ на локализацию процесса, гл. обр., въ подслизистомъ слое, гдѣ имѣется обильное скопленіе полинуклеарныхъ лейкоцитовъ, воспалительный тромбозъ сосудовъ, пролиферація эндотелія лимфатическихъ сосудовъ. Слизистая оболочка обнаруживаетъ вторичное явленіе — некрозъ эпителія или цѣликомъ железистыхъ трубокъ. Въ паренхиматозныхъ органахъ найдены значительныя измѣненія элементовъ, гл. обр., въ видѣ жирового перерожденія.

Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ срѣзахъ (окраска по Gramm'у) стрептококка, который полученъ и въ культурахъ на соответственныхъ средахъ.

П. Овчинниковъ.

ОБЗОРЪ

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

Н. И. Котовщинава,

Заслуж. проф. Казанскаго Университета.

(Продолженіе).

Терапія заболѣваній сердца и сосудовъ.

*Углекислыя ванны, Киссингенъ, Франценсбадъ, Нарзанъ, климатъ
и механическое леченіе.*

По изслѣдованіямъ братьевъ Schött'овъ соляныя и углекислыя ванны дѣйствуютъ, 1) уменьшая частоту пульса, 2) повышая артеріальное давленіе (на 50—60 миллиграм.) 3) удлиняя систолу и особенно діастолу, почему дѣятельность сердца ставится болѣе производительной, 4) исправляя неправильную дѣятельность сердца, 5) уменьшая сердечное пригипсненіе и 6) улучшая одышку. Ванны дѣйствуютъ, какъ легкая гимнастика, обуславливая увеличеніе функціональной способности сердца.

Для выясненія дѣйствія ваннъ, по мнѣнію Stifler'a (139), могутъ служить полчасныя пульсовыя кривыя.

При углекислыхъ ваннахъ наблюдается покрасненіе кожи, прогрессивное увеличеніе высоты пульсовыхъ волнъ и кровяного давленія и большая продолжительность какъ систолы, такъ и діастолы сердца. По наблюденіямъ В. А. Штанге (162) пульсъ дѣлается рѣже на 8—15 ударовъ.

При облегченіи оттока крови въ расширенныя сосуды, сердце становится въ болѣе выгодныя условія для своей дѣятельности.

Дѣйствіе соляныхъ ваннъ (Stifler) состоитъ въ раздраженіи кожи, которое передается на сосудодвигательный центръ, вслѣдствіе чего является поблѣдніе наружныхъ покрововъ, повышение кровяного давленія и пониженіе пульсовой волны.

Если примѣняются соляно-углекислыя ванны, то дѣйствіе ихъ складывается изъ вліянія угольной кислоты и поваренной соли. Но сначала обнаруживается дѣйствіе первой, какъ болѣе сильнаго раздражителя, и получается покраснѣніе кожи, увеличеніе наполненія пульса, а затѣмъ, мало по малу, начинается дѣйствовать хлористый натръ, и пульсъ начинаетъ дѣлаться меньше.

Авторъ считаетъ дѣйствіе углекислыхъ ваннъ гидростатическимъ, а соляно-углекислыхъ — динамическимъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій надъ 139 больными F. Battistini и Rovere (10) подтвердили выводы братьевъ Schott'овъ относительно дѣйствія соляно-углекислыхъ ваннъ при заболѣваніяхъ сердца.

Показателемъ къ примѣненію ванны В. и R. считаютъ слабость сердца съ пораженіемъ клапановъ (особенно митральнаго) или безъ него.

Противопоказаніемъ являются всѣ состоянія съ повышеніемъ кровяного давленія: какъ недостаточность аорты, артеріосклерозъ, грудная жаба, аневризмы аорты и т. д.

Углекислыя ванны употреблялъ Abrams (2) для укрѣпленія силы сердца при пневмоніи, тифѣ и другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и очень доволенъ получившимися результатами. Если необходимо, при указанныхъ страданіяхъ пониженіе температуры, то для этого, кромѣ углекислыхъ ваннъ — должны быть назначаемы ванны изъ простой холодной воды.

Homér Wakefield (150) сдѣлалъ наблюденіе относительно дѣйствія ваннъ Nauheim'a. Первое вліяніе болѣе холодной, чѣмъ температура тѣла, ванны состоитъ въ болѣе или менѣе сильномъ суженіи периферическихъ сосудовъ; кровь переходитъ въ большіе венозные стволы въ области развѣтвленія п. splanchnicus; давленіе крови артеріальной системы повышается и затѣмъ снова периферическіе капилляры болѣе или менѣе сильно наполняются кровью. Это вліяніе холода въ соединеніи съ стимулирующими вліяніями химическихъ составныхъ частей ванны усиливаетъ сокращеніе сосудовъ въ области splanchnicus'a и обуславливаетъ передвиженіе застоявшейся крови впередъ къ правому сердцу.

Во время холодной ванны, функція почекъ сначала задержана, а затѣмъ она значительно повышается, вслѣдствіе сокращенія сосудовъ splanchnicus'a. — При болѣе теплой ваннѣ сейчасъ же начинается діурезъ.

По богатству угольной кислоты Kissingen занимаетъ послѣ Nauheim'a первое мѣсто (В. А. Штанге, 162). Температура источника равняется только 20°, но цѣлесообразными устройствами ваннъ можно температуру воды довести до болѣе высокой температуры безъ потери составныхъ частей, особенно угольной кислоты (I. Rosenthal, 123).

При назначеніи въ Kissingen'ѣ различнаго рода ваннъ съ прибавленіемъ разсола, ваннъ съ волнами, руководствуются сложениемъ пациента, силой реакціи ваннъ, родомъ сердечнаго пораженія. (Leusser, 83). Температура ваннъ отъ $27-28^{\circ}$ спускается постепенно во время курса леченія до 21° , продолжается отъ 10 до 20 минутъ; между ваннами дѣлаются паузы. Леченіе продолжается недѣли 4—6, обыкновенно берутъ отъ 25 до 30 ваннъ, рѣдко 12—15. Изрѣдка приходится отмѣнять ванны изъ за слишкомъ сильнаго нервнаго возбужденія, изъ за бессонницы. Особенно это бываетъ у такихъ пациентовъ, которые, не обращая вниманія на совѣты врачей, брали ванны ежедневно. Повтореніе леченія въ послѣдующіе годы показано.

На нѣкоторыхъ ванны вліяютъ дурно отъ того, что больные въ данное время ослаблены и не могутъ съ ихъ помощью почерпнуть изъ своего организма достаточно оживляющихъ силъ для сердца.

Авторъ не видѣлъ излеченія хроническихъ миокардитовъ, но находитъ, что это страданіе значительно облегчается ваннами. Сильно поправляются и даже излечиваются больные съ свѣжимъ порокомъ клапановъ, съ невротами сердца, утомленные физической работой сердца, съ его легкимъ расширеніемъ или безъ него, со слабостью сердца отъ неправильнаго образа жизни, съ сердцемъ, ослабленнымъ никотиномъ, алкоголемъ, кофее, ансмией, хлорозомъ, ожиреніемъ. Въ этихъ случаяхъ, можно ждать пользы, если сердечная мышца не перерождена. Даже не слишкомъ далеко зашедшія нарушенія компенсаціи исправляются Киссингеномъ.

Также облегченіе получаютъ отъ ваннъ страдающіе артеріо-склерозомъ.

Сердечные пороки съ пораженіемъ почекъ можно лечить, но только теплыми ваннами.

Первичная слабость сердца послѣ тифа, дифтеріи, острыхъ и хроническихъ инфекцій, миокардита, склерозъ вѣнечныхъ артерій, жирное сердце, лечатся сначала слабыми ваннами, которыя усиливаются постепенно. Улучшаются отъ ваннъ эндо-и перикардиты, послѣ остраго періода.

Противопоказанъ Киссингенъ во всѣхъ случаяхъ острыхъ, лихорадочныхъ заболѣваній сердца, острыхъ приступовъ слабости, аневризмъ, пороковъ сердца съ сильными отеками и асцитомъ и сильнымъ перерожденіемъ сердца.

По наблюденіямъ I. Rosenthal'я (123) при невротѣ сердца особенно хорошо дѣйствуютъ въ Kissingen'ѣ разсолёныя ванны съ волнами (soolwellenbäder).

М. Fisch (37) пишетъ о леченіи сердечныхъ заболѣваній въ Франценсбадѣ. Такъ какъ температура источниковъ низка (около $10^{\circ}/_{\circ}$), то ванны дѣлаются подогрѣтыми. Ихъ дѣйствіе ничѣмъ не отличается отъ всѣхъ другихъ, содержащихъ угольную кислоту. Лучшіе результаты получаются при сердечныхъ рѣстройствахъ съ небольшими нарушеніями компенсаціи, гдѣ жалобами больныхъ являются: одышка, застойная печень, небольшіе отеки ногъ.

Ванны противопоказаны при сильных расстройствах компенсации, при грудной жабе, при артериосклерозѣ, при аневризмахъ аорты.

При назначеніи ваннъ нужно руководствоваться ощущениями больного послѣ ванны: если онъ чувствуетъ себя освѣженнымъ, легче дышетъ, пульсъ хорошъ, — то можно усиливать концентрацію ваннъ и понижать ихъ температуру. Наоборотъ, если онъ чувствуетъ себя разбитымъ, ванны должны дѣлаться рѣже, и температура ихъ должна быть выше.

Средняя температура ваннъ колеблется между 30—35, средняя продолжительность 5—10 минутъ, а послѣ до 20 минутъ.

Проф. В. А. Штанге (163) провелъ 1-ую $\frac{1}{2}$ лѣта на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, а 2-ую за границей и могъ сравнить физиологическое и лечебное дѣйствіе углекислыхъ ваннъ въ Кисловодскѣ, Nauheim'ѣ, Kissingen'ѣ, Franzensbad'ѣ и нѣкоторыхъ другихъ менѣе извѣстныхъ лечебныхъ мѣстахъ. По его мнѣнію лѣчение многихъ болѣзней, особенно сердца, углекислыми ваннами даетъ прекрасные результаты и заграничныя лечебныя мѣста дѣлаютъ все возможное, чтобы совершенствовать этотъ способъ лѣченія.

При примѣненіи ваннъ изъ Нарзана (Кисловодскъ) какъ и другихъ углекислыхъ источниковъ наблюдается измѣненіе кровяного давленія, замедленіе пульса, увеличенное мочеотдѣленіе. Нарзанная ванна въ одномъ случаѣ суженія отверстія двусторонки дала замѣчательно рѣзкое дѣйствіе на сфигмографическую кривую: послѣ ванны восходящее колено кривой стало въ $2\frac{1}{2}$ раза выше, а въ нисходящемъ явились зубцы, которыхъ раньше почти совсѣмъ не было. Замедленіе пульса въ Нарзаннхъ ваннахъ очень рѣзкое; облегченіе одышки, исчезаніе чувства стѣсненія въ груди и боли наблюдаются нерѣдко; при оплотненіи сосудовъ Нарзанная ванна переносится плохо. Словомъ, Нарзанная ванна дѣйствуетъ подобно другимъ углекислымъ и русскіе врачи могутъ посылать сердечныхъ больныхъ въ Кисловодскъ. Докладчикъ показалъ и приготовленіе искусственныхъ углекислыхъ ваннъ по способу Sandow'a: въ ваннѣ растворяется 1 кило 2—углекислой соды, а на дно вокругъ больного кладутся лепешки изъ кислаго сѣрно-кислаго натра; при погруженіи послѣднихъ въ растворъ соды немедленно начинается обильное выдѣленіе пузырьковъ газа; изъ 1 кило соды добывается 500 грм. CO_2 (250 литровъ по объему); при емкости ванны въ 250 литровъ мы имѣемъ приблизительно тоже количество газа, какъ и въ естественныхъ ваннахъ. Въ аптекѣ Воспитательнаго Дома продаются готовые ящики съ этими солями по 1 р. за каждую ванну. Чтобы сдѣлать такія ванны еще болѣе схожими съ естественными слѣдуетъ прибавлять на ванну 5—10 фунтовъ Nauheim'ской соли. Полагаютъ, что изъ соляныхъ растворовъ—особенно известковыхъ— CO_2 улетучивается не такъ быстро. Возможность устроить больному углекислую ванну дома, безъ большихъ сравнительно затратъ, представляеть несомнѣнное обогащеніе лечебныхъ средствъ при сердечныхъ болѣзняхъ.

О. А. Чечотъ замѣтилъ, что лѣчение больныхъ въ Кисловодскѣ углекислыми ваннами въ послѣднее время все болѣе и болѣе

привлекаетъ къ себѣ вниманіе врачей и что, имѣя въ виду лѣченіе болѣзней сердца, предполагается удлинить лѣчебное время въ Кисловодскѣ.

Piatot отъ своего имени и отъ имени Toussaint (110) сдѣлалъ сообщеніе о лѣченіи сердечныхъ болѣзней минеральными водами.

Показанія къ лѣченію болѣзней сердца минеральными водами слѣдующія:

Въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ, черезъ 5—6 мѣсяцевъ послѣ исчезновенія сочленовныхъ болей и даже въ періодѣ выздоровленія отъ остраго сочленовнаго ревматизма, когда ребенокъ анемиченъ, ослабленъ, когда мышечная система атрофирована, когда пульсъ ускоренъ и слабъ, сердечная мышца нуждается въ тонизированіи. Минеральныя воды показаны также въ началѣ артеріосклеротическаго процесса у больныхъ съ нѣкоторой одышкой при усиленныхъ движеніяхъ, слѣдами бѣлка въ мочѣ, разстройствомъ периферическаго кровообращенія, вслѣдствіе ангиоспазма.

Минеральныя воды приносятъ также пользу при болѣзняхъ сердца въ началѣ разстройства компенсаціи, при функціональной недостаточности сердца, при суженіи двустворки съ сердцебіеніемъ и аритмией, или безъ послѣдней, при сердечно-почечныхъ разстройствахъ сердечной дѣятельности, при одышкѣ, вслѣдствіе желудочно-кишечнаго отравленія, наконецъ, при функціональныхъ разстройствахъ, при ожирѣніи сердца, рефлаторномъ сердцебіеніи, сердцебіеніи вслѣдствіе усиленнаго роста при неправильномъ развитіи грудной клѣтки, при аортной грудной жабѣ, при непостоянномъ пульсѣ нервныхъ. Противопоказанія слѣдующія: главнымъ образомъ острый періодъ эндокардита и перикардита, періодъ асистоліи съ громадными отеками и застойнымъ воспаленіемъ органовъ, во время развитія разстройства двустворки у больныхъ, страдающихъ уже пораженіемъ аортальныхъ клапановъ, склерозъ сердца въ позднемъ періодѣ развитія и перерожденіе сердечной мышцы, коронарная грудная жаба и аневризма аорты и большихъ ея стволовъ.

Питье минеральной воды Rasoczy и Pandur въ Kissingen'ѣ можетъ по наблюденіямъ I. Rosenthal'я (123) подкрѣпить результаты, полученные отъ ваннъ. Дѣйствуя какъ легкія слабительныя, указанныя источники ослабляютъ застои въ головѣ, вслѣдствіе уменьшенія давленія въ полости живота.

Schott (133) изслѣдовалъ кровяное давленіе тонометромъ Gärtner'a у сердечныхъ больныхъ во время бальнео-гимнастическаго леченія. Оказывается, что кровяное давленіе повышается, разъ существуетъ сердечное заболѣваніе, при которомъ показанъ этотъ методъ леченія. Совсѣмъ иные результаты получаются при такихъ заболѣваніяхъ сердца, гдѣ существуетъ высокая степень артеріосклероза или далеко зашедшій миокардитъ, при аневризмахъ сердца или аорты, служащіе противопоказаніемъ, по автору, для этого метода леченія. При нихъ замѣчается пониженіе кровяного давленія послѣ купанья и гимнастики.

О леченіи заболѣваній сердца механическими упражненіями пишетъ Guibal (51). Движенія по ровной поверхности играютъ видную роль въ Оертелевскомъ методѣ леченія. Въ этомъ способѣ всего легче развить необходимыя движенія, особенно полезныя ожирѣвшимъ, у которыхъ сердце обложено жиромъ. Удары сердца становятся правильнѣе, жиръ всасывается. Бѣганье разумѣется должно быть строго запрещено. Только постепенно можно переходить къ назначенію прогулокъ на горы.

При верховой ѣздѣ должны быть точнѣе опредѣлены показанія, чѣмъ для прогулокъ. Ожирѣвшіе, страдающіе атероматозомъ не должны ѣздить верхомъ; страдающіе пороками сердца—только при опредѣленныхъ условіяхъ. Продолжительная ѣзда всегда запрещается. Упражненіе и привычка къ ней, впрочемъ, дѣлаютъ многое и иной ѣздокъ переноситъ продолжительную верховую ѣзду легче, чѣмъ прогулки. Молодые люди, страдающіе неврастеніемъ безъ органическихъ измѣненій въ сердцѣ, переносятъ ѣзду всего лучше.

Что касается до ѣзды на велосипедѣ, то должно сказать, что большинство авторовъ отвергаютъ ее, какъ спортъ; велосипедисты могутъ получить значительное расширеніе сердца съ перемежаемостью пульса и могутъ этого не чувствовать. У молодыхъ людей при нервныхъ заболѣваніяхъ сердца, безъ органическихъ поражений, велосипедъ можетъ давать хорошія услуги. При пораженіяхъ клапановъ велосипеда запрещается; могутъ наступить тяжелыя расширенія сердца и появиться тахикардія.

Ожирѣвшихъ субъектовъ можно раздѣлить на 2 категоріи. Къ первой нужно причислить тѣхъ, которые страдаютъ одышкой; при всякомъ мышечномъ напряженіи у нихъ развивается прерывистость пульса и сердце расширяется. Эти субъекты ни въ какомъ случаѣ не должны пользоваться велосипедомъ. Для нихъ шведская гимнастика, массажъ гораздо лучше. Ко второй категоріи принадлежатъ субъекты, у которыхъ дѣятельность сердца совершенно нормальна. Они могутъ ѣздить на велосипедѣ, но ихъ сердце должно быть изслѣдуемо очень часто.

Относительно страдающихъ артеріосклерозомъ нужно тоже сказать, что и объ ожирѣвшихъ субъектахъ, тѣ, у которыхъ имѣются рѣзкія и распространенныя измѣненія, не имѣютъ права ѣздить на велосипедѣ, даже въ томъ случаѣ, если субъективныхъ симптомовъ страданія мало, или нѣтъ вовсе. При незначительномъ развитіи страданія можно позволить велосипедъ, но съ очень большой осторожностью.

Танцы, катанье на конькахъ запрещаются во всѣхъ заболѣваніяхъ сердца.

По Leusser'y (83) важно послѣдующее леченіе за ваннами до перехода къ обыденной жизни. Авторъ совѣтуетъ тихія, нѣсколько возвышенныя мѣста, защищенныя отъ вѣтровъ, гдѣ возможны прогулки безъ подъемовъ на горы.

M. Behrend (11) указываетъ напр. на Schwarzwaldkurort, очень подходящий для пребыванія послѣ Naueim'a, Kissingen'a и Marienbad'a.

Немаловажную роль въ механотерапіи болѣзней сердца играетъ по наблюденіямъ Mendelsohn'a (97) давленіе на область больного органа. Авторъ измѣнилъ аппаратъ Abbe такимъ образомъ, что по гипсовому отпечатку съ груди больного, онъ изготовляетъ пластинку, съ внутренней поверхности которой помѣщается резиновый баллонъ, который можетъ быть надуваемъ и прикладывается на сердце. Deschamps (29) устроилъ пелотъ трапецевидной формы, одна поверхность котораго вогнута; онъ удерживается эластическимъ поясомъ вокругъ груди и лентой черезъ лѣвое плечо. Аппаратъ этотъ долженъ быть наложенъ такъ, чтобы производить давленіе на область сердца; днемъ можно его снимать при покойномъ положеніи.

Показаніемъ къ примѣненію аппарата служить ослабленіе дѣятельности сердца, съ пониженіемъ артеріальнаго давленія. Если оно повышено, то употребленіе пелота не рационально. Впрочемъ Hellendal видѣлъ пользу при грудной жабѣ, при гипертрофіи сердца, сопровождающей циррозъ почекъ и т. д.

Siegfried (136) относительно примѣненія вибраціоннаго массажа пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Вибрація сердца должна производиться съ большой осторожностью, нѣжно и недолго.

2) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тахикардіи, міокардита и при расширеніяхъ сердца, вибрація является полезнымъ и субъективно пріятнымъ терапевтическимъ средствомъ для регулированія сердечной дѣятельности и облегченія сердцебиеній и dyspnoë.

3) Дѣйствіе вибраціи недолгое, скоропреходящее.

4) Примѣненіе вибраціи противопоказано при высокихъ степеняхъ артеріосклероза, при аневризмахъ, вообще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ слѣдуетъ избѣгать поднятія кровяного давленія.

5) Вообще примѣненіе вибраціи при сердечныхъ заболѣваніяхъ занимаетъ второстепенное мѣсто и только можетъ быть вспомогательнымъ средствомъ при примѣненіи другихъ способовъ леченія.

Въ статьѣ о механическомъ лѣченіи подкожной водянки и о химическомъ составѣ водяночныхъ жидкостей А. Бройде (16) приводитъ 15 исторій больныхъ, лѣченныхъ разнообразными приѣмами выпусканія отечной жидкости и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Механическое удаленіе отековъ при строгой асептикѣ вполне безопасно; 2) въ виду этого механическое лѣченіе подкожной водянки, благодаря его благотворному дѣйствію, заслуживаетъ широкаго распространенія и примѣненія; 3) чѣмъ раньше оно предпринимается, тѣмъ итоги его лучше; 4) изъ всѣхъ предложенныхъ способовъ механическаго удаленія водянки проще и безопаснѣе всего способъ Derio ¹⁾; по его совѣту

¹⁾ St. Petersburg. med. Woch. 1900.

дѣлается разрѣзъ кожи черезъ всю ея толщю, длиною въ 3—4 сант.; затѣмъ накладывается на мѣсто разрѣза особенно устроенный резиновый бинтъ; онъ имѣетъ 10 сант. въ ширину и 120 въ длину; въ 20 сант. отъ одного конца, въ сдѣланное въ бинтѣ отверстіе, впаяна плотно резиновая воронка съ діаметромъ въ 8 сант., которая, постепенно суживаясь на своемъ другомъ концѣ, принимаетъ видъ обыкновенной резиновой трубки. Остальная часть бинта почти до самой воронки раздѣлена на 2 части и играетъ роль обыкновенной повязки, служащей для укрѣпленія части бинта съ воронкою. Бинтъ этотъ накладывается такимъ образомъ, чтобы воронка находилась надъ мѣстомъ разрѣза и въ такомъ положеніи она укрѣпляется герметически и удерживается остальной частью бинта. Жидкость, просачивающаяся черезъ разрѣзъ, скопляется въ воронкѣ и течетъ въ трубку. Бинтъ оставляется до тѣхъ поръ, пока вытекаетъ жидкость.

Ewald (35) очень хвалитъ для уменьшенія отековъ вкалываніе труакаровъ, по длинѣ и толщинѣ равныхъ вязальнымъ спицамъ; одинъ ихъ конецъ оканчивается остриемъ и 6—8 боковыми отверстіями; на другой надѣвается каучуковая трубка, по которой жидкость стекаетъ въ подставленный сосудъ. Послѣ механическаго удаленія избытка водяночной жидкости, сердечные средства снова проявляютъ болѣе энергичное дѣйствіе, чѣмъ до прокола.

Проф. Пауэт (56) сообщилъ: «О показаніяхъ къ кровопусканію.»

Кровопусканіе показано въ случаяхъ, въ которыхъ грозитъ опасность жизни, вслѣдствіе разстройства кровообращенія, или вслѣдствіе токсеміи; таковы: острый отекъ легкихъ, главнымъ образомъ при болѣзняхъ большихъ сосудовъ и почекъ; нѣкоторые случаи отечной или застойной пневмоніи; нѣкоторые механическія разстройства кровообращенія при болѣзняхъ сердца или большихъ сосудовъ, болѣею частью при увеличенномъ артеріальномъ давленіи, но иной разъ и при ясно выраженной асистоли, при застойныхъ и геморрагическихъ формахъ остраго нефрита, при гипереміи мозга, кровоизліяніяхъ въ него; при остромъ уреміи; при послѣродовой эклампсіи; при отравленіи крови нѣкоторыми газами, главнымъ образомъ окисью углерода.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ кровопусканіе (отъ 300 до 500 куб. сент.) всегда хорошо переносится больными, (кромѣ дѣтей и стариковъ), даже тогда, когда больные очень анемичны, что часто бываетъ при уреміи и эклампсіи роженіищъ.

По мнѣнію Baginski'аго (7) кровопусканіе показано только при непосредственной опасности для жизни, а именно: 1) когда вслѣдствіе разстройства кровообращенія сердце становится недостаточнымъ; 2) когда существуетъ токсемія, кровопусканіе даетъ хорошіе результаты, также въ нѣкоторыхъ случаяхъ пневмоніи, капиллярнаго бронхита, бронхопневмоніи; при асистоли и уреміи; при судорожныхъ припадкахъ, вызванныхъ ядами. Nuchard—противъ кровопусканія при грудной жабѣ съ одышкой; по его мнѣнію, послѣдняя является результатомъ пораженія почекъ, въ сущности это уремія, и молочная діета улучшаетъ состояніе больного. Не нужно забывать, что больно-

му, страдающему грудной жабой, всегда угрожаетъ обморокъ; поэтому Huchard никогда не рѣшился бы прибѣгнуть къ флеботоміи, опасаясь смертельнаго syncope.

A. Robin (120) относительно кровопусканій приходитъ къ заключенію, что дѣйствіе кровопусканія на кровяное давленіе дѣлаетъ вполне законнымъ примѣненіе его при застояхъ крови у асистоликовъ, у больныхъ съ острымъ отекомъ легкихъ и при приливѣ крови къ мозгу и кровоизліяніи въ него.

Фармацевтическія средства.

Героинъ, морфій, вазомоторныя сердечныя средства и др.

Павинскій и Адельтъ (108) сдѣлали наблюденія надъ дѣйствіемъ героина при заболѣваніяхъ сердца. Они замѣтили, что лучшіе результаты отъ героина получались при недостаточности аорты (ревматическаго или атероматознаго происхожденія) и при артеріосклерозѣ при повышенномъ давленіи крови. При разстройствахъ въ маломъ кругу кровообращенія (при стенозѣ и недостаточности митрального клапана) героинъ оказывалъ мало пользы. Также мало пользы наблюдалось при боляхъ грудной жабы, но при невралгіяхъ отъ анакризмъ болсуютоляющее дѣйствіе было очень хорошее. Такое же вліяніе оказывалось при неврозахъ сердца. При болѣзняхъ мышцъ сердца героинъ обуславливалъ уменьшеніе кашля и одышки. На регуляцію сердечнаго ритма вліянія не было.

Показаніемъ къ употребленію героина авторы считаютъ: одышку, кашель, боли, парестезіи, безсонницу.

Начинаютъ пріемы средства съ 0,005 Heroini purificati—2—3 раза въ день. Для подкожнаго введенія употребляется 2% растворъ ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ шприца).

При ослабленіи сердечной дѣятельности при нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ особенно при гриппѣ G. Lemoine ¹⁾ хвалитъ подкожныя впрыскиванія морфія. При переполненіи кровью легкихъ, авторъ совѣтуетъ, кромѣ того кофеинъ (0,2—0,5).

Также L. Raab (115) считаетъ морфій прекраснымъ tonicum для сердца, если строго держаться вѣрной дозировки. Авторъ указываетъ на возбуждающее дѣйствіе средства у умирающихъ.

Сердечными средствами G. Rimo (124) называетъ тѣ лѣкарства, которыя, дѣйствуя на сердечную мышцу или иннервацию или на то и другое вмѣстѣ, измѣняютъ потенциальную и кинетическую энергію сердца, увеличивая механическую работу его. Средства эти дѣйствуютъ на мышцу (строфантинъ, эллеборинъ), на нервы (кофе-

¹⁾ Nord médic. 15 февраля.

инъ, спартеинъ) и на то и другое (дигиталинь, эритрофлеинъ, адонидинъ и конвалламаринъ).

Gottlieb (47) различаетъ сердечныя и вазомоторныя средства: къ послѣднимъ принадлежатъ: стрихнинъ, кофеинъ, камфора, вызывающія суженіе сосудовъ въ области п. splanchnici.

При параличѣ вазомоторнаго центра наблюдается переполненіе сосудовъ брюшной полости, безкровіе кожи, мозга и периферическихъ сосудовъ. Поэтому, пульсъ малъ, сердце наполняется плохо. Такого рода состоянія наблюдаются при отравленіяхъ наркотическими веществами и въ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Сердечныя средства здѣсь не могутъ принести пользы, потому что всѣ явленія зависятъ не отъ слабости сердца. Здѣсь приложимы средства вазомоторныя.

Изъ сердечныхъ средствъ, поднимающихъ упавшую дѣятельность сердца, чѣмъ возобновляется болѣе правильное распредѣленіе крови, важнѣйшее — на перстянка.

На международномъ съѣздѣ врачей въ Парижѣ, Joapin (67) слѣлалъ докладъ, въ которомъ задался цѣлью выяснитъ причины непостоянства дѣйствія средства. Это можетъ зависѣть отъ слѣдующихъ причинъ: 1) отъ употребленія плохихъ препаратовъ, качествомъ которыхъ зависить отъ различнаго состава наперстянокъ, смотря по времени и мѣсту ихъ сбора, способу высушиванія и отъ фальсификацій; 2) отъ употребленія препаратовъ, обозначаемаыхъ различными именами, якобы содержащихъ дѣйствующія начала наперстянки и полученныхъ самыми разнообразными способами; 3) отъ обозначенія различныхъ препаратовъ однимъ и тѣмъ же именемъ.

Въ виду измѣчивости состава различныхъ частей этого растенія и въ виду разнообразія причинъ, вызывающихъ эту измѣчивость, докладчикъ предложилъ: 1) установить контроль листьевъ находящейся въ продажѣ наперстянки для того, чтобы аптекари получали продуктъ уже опредѣленный, 2) принять строгій *modus faciendi* для получения такихъ галеновыхъ препаратовъ, въ которыхъ физиологическія свойства наперстянки были бы сохранены; препараты эти должны подвергаться такому же строгому контролю, какъ и само растеніе.

Физиологическое дѣйствіе наперстянки по мнѣнію Leusier-Bruntop'a (82) сказывается на сердцѣ, на сосудахъ и на выдѣленіи мочи.

Дѣйствіе ея на сердце слѣдующее: благодаря ея стимулирующему вліянію на корешки блуждающаго нерва у млекопитающихъ, она замедляетъ ритмъ сердца, усиливаетъ систолическое сокращеніе сердечной мышцы и увеличиваетъ расширеніе ея во время диастолы. Послѣднія два явленія вызываются дѣйствіемъ наперстянки на мускулатуру сердца.

Она суживаетъ периферическіе сосуды и уменьшаетъ въ нихъ такимъ образомъ быстроту кровообращенія. Все это повышаетъ кровяное давленіе.

Увеличеніе выдѣленія желчи, вызванное наперстянкой, обязано главнымъ образомъ повышенію давленія крови.

Наперстянка вызываетъ сокращеніе мелкихъ артерій почекъ скорѣе, чѣмъ какихъ либо другихъ сосудовъ организма. Сокращеніе это можетъ дойти до того, что отдѣленіе мочи приостанавливается, несмотря на то, что общее кровяное давленіе повышено.

Когда кровяное давленіе очень повышено, нельзя ожидать отъ наперстянки мочегоннаго дѣйствія. Наоборотъ, если давленіе это понижено, наперстянка можетъ служить мѣстнымъ анестезирующимъ средствомъ, но она можетъ также вызвать и болевые явленія. Такимъ образомъ ее можно причислить къ ряду средствъ, названныхъ Liebreich'омъ—*anaesthetica dolorosa*.

Въ большихъ дозахъ наперстянка производитъ раздраженіе желудка. Она обязана такимъ дѣйствіемъ дигиталину, дигиталину и дигитоксину. Дѣйствіе этихъ трехъ веществъ почти одинаковое и отличается только по степени.

Наперстянка и ея дѣйствующія начала употребляется главнымъ образомъ при недостаточности двустворки, вызванной пораженіемъ клапановъ, или расширеніемъ желудочка.

При недостаточности аорты наперстянка или остается безъ дѣйствія, или даже вредна при полной компенсаціи; наоборотъ, если компенсаціи нѣтъ, она очень полезна.

Если давленіе крови очень повышено, употребленіе наперстянки можетъ быть вредно, такъ какъ она еще больше его повышаетъ, и можетъ такимъ образомъ вызвать припадки грудной жабы и кровоизліяніе въ мозгъ. Выстъ съ Zunncliffe докладчикъ изслѣдовалъ причины повышенія кровяного давленія послѣ употребленія наперстянки. Опыты докладчиковъ подтверждаютъ выводы Bezold'a, доказывающіе, что кровяное давленіе менѣе быстро понижается послѣ перѣзки спинного мозга, чѣмъ при нормальномъ состояніи. Работы докладчиковъ объясняютъ, какимъ образомъ артеріальное давленіе остается повышеннымъ при ускоренной и неправильной дѣятельности сердца, т. е. при сердцѣ, которое выгоняетъ меньше крови и которое при этомъ, вслѣдствіе усиленнаго давленія, работаетъ больше, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Н. Einhorn (31) назначаетъ наперстянку во всѣхъ случаяхъ, когда появляется слабость сердца, которая лучше опредѣляется выстукиваніемъ сердца, чѣмъ сфигмографомъ. Если слабости сердца нѣтъ, то *digitalis* неумѣстенъ даже въ томъ случаѣ, если пульсъ будетъ частъ, или аритмиченъ. У нефритиковъ и страдающихъ артерioskлерозомъ показаніемъ для употребленія средства служитъ паденіе кровяного давленія.

Наперстянка служитъ тогда могучимъ средствомъ противъ застоевъ въ аппаратѣ кровообращенія, произошли ли они отъ заболѣванія міокарда, страданія клапановъ (все равно будутъ ли это пороки двустворки или аорты) или отъ измѣненія вѣнечныхъ артерій. То же самое нужно сказать про застой при хлорозѣ и другихъ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ.

Застой, по наблюденіямъ Sahli (127) образуются 1) при недостаточности сердечной систолы, или при механическихъ препятствіяхъ для діастолы.

2) Дыхательные застои—при заболѣваніяхъ дыхательныхъ путей и выпотахъ въ плеврѣ, въ зависимости отъ поражений сердца.

3) Вазомоторные застои—отъ паралича мельчайшихъ сосудовъ большого круга кровообращенія.

5) Застой въ области развѣтвленія *p. splanchnici* въ зависимости частью отъ сердца, частью отъ первичнаго расширенія сосудовъ.

При всѣхъ указанныхъ формахъ застоя наперстянка полезна и тѣмъ, что она нарушаетъ *circulus vitiosus*, состоящій въ томъ, что сердце при застоѣ не можетъ оправиться само собою, такъ какъ оно само страдаетъ отъ этого застоя. *Digitalis* принуждаетъ сердце къ сильной работѣ и своимъ диуретическимъ дѣйствіемъ значительно повышаетъ кровообращеніе въ вѣнечныхъ артеріяхъ.

Наперстянка бесполезна при тѣхъ застояхъ, которые авторъ называетъ эссенціальными, т. е. которые зависятъ не отъ слабости сердца, а отъ зашедшихъ впередъ пороковъ клапановъ. Въ этихъ случаяхъ повышеніе работы сердца ничего не можетъ сдѣлать для болѣе правильнаго распредѣленія крови.

Высокое артеріальное давленіе не можетъ служить, по мнѣнію Sahli, противопоказаніемъ для назначенія наперстянки. Авторъ видалъ при назначеніи средства не повышеніе давленія, котораго нужно было ждать, а паденіе.

Raab (115) подчеркиваетъ неэффективность наперстянки при параличѣ *vagus'a* (при частомъ сердцебиеніи).

Далѣе, дигиталисъ неэффективенъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ разстройство сердечной дѣятельности зависитъ отъ усиленной раздражительности блуждающаго нерва (при брадикардіи и аритміи), если при этомъ нѣтъ признаковъ застоя.

Sahli (127) выяснилъ, что дѣйствіе наперстянки зависитъ отъ дозъ: большія оказываютъ вліяніе на систолу и діастолу, а малыя на одну только систолу.

H. Einhorn (31) рекомендуетъ давать листья наперстянки и большія дозы средства 0,5—0,7—въ сутки, продолжать до начала дѣйствія и повторять не ранѣе, какъ черезъ 10 дней. Можно выписывать на продолжительное время малыя дозы (0,1—0,2 *pro die*) и очень маленькія (0,05—0,1 *pro die*). Такимъ назначеніемъ достигается тонизирующее вліяніе на мышечный аппаратъ сердца, причемъ интоксикаціи отъ средства не наступаетъ.

Относительно вопроса о кумулятивномъ дѣйствіи наперстянки Sahli (127) держится взглядовъ Kussmaul'я и Grödel'я. Продолжительное употребленіе дигиталиса несомнѣнно сохранило жизнь очень многимъ субъектамъ.

Schwarzenbeck (134) сообщилъ о результатахъ дѣйствія діализата изъ *digitalis grandiflora*. Это средство давалось

по 20 капель *pro dosi* и 60—80 капель *pro die*. Преимущественно авторъ испытывалъ средство это на хроникахъ, страдавшихъ порокомъ сердечныхъ клапановъ, перерожденіемъ сердца, общимъ артеросклерозомъ и склерозомъ вѣнечныхъ артерій, эмфиземой съ хроническимъ бронхитомъ. *Digitalis grandiflora* оказалась вполне однородной съ *digit. purpurea*, дѣйствіе же ея, пожалуй, даже быстрѣе. Авторъ совѣтуетъ, по наступленіи желаемого дѣйствія, отмигнуть дальнѣйшее употребленіе средства, такъ какъ, по его наблюденіямъ, долгое примѣненіе наперстянки не представляетъ для больного никакой выгоды.

Wenzel (154) о діализатѣ дигиталиса говоритъ, что это сложное соединеніе представляетъ превосходное сердечное средство и гарантию равномернаго состава. Оно стоитъ выше всѣхъ препаратовъ дигиталиса, исключая дигитоксина Merk'a. Примѣненіе этого послѣдняго, несмотря на предупрежденіе Schmidberg'a, можно считать вполне безопаснымъ для больныхъ въ видѣ таблетокъ, введенныхъ Unverricht'омъ ($\frac{1}{4}$ mg. *pro dosi* 4 раза въ день по таблеткѣ—3 дня.) По изслѣдованіямъ цѣлаго ряда авторовъ дигитоксинъ дѣйствуетъ, какъ *cardiacum* даже тогда, когда уже всѣ средства оказываются неэффективными, даже часто примѣняемая настойка изъ дигиталиса, въ которую, впрочемъ, дигитоксинъ почти не переходитъ вслѣдствіе своей трудной растворимости въ водѣ. Блестящіе результаты даетъ подкожное введеніе дигитоксина.

Н. В. Вершининъ (78) сообщаетъ, что въ клиникѣ Томскаго Университета при некомпенсированныхъ сердечныхъ порокахъ испытывалось новое средство—периплоцинъ; средство это при подкожномъ его введеніи оказалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ могущественнымъ, и не разъ помогало тамъ, гдѣ другія сердечныя средства не дѣйствовали; хорошіе итоги периплоцину далъ и при жирномъ сердцѣ съ отеками и общимъ ожирѣніемъ. Средство впрыскивалось по 0,0006; обыкновенно достаточно было 7 впрыскиваній.

Камфора, по мнѣнію Gottlieb'a (47) дѣйствуетъ не только черезъ вазомоторы косвенно на сердце, но непосредственно увеличиваетъ его возбудимость, его восприимчивость къ раздраженіямъ. На нормальное сердце камфора не дѣйствуетъ.

По наблюденіямъ Raab'a (115) особенно хорошо дѣйствуютъ большія дозы камфоры (1,0 *pro die*).

Кромѣ вазомоторнаго вліянія, коффеинъ по мнѣнію Gottlieb'a (47) дѣйствуетъ на сердце непосредственно. Очень хорошее вліяніе средство это оказываетъ при болѣзняхъ сердца съ высокимъ давленіемъ въ аортѣ. Дѣйствія нѣтъ на здоровое сердце при нормальномъ кровяномъ давленіи.

По наблюденіямъ Sahli (127) коффеинъ дѣйствуетъ на систолу сердца. Очень полезно средство при застояхъ, зависящихъ отъ расширителей сосудовъ.

Алкоголь по мнѣнію Gottlieb'a (47) и Sahli (127) не дѣйствуетъ прямо на сердце. Косвенно же тѣмъ, что понижаетъ препятствія для опорожненія лѣваго желудочка, при высокомъ артериальномъ давленіи, благодаря расслабленію сосудовъ.

Д-ръ Zajaczkowski (158) пробовалъ примѣнять въ 3-хъ случаяхъ некомпенсированной недостаточности двусторонней, въ составѣ мочегоннаго гидрогенина, въ составъ котораго входятъ: настойка наперстянки (10%), настойка строфанта (16 $\frac{2}{3}$ %), спиллипокринъ, спиллитоксинъ и оксисапонинъ. Онъ назначалъ чрезъ 1—2 часа по 10—15 капель гидрогенина (въ 36 часовъ больной получаетъ 1,5 грм. настойки наперстянки и 2,5 грм. настойки строфанта). Авторъ убѣдился, что этотъ препаратъ не представляетъ никакихъ преимуществъ передъ старыми, испытанными мочегонными средствами; онъ не дѣйствовалъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ дигиталисъ и строфантъ были бесполезны.

И. М. Левашовъ (30) изслѣдовалъ вліяніе на кровяное давленіе подкожнаго впрыскиванія эфирной настойки валеріаны.

Тотчасъ послѣ впрыскиванія отдѣльныя пульсовыя волны повышаются, а затѣмъ и вся кривая довольно быстро поднимается; въ это время пульсовыя волны выражены плохо, высота ихъ неодинакова, вторичныя волны едва замѣтны. Въ дальнѣйшемъ, высота линіи кривой остается та же, но волны становятся болѣе правильными.

Чрезъ 8 мин. послѣ впрыскиванія, вся линія кривой постепенно понижается, пульсовыя волны учащаются и высотой превышаютъ предыдущія, вторичныя волны отодвигаются снова къ основанію; вся кривая постепенно пріобрѣтаетъ начальный свой видъ. Оцѣнивая кровяное давленіе по этимъ кривымъ, можно сказать, что подкожное впрыскиваніе эфирной настойки валеріаны очень быстро повышаетъ его, причемъ повышеніе это держится короткое время, затѣмъ давленіе постепенно возвращается къ нормѣ. Вѣроятно, средство это, какъ возбуждающее сердечную дѣятельность, дѣйствуетъ только эфиромъ и потому для болѣе длительного возбужденія ея едва ли примѣнимо.

Леченіе заболѣваній сердца.

Наблюдая за 500 сл. острымъ ревматизмомъ, Caton (19) выработалъ слѣдующія мѣропріятія для предотвращенія развитія острого эндокардита. При ревматизмѣ во внутрь давались салициловыя препараты, мѣстно ставились на область заболѣвшихъ суставовъ мушки.

Больные, у которыхъ начинался эндокардитъ, помѣщались въ постель на 6 недѣль, причемъ никогда не назначалось сердечныхъ средствъ, такъ какъ они, по наблюденіямъ автора, приносятъ только вредъ.

Кромѣ постельнаго положенія, желательное условіе для успѣшнаго леченія—мѣстное примѣненіе мушекъ въ области между лѣвой ключицей и соскомъ, и іодистый натръ, въ небольшихъ количествахъ.

При такого рода леченіи, изъ 61 больного съ эндокардитомъ выздоровѣли 41; у 20 оказался порокъ клапановъ. У 31 больного эндокардитъ сталъ развиваться въ больницѣ, выздоровѣли 28.

Очень желательно воздержаніе отъ тяжелой мышечной работы, по выпискѣ изъ больницы, по крайней мѣрѣ въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ.

Young (157) рекомендуетъ мушки при остромъ эндокардитѣ и также прописываетъ іодистый натръ. Очень хорошіе результаты получаются отъ этого леченія, если оно начинается въ теченіе 2—3 недѣль по заболѣваніи.

C. Boscaloglu (6) при эндокардитѣ рекомендуетъ не мушки, но сухія и кровососныя банки. По наблюденіямъ автора хорошо дѣйствуетъ пузырь со льдомъ на область сердца. Ванны холодныя неудобны.

А. Ф. Эккертъ (165) при относительной недостаточности трехстворчатой заслонки настаиваетъ на безусловной необходимости полного покоя у такихъ больныхъ и столь же строгого ограниченія количества вводимой жидкости. Больные должны лежать въ постели до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ слѣды водянки и не упорядочится, сколько возможно, дѣятельность сердца—приблизительно 2—3 недѣли. Всякаго рода занятія, прогулки по палатѣ, по комнатѣ, во все это время должны быть такимъ образомъ, безусловно воспрещены или ограничены до минимума. Назначается строгая молочная діета: въ первые 4—7 дней больной не получаетъ ничего, кромѣ молока, причемъ въ началѣ количество его ограничивается однимъ литромъ въ сутки. До тѣхъ поръ, пока есть водянка, такое скудное питаніе обыкновенно вполнѣ удовлетворяетъ больныхъ и они вовсе не жалуются ни на голодъ, ни на жажду. Черезъ нѣсколько дней количество молока увеличивается до $1\frac{1}{2}$ —2 литровъ. Нѣтъ никакой нужды назначать его въ большихъ пріемахъ. Кромѣ молока, больной въ первое время не получаетъ никакой ни жидкой, ни плотной пищи, за исключеніемъ, быть можетъ, нѣсколькихъ сухарей; всякое питье (чай, вода и проч.) безусловно воспрещается. Надо еще прибавить, что заявленія больного о томъ, что онъ не переноситъ молока, въ виду бывающихъ при его употребленіи разстройствъ кишечника (поносъ, запоръ), обыкновенно не служатъ противопоказаніемъ: именно при исключительно молочной діетѣ, когда въ желудокъ не вводится никакой другой пищи, молоко переносится хорошо, даже тѣми, которые прежде при смѣшанной молочной діетѣ переносили его худо; часто вначалѣ появляется лишь небольшое вздутіе живота, которое затѣмъ проходитъ. Другое дѣло, отвращеніе къ молоку, преодолѣть которое конечно, не всегда легко. Иногда удается скрыть вкусъ молока нѣсколькими чайными ложками кофе, или чая. Молоко дается сырое или кипяченое, теплое или холодное, по вкусу больного. Остающійся тягостный дурной вкусъ во рту послѣ молока уменьшается отъ полосканій рта щелочной водой (напр. Vichy). Исключительно молочная діета продолжается 10 дней—2 недѣли, послѣ чего больной осторожно переходитъ на смѣшанную молочную. Употребленіе молока, конечно, желательно продлить, сколько можно.

Что касается лекарственнаго леченія, то здѣсь наиболѣе надежнымъ и замѣннымъ особенно въ то время, когда со всею строгостью проводится молочное леченіе и больной лежитъ въ постели,—являет-

ся наперстянка. При этихъ именно условіяхъ обнаруживается во всей полнотѣ ея могучее мочегонное дѣйствіе. Назначаютъ сравнительно въ большихъ приемахъ (въ настоѣ 0,5 на 100,0), и въ теченіе долгаго времени, причемъ вначалѣ, при частомъ пульсѣ и полной картинѣ разстройства уравниовѣшиванія, каждыя 2 часа по столовой ложкѣ; впослѣдствіи, когда пульсъ становится рѣже и доходитъ до 80—70 въ минуту, ее принимаютъ рѣже, но за то иногда, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ съ перерывами, чтобы поддержать сердце въ его относительно хорошемъ состояніи; болѣе удобно назначать наперстяку въ формѣ пилюль, особенно съ малыми количествами хинина (травы наперстянки въ порошокъ и солянокислаго хинина по 1,0, вытяжки валеріаны, сколько нужно, чтобы вышло 20 пилюль) по 1 пилюль 3 раза въ день (д-ръ Кернигъ). Нужно сказать, что дѣйствіе наперстянки существенно различно, примѣнять ли ее у сердечнаго больного, не имѣющаго недостаточности трехстворчатой заслонки, или имѣющаго ее: при относительной недостаточности трехстворчатой заслонки наперстянка дѣйствуетъ гораздо медленнѣе, усиленіе мочеотдѣленія наступаетъ позже и выражается слабѣе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она дѣйствуетъ лишь весьма кратковременно.

Диуретинъ оказываетъ также немаловажную услугу, какъ и горичвѣтъ. Далеко ниже дѣйствіе кофеина и строфанта; отъ послѣдняго, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ обычныхъ количествахъ, въ которыхъ онъ чаще всего дается (5 капель настойки на приемъ), не наблюдается въ случаяхъ недостаточности трехстворчатой заслонки хорошаго дѣйствія. Тоже можно сказать и о каломели.

Къ сожалѣнію, достигаемое улучшеніе дѣятельности сердца и всѣхъ припадковъ разстройства уравниовѣшиванія весьма непрочно: разъ больной возвращается къ прежней жизни, ходитъ, работаетъ, начинаетъ больше вводить жидкости, и прекращается дѣйствіе наперстянки—снова выступаютъ съ досадной быстротой явленія слабости сердца.

При сердечныхъ циррозахъ по наблюденіямъ С. В. Левашева (81) брюшная водянка большею частью не поддается обычно примѣняемымъ противъ нея мѣрамъ, такъ какъ состояние больныхъ обыкновенно при этомъ настолько тяжело, что удовлетвореніе даже жизненнаго показанія требуетъ немедленно подачи имъ самой быстрой и энергической помощи. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно приходится прибѣгать уже къ единственному надежному, при данныхъ обстоятельствахъ и достаточно скорому пособію—именно къ искусственному удаленію асцитической жидкости изъ организма посредствомъ прокола живота. Это ведетъ за собой значительное объективное улучшеніе состоянія больныхъ, поднятіе сердечной дѣятельности, улучшеніе кровообращенія и повышеніе диуреза, но обыкновенно не надолго, почему приходится прибѣгать къ фармацевтическому леченію. Послѣднее состоитъ въ примѣненіи сердечныхъ и мочегонныхъ средствъ, которыя теперь послѣ удаленія части жидкости изъ брюшной полости, часто начинаютъ оказывать опять свое обычное болѣе, или менѣе сильное дѣйствіе. Особенно выдающимся успѣхомъ сопровождалось употребле-

ніе въ достаточныхъ приемахъ (0,6 до 1,0 на приемъ, отъ 4 до 8 разъ въ день, въ порошкахъ или растворѣ), натро-салицилового теоброминна. Въ другихъ случаяхъ рѣзкаго улучшения больныхъ удавалось достигнуть тщательно проведеннымъ по извѣстнымъ правиламъ лѣчениемъ молокомъ. Наоборотъ каломель—незамѣнимое средство при венозныхъ Лаэнгесовскихъ циррозахъ—не давалъ при сердечныхъ циррозахъ ни при назначеніи его *per se*, ни въ столь популярной въ настоящее время смѣси съ наперстянкой особенно благоприятныхъ результатовъ; напротивъ, примѣненіе его иногда вызывало такой значительный упадокъ силъ, что приходилось немедленно прерывать лѣчение имъ.

Приведенными мѣрами при соответственной діетѣ иногда удается довольно долго, нѣсколько недѣль или даже мѣсяцевъ—поддерживать компенсацію, но черезъ тотъ или другой промежутокъ времени, не смотря на продолжающееся лѣченіе, обыкновенно снова начинается мало по малу увеличиваться скопленіе жидкости въ брюшной полости, болѣе или менѣе быстро асцитъ опять доходить до прежнихъ размѣровъ съ тѣми же тяжелыми послѣдствіями, приходится прибѣгать вторично къ проколу живота. Тогда снова наступаетъ на болѣе или менѣе долгое время періодъ благосостоянія, заканчивающійся спустя нѣкоторый промежутокъ опять образованіемъ большого асцита, вынуждающимъ произвести въ 3-й разъ парацентезъ и т. д.

При такомъ способѣ лѣченія удается поддерживать больныхъ въ относительно порядочномъ состояніи по нѣскольку мѣтъ, и встрѣчались больные, у которыхъ искусственное удаленіе асцита производилось по 2—3 десятка разъ и которые настолько осваивались съ подобнымъ лѣченіемъ, что по истеченіи извѣстнаго времени сами настойчиво указывали врачу на необходимость повторить парацентезъ и упорно отказывались отъ всякихъ другихъ мѣръ.

При лѣченіи сердечнаго удѣшья по наблюденіямъ I. Doazan'a (36) нужно прежде всего заботиться о предупрежденіи приступовъ, устранить почечную недостаточность и препятствовать самоотравленію; для этого лучшее средство—молочная діета. Изъ лѣкарственныхъ средствъ заслуживаютъ вниманія сосудорасширяющія, облегчающія работу сердца—нитроглицеринъ, тетранитроль, мочегонныя и сердечныя—наперстянка и теоброминъ. При существованіи желудочныхъ расстройствъ слѣдуетъ избѣгать всякаго раздраженія желудка; раздражительность дыхательнаго центра въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть устранена небольшими приемами хлораль-гидрата. Лѣченіе самихъ приступовъ, не соединенныхъ съ отекомъ легкихъ состоитъ въ впрыскиваніи морфія, камфоры, эфира и кофеина. При отекахъ легкихъ необходимо кровопусканіе, сильныя отвлекающія на грудь и спину и также эфиръ и камфора подъ кожу.

C. Ewald (35) описываетъ способъ лѣченія подъ-острой слабости сердца, развившейся при недостаточности митрального клапана у одного 62 л. субъекта. Появились диспептические расстройства и отеки ногъ, пульсъ сталъ неправильнымъ, мягкимъ, въ 120—140 въ минуту. Безсонница не устранялась ни кодеиномъ, ни героиномъ. Подкожныя впрыскиванія морфія дали больному значитель-

ное облегчение, вызвали сонъ, повысили аппетитъ, улучшили настроеніе больного, но объективныя данныя не уменьшились, а прогрессировали, отеки съ ногъ распространились на животъ, съ кашлемъ стала выдѣляться кровавая мокрота. Состояніе больного казалось безнадежнымъ. Тогда были вставлены въ отечныя голени труакары Ewald'a, во внутрь больной, кромѣ морфія, получала *fol. digitalis* 0,1, *diuretini* 1,0 на приемъ—3 раза въ день.

Морфій продолжали давать 9 мѣсяцевъ, явленій морфинизма не развилось.

Больной поправился; остались систолическій шумъ въ верхушкѣ, увеличеніе сердца вѣѣво и разлитой сердечный толчекъ.

John L. Heffron (57) нарушеніе компенсаціи сердца совѣтуетъ лѣчить такимъ образомъ: необходимо по возможности уменьшить работу сердца покойнымъ положеніемъ въ постели, и уменьшить количество крови. Для этого послѣдняго только иногда можетъ потребоваться кровопусканіе, но слѣдуетъ вводить послабляющія вещества какъ каломель и горькія соли. Количество вводимыхъ жидкостей должно быть строго ограничено. Раздражительность сердечныхъ нервовъ должна быть понижена напр., морфіемъ, кодеиномъ, героиномъ. Чаше всего авторъ употреблялъ экстрактъ индѣйской конопля, и только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ онъ не дѣйствуетъ, назначаетъ вышеуказанныя средства.

Регулированіе діеты очень важно. Все, что дѣйствуетъ на сердце и почки должно быть запрещено.

Если нарушенія компенсаціи зашли далеко, такъ что наступило водяночное накопленіе, то жидкость должна быть удалена. Въ болѣе легкихъ случаяхъ—воздушныя горячія ванны, слабительныя и дигиталисы, или, если онъ противопоказанъ, кофеинъ. Если это не помогаетъ, то слѣдуетъ слѣлать наколы на кожѣ.

Кромѣ этого, авторъ систематически назначаетъ вдыханіе кислорода и заставляетъ дѣлать по 15 глубокихъ вдыханій.

При остро наступившей слабости сердца должно давать не дигиталисы, а нитроглицеринъ, алкоголь, стрихнинъ.

Острый миокардитъ представляетъ нерѣдкое и всегда серьезное осложненіе при острыхъ лихорадочныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, особенно при тифѣ, дифтеріи, пневмоніи, инфлюэнцѣ. Клинически его не всегда легко отличить и особенно трудно выявить, заболѣлъ ли только миокардій, или же также перикардій и клапаны.

На основаніи многочисленныхъ клиническихъ и патологическихъ наблюденій надъ миокардитами, R Beverley (12) выработалъ себѣ слѣдующій планъ лѣченія. Особенно серьезно это осложненіе при крупозной пневмоніи. Здѣсь съ одной стороны требуется укрѣпить мускулатуру сердца, съ другой уменьшить вредную силу токсиновъ. Для перваго авторъ совѣтуетъ стрихнинъ повторными большими дозами, для втораго вдыханія креозота. Онъ остерегается отъ употребленія дигиталиса и строфанта. Для возбужденія дѣятельности

сердца хороша іодистый калий. Авторъ примѣнялъ съ успѣхомъ чер- ный кофе внутрь, или въ видѣ клизмъ. Въ противоположность дру- гимъ, онъ не совѣтуетъ употреблять холодъ при лихвомоніи, такъ какъ при ослабленномъ сердцѣ менѣе пригодны сильныя раздражающія, какъ ледъ и холодная вода—болѣе же успокаивающія средства, какъ теплыя обертыванія, припарки и т. п.

При миокардитѣ, развивающемся при тифѣ С. Vasalogli (6) не примѣняетъ холодныхъ ванъ, разъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда общіе симптомы тяжелы, имѣется опасность отъ гипердерміи, а явле- нія со стороны сердца незначительны. Съ тѣмъ вмѣстѣ слѣдуетъ употреблять тоническія и укрѣпляющія сердца средства. Наперстянка дѣйствуетъ какъ на сердце, такъ и на сосуды и повышаетъ кровя- ное давленіе. Авторъ рекомендуетъ маленькія дозы этого средства. Дѣйствіе его наступаетъ медленно. Часто хорошія услуги оказываетъ кофеинъ (подкожныя инъекціи), который слѣдуетъ повторять много разъ въ виду скоро-проходящаго дѣйствія. При нѣкоторыхъ условіяхъ умѣстны *spartein*, *ergotin*, инъекціи соляного раствора.

При коллапсѣ—ванны абсолютно противопоказаны; рекомендуются обертыванія; камфора, эфиръ и стрихнинъ подъ кожу. Иногда при та- комъ леченіи даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ наступаетъ исцѣленіе. Hirsch (61) рекомендуетъ лицамъ съ слабыми мышцами не слиш- комъ энергическое леченіе, предупрежденіе дальнѣйшаго скопленія жира и всевозможныя упражненія для сердца (по общимъ методамъ). Лицамъ съ сильными мышцами, въ виду наличности серіозныхъ ана- томическихъ измѣненій, авторъ требуетъ полного покоя, устраненія причины, гдѣ она извѣстна, при страданіяхъ вѣнечныхъ артерій—наз- наченія іода.

При жирно-перерожденномъ сердцѣ, кромѣ леченія гимнастикой и ваннами, Satterthwaite (131) совѣтуетъ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ наступаетъ сильное и внезапное затрудненіе дыханія и тоска примѣнять нитриты. Онъ съ успѣхомъ даетъ въ началѣ при- ступа одну капсулу, содержащую слѣдующую смѣсь: 0,012 *Mentholi*, по 0,0005 *Nitroglycerini et oleoresin. capsic.* въ 10 капляхъ кастороваго масла.

Раны сердца. Б. М. Шапошниковъ (162) проводитъ мысль, что раны сердца не безусловно смертельны. Опыты надъ жи- вотными показали, что можно совершенно безнаказанно оперировать надъ сердцемъ и что наложеніе швовъ на раны сердца даетъ хорошіе результаты. По мнѣнію докладчика и многихъ приводимыхъ имъ авто- ровъ, добытые въ этомъ направленіи результаты опытовъ надъ серд- цемъ животнаго можно отнести и къ сердцу человѣка.

Б. М. Шапошниковъ привелъ изъ своей практики случаи, когда уколы сердца не только не приносили больнымъ никакого вреда, но, наоборотъ, возбуждали сердечную дѣятельность. Изъ статистическихъ данныхъ видно, что самый большой % смерти даютъ огнестрѣльныя раны, самый меньшій—колотыя. Рядъ цифръ указываетъ также, что раны лѣваго желудочка менѣе опасны, чѣмъ праваго. Раны предсер- дій безусловно смертельны.

Также Villar (147), на основаніи опытовъ надъ животными, зашиваніе ранъ сердца у человѣка считаетъ нормальнымъ приѣмомъ. Для этого, въ стѣнкѣ груди дѣлають 4-хъ угольный лоскутъ, обработанный основаніемъ кнаружи; внутренняя его граница проходитъ около лѣваго края грудины, верхняя—по верхнему краю 3-го ребра, нижняя по 6 межреберью, наружная по аксиллярной линіи. По внутреннему краю перерѣзываютъ 3, 4—5 и 6 ребра; по наружному 3 и 6-ое, а 4 и 5 надламываютъ; лоскутъ отворачиваютъ кнаружи. При этомъ обнажается все сердце; поднимая его за верхушку можно осмотрѣть и заднюю его поверхность.

Parlavescchio (106) демонстрировалъ субъекта, у котораго 2 года и 9 мѣсяцевъ тому назадъ, 8 часовъ спустя послѣ пораненія ножомъ, были наложены швы на сердце. Рана на лѣвомъ желудочкѣ была $3\frac{1}{2}$ сант. длины, имѣла форму римской цифры V и авторъ приписываетъ эту форму не повороту ножа, а сокращенію сердца во время пораненія, причѣмъ сердце само порѣзалось о воткнутый ножъ. Наложено было 4 шва послѣ резекціи реберъ и расширенія раны въ сорокъ. Заживленіе наступило первымъ натяженіемъ. Съ тѣхъ поръ пациентъ занимается по прежнему и не избѣгаетъ тяжелой работы.

Второй случай выздоровленія отъ раны желудочка послѣ шва сердца описываетъ Ninni (104). Онъ приводитъ изъ литературы 10 случаевъ выздоровленія изъ 30, гдѣ были раны сшиты.

Кромѣ того, имѣются сообщенія о наложеніи швовъ на сердце Luscia (91), Nietert'a (103) Otto Walcker'a (151) и Heinrich's Zulehner'a (160). Случаи эти окончились летально.

Первый—сообщилъ о рѣзаной ранѣ, длиною въ 3 цент. у 37 л. субъекта въ 4 межреберьѣ, на 3 пальца кнаружи отъ лѣваго края грудины. Черезъ 42 ч. послѣ наложенія швовъ наступила смерть. Рана оказалась въ правомъ желудочкѣ длиною въ 2 сант.

Второй—описалъ рану длиною въ $\frac{3}{4}$ дюйма въ 4 межреберьѣ у праваго края грудины. Поранена была стѣнка праваго желудочка; рана была длиною $\frac{1}{2}$ дюйма. Она была зашита. Смерть наступила черезъ 33 часа.

Otto Walcker сообщилъ о 2-хъ случаяхъ. Въ первомъ оказалось въ области сердца 20 колотыхъ ранъ; въ сердцѣ самомъ 8; изъ нихъ 2 проникли въ полость сердца. Больной умеръ черезъ 34 ч. послѣ операціи. Во второмъ у 53 л. субъекта, при ранѣ праваго желудочка, сдѣлана резекція 4—7 реберныхъ хрящей. Послѣ наложенія швовъ смерть черезъ $\frac{3}{4}$ часа. Zulehner видѣлъ случай колотой раны, длиною въ 2 сант въ правомъ желудочкѣ у 35 л. лавочника. При наложеніи шва, шелкъ прорывалъ мышцу; рана увеличивалась при попыткахъ остановить кровотеченіе. Мышца сердца оказалась въ высшей степени разрыхленной.

Pagenstecher (105) сообщилъ о случаѣ перевязки поврежденной вѣнечной артеріи сердца, у 30 л. субъекта. Оперативное вмѣшательство, само по себѣ, предпринятое для остановки кровотеченія, выполнило свою задачу, но больной погибъ черезъ 4 дня послѣ раны—отъ гнилостной.

Reichard (118) сообщаетъ о двухъ случаяхъ перикардита изъ госпиталя Августа въ Берлинѣ. Перикардитъ одинъ былъ первичный, гнойный, возникшій на почвѣ травмы, а другой серозный, переходящій въ гнойный экссудатъ послѣ суставного ревматизма, resp. инфлюэнцы. Оба случая излечены широкимъ вскрытіемъ сердечной сорочки послѣ предварительной резекціи ребра.

Лечение заболѣваній артерій.

Лучшимъ сосудорасширяющимъ средствомъ Nischard (64) считаетъ тетранитратъ ErythroRa, или тетранитроль. Его даютъ по 0,01—0,03 до 0,06—0,08 въ сутки; всего лучше въ лепешкахъ, такъ какъ онъ въ водѣ нерастворимъ. Дѣйствіе его проявляется черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа послѣ приема и длится 4—5 часовъ. Во всемъ этомъ имѣется рѣзкое отличіе отъ дѣйствія амилнитрита и нитроглицерина: они немедленно расширяютъ сосуды, но за то вліяніе ихъ скоропроходяще.

Расширяя артеріи, средство это вмѣстѣ съ тѣмъ обуславливаетъ пониженіе артеріальнаго давленія. Поэтому употребляется при перерожденіи артерій, подагрѣ, циррозѣ почекъ, аневризмахъ и т. д.

По мнѣнію Nischard'a—продолжительное пониженіе давленія въ сосудахъ необходимо при началѣ склероза артерій; очень полезно при недостаточности сердечной мышцы, которая развивается все болѣе и болѣе вслѣдствіе препятствій въ периферіи.

Затвердѣніе артерій по мнѣнію Combe male (20) зависитъ въ значительной мѣрѣ отъ повышенія кровяного давленія; поэтому авторъ назначаетъ такую діету, при которой бы не образовались яды, обуславливающіе спазмъ сосудовъ, запрещаетъ мышечныя движенія и даетъ средства, расширяющія сосуды.

Изъ пищевыхъ веществъ запрещаются: мало прожаренное мясо, рыба, дичь, закуски, пряности, чай, кофе, алкоголь. Ограничивается употребленіе жидкостей и заставляютъ питаться по преимуществу молочной и растительной пищей.

Для расширенія сосудовъ даютъ тринитринъ въ 1% спиртовомъ растворѣ по 4—10 капель, 2 раза въ день; черезъ каждыя 3 дня, увеличивая приемъ на 1 каплю;—давать въ теченіе 20 дней каждаго мѣсяца. Или можно давать тетранитроль по 0,005—0,01 въ день. Дѣйствіе его на сосуды обнаруживается позже тринитрина, но продолжается дольше.

Кромѣ того назначаютъ для пониженія кровяного давленія, мочегонныя, утромъ и вечеромъ по 0,1 лицетоза (виннокаменноокислый диметилпиперазинъ) или по 0,5 теобромина въ стаканѣ воды Vittel'я (Vosges, France) или Gontrexéville'я.

Брюшной массажъ и каломель очень умѣстны; также 2—3 раза въ недѣлю ванны въ 34—36°.

Для облегченія сердца—наилучшимъ средствомъ нужно считать соединенія йода,—по 0,1—0,3 йодистаго кали ежедневно въ теченіе 20 дней каждаго мѣсяца.

При значительномъ ослабленіи дѣятельности сердца и пониженіи артеріальнаго давленія—йодъ замѣняютъ наперстянкою.

Отложеніе извести въ стѣнкахъ сосудовъ при артеріосклерозѣ Труппесекъ ставитъ въ связь съ уменьшеніемъ хлористаго натра въ сывороткѣ крови у стариковъ, который поддерживаетъ въ растворѣ фосфорнокислый кальцій. Поэтому, леченіе артеріосклероза нужно направить на восстановленіе нормальныхъ количествъ хлористаго натра. Однако этого одного недостаточно; при затвердѣніи артерій уменьшена и щелочность крови.

Поэтому Труппесекъ приготовилъ смѣсь изъ всѣхъ щелочныхъ солей, составляющихъ неорганическую часть кровяной сыворотки и сдѣлалъ растворъ въ 10 разъ болѣе насыщенный, которому онъ далъ названіе неорганической сыворотки. Составъ ея слѣдующій: сѣрнокислаго Na 0,44 грм.; NaCl 4,92; фосфорнокислаго Na 0,15; углекислаго Na 0,21, сѣрнокислаго калия 0,4 и воды 100,0. Смѣсь представляетъ свѣтлую, прозрачную жидкость, соленаго вкуса, щелочной реакціи; содержаніе ея солей 6,12%, уд. вѣсъ (при 20° Ц) 1,04. При введеніи въ кровь у здоровыхъ людей соли, заключающіяся въ этой жидкости, немедленно всасываются и выводятся почками. Чтобы замедлить всасываніе, Труппесекъ примѣняетъ подкожныя впрыскиванія, которыя производитъ предпочтительно въ область предплечья; впрыскиванія хорошо переносятся и вызываютъ лишь незначительную, быстро проходящую боль на мѣстѣ укола. Впрыскиванія начинаются съ 1 к. стм. и повторяются каждыя 4—7 дней, увеличивая каждый разъ количество на 0,2—0,5. Наибольшее количество сыворотки было 7,8 к. стм., но вообще нѣтъ надобности превышать 5 к. стм. Когда одышка особенно тягостна, Труппесекъ повторяетъ впрыскиванія каждый день. Лѣченіе сывороткой находитъ показаніе у страдающихъ затвердѣніемъ артерій, кровь которыхъ содержитъ мало щелочныхъ солей, что доказывается обыкновенно чрезмѣрною кислотностью мочи. Напротивъ, щелочная реакція мочи, наблюдаемая, впрочемъ, очень рѣдко при затвердѣніи артерій, служитъ противопоказаніемъ. Н. А. Шурягинъ (164) испыталъ способъ Труппесек'а надъ однимъ 80-лѣтнимъ старикомъ, страдавшимъ довольно чистой формой затвердѣнія артерій. Жалобы сводились на сильную одышку, боли въ сердечной области; послѣ 7 впрыскиваній въ теченіе 3 недѣль боли и одышка значительно уменьшились, больной сталъ себя чувствовать бодрѣе. Объективно уменьшился шанозъ губъ и кистей рукъ и число дыханій—съ 26 до 22—24 въ минуту. Со стороны сердца и сосудовъ пока замѣтныхъ измѣненій не обнаружилось.

I. Takamine (142) впервые изолировалъ изъ надпочечниковъ вещество, повышающее кровяное давленіе. Это тѣло, адреналинъ, представляетъ бѣлое, легкое, кристаллическое вещество, щелочной реакціи, растворимое въ водѣ, долго сохраняющееся въ сухомъ видѣ. Соля соляной, фосфорной и бензойной кислотъ не стойки. Физиологическое дѣйствіе адреналина чрезвычайно сильно; 1 капля 0,1% раствора дѣ-

ласть блѣдной нормальной конъюнктиву, меньше чѣмъ въ минуту; миллионная часть грамма на кило вѣса собаки введенная подъ кожу, увеличиваетъ давленіе на 9 милл. ртутнаго столба, то есть онъ дѣйствуетъ около 625 разъ сильнѣе экстракта изъ надпочечниковъ. Терапевтическое примѣненіе распространяется на остановку кровотеченія при носогортанныхъ операціяхъ, эпистаксисѣ, гемофиліи, астмѣ, Адисоновой и Базедовой болѣзни.

Противъ кровотеченій изъ сосудовъ предложена желатина. Хотя она и нашла себѣ обширное примѣненіе, однако способъ ея дѣйствія до сихъ поръ не выясненъ.

Лапсегеаух думаетъ, что желатина всасывается, при подкожномъ употребленіи лимфатическими сосудами, а затѣмъ поступаетъ въ кровь и возбуждаетъ ея свертываніе, но только на тѣхъ мѣстахъ сосудистой системы, которыя измѣнены. Laborde считаетъ желатину не способной растворяться въ водѣ, а имѣющей свойство оставаться въ взвѣшанномъ состояніи. Въ крови она должна дѣйствовать, какъ инородное тѣло и только такимъ путемъ вызываетъ свертываніе. Поэтому, инъекціи желатины не могутъ быть названы безопасными, такъ какъ закупориваніе и вторичное свертываніе въ кровяномъ пути могутъ наступать въ нежелательныхъ мѣстахъ (Saskur, 126). Онъ видѣлъ подъ микроскопомъ, при опытахъ на животныхъ послѣ впрыскиванія, конгломинацію эритроцитовъ.

Vaermeister предполагаетъ, что, при обволакиваніи кровоточащихъ мѣстъ желатиной, лейкоциты крови плотно склеиваются между собою, погибаютъ и выдѣляютъ свертывающій ферментъ.

Boinet думаетъ, что причиною свертыванія крови нужно считать пептонизацію желатины; было высказано мнѣніе, что кровоостанавливающее дѣйствіе желатины объясняется содержащимися въ ней кислотами; Zibell (159) произвелъ химическое изслѣдованіе всѣхъ сортовъ желатины, находящихся въ продажѣ и нашелъ, что во всѣхъ ихъ находится извѣстъ въ растворимомъ соединеніи, въ количествѣ достигающемъ до 0,6% (средняя цифра). Такимъ образомъ большой, получающій 100,0—5% желатины, воспринимаетъ 0,03 извести.

Опыты Hammarsten'a, Freund'a, Arthur'a показали, что соли кальція и свертываніе крови стоятъ въ тѣсной между собою связи. Это, а также нѣкоторые другіе факты заставляютъ свертывающую способность желатины относить къ содержащейся въ ней извести.

Saskur (126) указываетъ, что свертывающее вліяніе желатины выражено въ тѣхъ мѣстахъ сосудистаго пути, гдѣ потокъ крови замедленъ, или гдѣ стѣнка сосуда измѣнена.

H. Gebele (42) указываетъ еще на одно условіе, которое крайне сильно отражается на дѣйствіе желатины. Въ опытахъ, поставленныхъ авторомъ, выясняется, что дѣйствіе желатины мгновенно, если предварительно животному выпустить $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ всей крови. Вѣроятно при этомъ происходитъ очень быстрое всасываніе желатины. Послѣ сильныхъ кровотеченій у человѣка указанное условіе выполнимо, почему и слѣдуетъ ожидать очень хорошаго дѣйствія средства. Совершенно понятно послѣ этого, что отъ желатины нельзя ждать профилактическаго дѣйствія.

Три случая, наблюдавшіеся авторомъ, относятся къ людямъ, потерявшимъ много крови. Въ одномъ, кровотеченіе наступило послѣ выдергиванія зуба; въ 2-хъ было носовое кровотеченіе. Вспрыскиваніе подъ кожу желатины имѣло блестящій успѣхъ.

Кромѣ этихъ случаевъ описаны еще нѣсколько Gossner'омъ (4) Grunow'омъ (50) Helbrich'омъ (60).

Первый наблюдалъ долгое время сильнаго здороваго мужчину, который страдалъ припадками гематурии. Эндоскопія показала, что кровотеченіе было изъ праваго мочеточника и поставленъ былъ по сопровождающимъ явленіямъ діагнозъ pyelitis calculosa. Послѣ однократнаго подкожнаго введенія 200 граммъ 2½%-го раствора желатины всѣ явленія исчезли, тогда какъ многократныя прополаскиванія мочевого пузыря 10% желатиннымъ растворомъ не дали передъ тѣмъ никакихъ результатовъ.

Подкожная инъекція сопровождалась сильными реактивными явленіями.

Grunow, описываетъ 27 удачныхъ случаевъ изъ Kiel'ской клиники, гдѣ была употреблена желатина для остановки кровотеченій изъ легкихъ (7 сл.), кишокъ (8 сл.), желудка (7 случ.), почекъ (2), мочевого пузыря (2) и изъ аневризмы. Примѣнялись впрыскиванія изъ 2,0 желатины на 100,0 физиологическаго раствора поваренной соли и ежедневно употребляли по 200,0 этого раствора подъ кожу бедра. Авторъ совѣтуетъ вмѣстѣ съ желатиной употреблять и другія кровоостанавливающія вещества, и только при этомъ условіи можно рассчитывать на полный успѣхъ. Инъекціи приходилось примѣнять долгое время. Лихорадка появлялась почти во всѣхъ случаяхъ, но болѣе серьезныхъ осложнений не было.

Karl Helbrich примѣнилъ желатину, какъ кровоостанавливающее въ трехъ случаяхъ. Въ двухъ были упорныя носовыя кровотечения, не поддававшіяся даже тампонаціи, и уступившіе тампону, смоченному въ 2½% тепломъ растворѣ желатины. Въ третьемъ случаѣ дѣло шло о кровотеченіи изъ желудка у 18 л. дѣвушки. Кровотеченіе было обильное: въ первый разъ выдѣлилось 1¼ литра крови на слѣдующій день утромъ 1 литръ, а черезъ 2 часа еще одинъ. Пульсъ сдѣлался нитевиднымъ, никакія средства не помогали. Послѣ пріема 1 грамма желатины въ теченіе 4 часовъ кровавая рвота прекратилась. Черезъ день погрѣшность въ діетѣ вновь вызвала кровавую рвоту, наступило обморочное состояніе на 3 часа, дыханіе сдѣлалось рѣдкимъ, при прыгающемъ, едва ощутимомъ пульсѣ. Назначена опять желатина, которая была принята въ теченіе нѣсколькихъ дней въ количествѣ 8 граммовъ. Кровотеченіе прекратилось совсѣмъ.

Ios. Sailer (128) относительно примѣненія желатины у больныхъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Желатина повышаетъ свертываемость крови, какъ при подкожномъ, наружномъ, такъ и при внутреннемъ употребленіи.

2) Средство это вполне безвредно, если оно стерилизовано.
3) Во внутрь слѣдуетъ назначать не менѣе 100—300 граммъ въ сутки.

4) Оно помогаетъ при всѣхъ кровотеченияхъ: изъ носа, ранъ, а также полезно при внутреннихъ кровотеченияхъ изъ желудка, кишокъ, матки.

5) Оно лучшее средство при гемофилии и сыпуга и

6) Противопоказано, какъ кажется, только при остромъ нефритѣ.

Что подкожныя впрыскиванія желатины при кровотеченияхъ представляютъ способъ леченія не всегда безопасный, это какъ нельзя лучше доказываетъ случай F. Kuhn'a (75).

Послѣ операций аденондныхъ разраженій въ носоглоточномъ пространствѣ у 12 лѣт. мальчика развилось кровотеченіе, не поддававшееся обыкновеннымъ средствамъ. Поэтому было впрыснуто 50 к. ц. 2% раствора желатины. На 4-й день мѣсто укола омертвѣло, а на утро развился столбнякъ, отъ котораго больной умеръ.

Были сдѣланы прививки крови трупъ кроликамъ, давшія положительные результаты. Такимъ образомъ, желатина была переносчикомъ зародышей столбняка, такъ какъ не была достаточно хорошо стерилизована въ аптецѣ. Легко можетъ быть, что желатина была приготовлена изъ матеріала, зараженнаго столбнякомъ.

Подобный же случай наблюдалъ Gerulanos (44). Для уменьшенія паренхиматознаго кровотеченія при вылушеніи гортани впрыснули 200 куб. сант. 2%-го стерилизованнаго раствора желатины въ бедро. На мѣстѣ вкола образовалась гангрена съ тарелку величиной и спустя 8 дней послѣ операции—тетанусъ съ смертельнымъ исходомъ. Рана на шеѣ не показала ни малѣйшихъ признаковъ воспалительной реакціи. Бактеріологическое изслѣдованіе раны отъ вкола не дало положительнаго результата. Стеклянка отъ желатины была потеряна.

Леченіе аневризмъ артерій K. Barth (9), H. B. Вершининъ (18), Conner (23) Krokiewicz (74), Lancereaux (77), Mariani (94), З. А. Прессманъ (112), Rumpf (125), Vailant (146) сообщаютъ о результатахъ примѣненія желатины.

Въ наблюдении K. Barth'a у 56 лѣтняго пациента опредѣлена мѣшеччатая форма аневризмы восходящей части аорты; діагнозъ подтвержденъ рентгеновскимъ аппаратомъ. Больной раньше безуспѣшно подвергался обыкновенному леченію покоемъ, діетой, іодистымъ натромъ. Авторъ сначала сдѣлалъ 11 подкожныхъ инъекцій 20% ergotin'a Bombelon'a по ширинѣ ежедневно въ окружность аневризмы безъ результата. Тогда онъ рѣшилъ попытать инъекцію желатиной, впрыскивая черезъ день по 100,0 раствора бѣлой желатины (1%), стерилизованной, и нагрѣтой до 38°. Одновременно проводилось и обыкновенное леченіе. Послѣ этого пациентъ почувствовалъ меньше затрудненій дыханія, меньше головокруженія и болѣе въ груди, въ спинѣ и рукахъ, опухоль въ подключичной правой ямкѣ значительно опала и затвердѣла, ся пульсація на взглядъ и на оупь уменьшилась, разниа въ пульсѣ лучевыхъ артерій замѣтно сгладилась.

Трудно рѣшить, какому средству обязано больше всего облегченіе въ данномъ случаѣ.

Также очень хорошіе результаты отъ желатины получились по сообщенію Н. В. Вершинина въ терапевтической факультетской клиникѣ Томскаго Университета. Въ одномъ случаѣ больной 4 года страдалъ аневризмой дуги аорты, причемъ аневризма образовала значительную выступающую снаружи опухоль съ рѣзкимъ біеніемъ и пискливымъ шумомъ, слышимымъ самимъ больнымъ; кромѣ того, была сильнѣйшая одышка и боли въ области сердца. Послѣ 15 впрыскиваний желатины подъ кожу, біеніе стало едва замѣтно, шумъ исчезъ, одышки и болей не стало; аневризматическій мѣшокъ значительно уменьшился. Черезъ 3 года послѣ лѣченія никакого ухудшенія не послѣдовало.

Сонпег лечилъ 3 аневризмы аорты впрыскиваніемъ желатины. Въ одномъ достигнуть очень незначительный успѣхъ; во второмъ не только не получилось улучшенія, но даже сильная мѣстная боль; 3-й случай кончился летально разрывомъ аневризмы. Хотя на такомъ незначительномъ числѣ случаевъ нельзя основать заключеній, но все таки автору кажется, что больше дѣйствуетъ долгое постельное положеніе больныхъ на улучшеніе страданія.

Въ случаѣ Krokiewicz'a (74), гдѣ была большая аневризма надъ bulb. aortae и помѣщавшаяся надъ правымъ предсердіемъ, подкожныя впрыскиванія желатины не принесли никакой пользы.

Łapcsegaux описалъ 4 случая мѣстечкатыхъ расширеній подключичной артеріи и аорты, въ которыхъ съ успѣхомъ была примѣнена желатина. 1 сл. относится къ плотнику 43 л., у котораго послѣ травмы, ниже правой ключицы развилась бывшая опухоль, величиною съ апельсинъ, появились боли по ходу локтевого нерва и атрофія мышцъ правой верхней конечности. Больной работать не могъ. Въ теченіе 2½ мѣс. сдѣлано 10 впрыскиваний (каждое по 5 граммъ) желатины, а затѣмъ по 1—2 раза въ мѣсяцъ и прекращены черезъ ½ года отъ начала леченія.

Аневризма почти перестала биться и превратилась въ плотную опухоль; больной принялся за работу; послѣ чего экстазія опять стала пульсировать. Послѣ новыхъ 2-хъ впрыскиваний біеніе пропало.

Во второмъ случаѣ, у больной 58 лѣтъ замѣчено было сильное расширеніе вень груди, пульсиція во второмъ правомъ межреберьѣ, притупленіе вправо отъ грудины, выше притупленія сердца. Аневризма аорты опредѣлена рентгеноскопией.

Послѣ 8 впрыскиваний (по 1 разу въ недѣлю) біеніе исчезло, а также и невралгическія боли, бывшія у больной. Черезъ мѣсяцъ онѣ возобновились; снова сдѣлано 4 впрыскиванія. Больная выздоровѣла.

Въ третьемъ случаѣ у 50 л. женщины очень большая аневризма сдавила верхнюю полую вену, возвратный нервъ и вызвала межреберныя невралгическія боли и непрерывный сухой кашель. Послѣ 6 впрыскиваний исчезъ кашель, затѣмъ боли, и расширеніе вень значительно уменьшилось. Ухудшеніе, наступившее послѣ этого, прошло послѣ новыхъ впрыскиваний.

Въ 4 случаѣ огромная аневризма разрушила у 60 л женщины рукоятку грудины, ключицу и 1-е ребро. Послѣ 20 впрыскиваній наступило значительное улучшеніе.

Впрыскиванія во всѣхъ случаяхъ были безболѣзненны и не вызывали повышенія температуры.

Mariani дѣлаетъ обзоръ опубликованнаго и прибавляетъ свои клиническія и экспериментальныя изысканія. Онъ приходитъ къ заключенію, что инъекціи желатины подъ кожу безвредны и хорошо всасываются, если жидкость согрѣвать въ водяной банѣ до 38° передъ впрыскиваніемъ и брать 2% растворъ въ количествѣ 200,0 на сутки.

При леченіи аневризмъ авторъ не видѣлъ излеченія, но наблюдалось значительное облегченіе страданія.

Случай З. А. Пресмани относится къ женщинѣ 49 л., у которой оказалась аневризма дуги аорты и безымянной артеріи съ послѣдовательной гипертрофіей лѣваго желудочка.

За время отъ 21 Августа по 26 Октября 1900 года, больной сдѣлано 10 инъекцій 2% раствора желатины (всего введено 1725,0).

8 разъ получалась общая реакція въ видѣ повышенія температуры; послѣдняя начинала повышаться черезъ 2—3 часа послѣ инъекціи и доходила обыкновенно до 38° , одинъ разъ даже до $38,9^{\circ}$ Ц. Двѣ инъекціи (4-я и 10-я) не дали никакой общей реакціи.

На 10 инъекцій въ 5 обнаруживались на слѣдующій день въ мочѣ небольшіе слѣды бѣлка, которые держались обыкновенно только 1 день.

Инъекціи были очень болѣзненны.

Больная выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ общаго состоянія: она не ощущала нигдѣ никакихъ болей, одышка у ней прошла, кашель уничтожился, голосъ изъ соплаго сталъ совершенно чистымъ. Опухоль же въ размѣрахъ не уменьшилась.

Черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ этого больная имѣла видъ здороваго человѣка. Опухоль уменьшилась въ длину на 1 сент., а въ ширину на 2; она оказалась плотной и почти не пульсировала. Въ это время больной приходилось часто работать физически, бѣгать и поднимать на горы, и она при этомъ не чувствовала особенной усталости или ухудшенія своего состоянія.

Rumpf демонстрировалъ больного съ аневризмой аорты, леченнаго имъ инъекціями желатины. Пациентъ былъ показанъ нѣсколькимъ недѣль тому назидъ обществу врачей. Несомнѣнно получилось улучшеніе: пульсирующая опухоль значительно уменьшилась. Однако докладчикъ выражаетъ сомнѣніе относительно причины улучшенія: зависитъ ли оно отъ инъекцій или отъ сопряженнаго съ этимъ методомъ леченія лежаніемъ въ постели.

Vaillabnt описываетъ случай расширенія брюшной аорты у больного 36 лѣтъ, въ которомъ съ успѣхомъ примѣнено было впрыскиваніе желатины.

Впрыснуто было подъ кожу 3 разъ по 20 грм. раствора (1-й и 3-й разъ впрыснуть 1%-ый растворъ, 2-й 1, 2%-й). Впрыскиванія

вызвали сильное повышение температуры. После первых впрыскиваний наступило резкое улучшение: биение ослабло, *fremissement cataire* исчез. После 3-го впрыскивания исчезли все шумы над расширением и видимое раньше простым глазом биение стало едва заметным. Общее состояние значительно улучшилось.

Ratjen (117) разобрал терапию аневризмы аорты по поводу представленного им препарата. Кровяной сверток так выполнял аневризматический мфшокъ, что просвѣтъ аорты едва отличался отъ нормального. Этотъ удачный исходъ обязанъ былъ главнымъ образомъ терапіи, состоявшей въ уменьшеніи давленія крови, въ увеличеніи свертываемости крови, въ тѣлесномъ покоѣ. Это было достигнуто уменьшеніемъ питья, внутреннимъ употребленіемъ іодистаго калия, желатины и бромистаго натрія.

Gerhardt (43) рекомендуетъ для леченія аневризмъ покойное положеніе въ постели, пузырь со льдомъ, внутреннее употребленіе іодистаго кали и ртутныя втиранія. Последнія должны повторяться годами; отъ нихъ наблюдается лишь улучшеніе но не излеченіе.

Whipham (153) лечилъ аневризму аорты тянувшуюся около 16 лѣтъ и достигшую величины $6\frac{1}{4}$ и $4\frac{1}{2}$ дюймовъ постельнымъ положеніемъ въ теченіе 8 мѣсяцевъ, іодистымъ калиемъ и морфіемъ по поводу сильныхъ болей. Опухоль при этомъ уменьшилась въ объемѣ до $1\frac{1}{2}$ дюймовъ. По выходѣ изъ больницы, снова началось ухудшеніе, и въ концѣ концовъ аневризма вскрылась снаружки черезъ кожу.

Willard (155) сообщилъ о случаѣ расширенія грудной аорты, развившагося послѣ травмы и леченнаго электрическимъ токомъ (5—80 милліамперовъ) пропущенномъ черезъ проволоку, введенную въ эктазію. Биеніе груди уменьшилось къ концу сеанса; черезъ недѣлю прошли боли. Черезъ 9 недѣль больной выписался.

(Продолженіе слѣдуетъ).

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

3-ій Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ

(Окончаніе).

Засѣданіе 20 декабря.

С. Ф. Дерюжинскій (Москва). О послѣоперационной пневмоніи.

Послѣоперационная пневмонія встрѣчается какъ послѣ общаго, такъ и послѣ мѣстнаго наркоза; этиологическими моментами считаютъ: 1) неподвижное положеніе на спинѣ и боязнь изъ за боли въ ранѣ глубоко дышать (Czerny) 2) попаданіе пищевыхъ кусочковъ въ дыхательное горло при рвотѣ и инфекція изъ операционнаго поля въ легкія (Gerulanos) и 3) охлажденіе больныхъ на операционномъ столѣ (Gerulanos и Henle). Пользуясь цѣлымъ рядомъ хирургическихъ отчетовъ докладчикъ собралъ 43 сл. пневмоніи на 4946 операций, слѣд. 0.8% заболеваемости, при чемъ смертность 0.46%; у 3-хъ больныхъ отмѣчены до операции бронхитъ и эмфизема; у 3-хъ аспирація слизи и въ 13 сл. инфекція изъ раны. Въ остальныхъ случаяхъ этиологическій моментъ не ясенъ: иногда воспаленіе развивалось уже послѣ заживленія раны, такъ что воспаленіе нельзя ставить въ зависимость отъ операции. Часть воспаленія надо отнести на счетъ хлороформа и эфира и ихъ надо выдѣлить въ особую группу, послѣоперационной же считать только такую пневмонію, гдѣ будетъ доказана идентичность инфекціоннаго начала въ ранѣ и мокроты.

Исслѣдованіе легкихъ до операций и строгая анти-и асептика во время операции надо считать полезными профилактическими приемами.

Н. В. Синюшинъ — на 300 операций подъ хлороформомъ ни разу не видалъ пневмоніи, только 1 разъ при ущемленной грыжѣ, оперированной подъ кокаиномъ, на почвѣ бывшаго бронхита развилась катарральная пневмонія.

Я. Б. Зельдовичъ. На 54 ущемленныя грыжи пневмонія 5 разъ; на 32 коренныхъ грыжесъченія пневмонія 2 раза; заболѣвали въ возрастѣ отъ 57—76 л. Всѣ выздоровѣли. На 50 сл. операций непереходимости—воспаленіе 2 раза, оба смертельны; на 74 операции аппендицита пневмонія 10 разъ съ 3-мя смертельными исходами. Послѣ операций на желчныхъ путяхъ послѣоперационная пневмонія ни разу не наблюдалась.

П. Н. Михалкинъ. На 120 грыжесъченій пневмонія 7 разъ всѣ алкоголики.

А. А. Кадьянъ. 308 наркозовъ бромъ-этиломъ—ни одного воспаления легкихъ; 464 хлороформныхъ наркозъ—пневмонія 1 разъ при операции ущемленной грыжи; 534 эфирныхъ нарк. пневмонія 4 раза; надо думать, что при наркозѣ эфиромъ воспаление легкихъ встрѣчается чаще.

У. Ф. Земацкій. Въ развитіи послѣоперационной пневмоніи играютъ роль 1) эмболии изъ раны—воспаленіе развивается на 5—6 день и 2) экхимозы въ тканяхъ легкаго при артеріосклерозѣ.

А. Г. Залого. Опирируя на нагревающимся столѣ на 300 операций полъ хлороформомъ не имѣлъ ни одной пневмоніи.

В. М. Платоновъ—при операцияхъ съ спинномозговой анальгезіей по Bier'y не видалъ послѣоперационной пневмоніи.

О. А. Юцевичъ. Лѣтомъ и зимой послѣоперационныя пневмоніи рѣдки; весной и осенью особенно при эпидеміяхъ гриппа, онѣ встрѣчаются чаще.

В. И. Разумовскій. Тотъ фактъ, что послѣ операций на желчныхъ путяхъ, когда рана зашивается съ тампономъ, послѣоперационная пневмонія не встрѣчается, заставляетъ предлагать, что нѣкоторую роль въ развитіи пневмоніи играетъ зашиваніе наглухо брюшной раны. Вопросъ о послѣоперационной пневмоніи надо разработать по заранѣе выработанной программѣ.

А. В. Мартыновъ (Москва). О пришиваніи подвижной почки (разработка полученныхъ правленіемъ 74 карточекъ) Изъ оперированныхъ (63 м. и 11 ж.) только 30 чел. занимались физическимъ трудомъ; больше случаевъ въ возрастѣ до 40 л. Какъ этиологическій моментъ отмѣчены: быстрое исхуданіе 8 разъ, исхуданіе въ связи съ другими причинами 7 разъ, подъемъ тяжестей 8 разъ, частая беременность 8 р., паденіе 9 разъ, хроническіе запоры 3 раза, сильная рвота 1 разъ, опущеніе внутренностей 1 разъ и причина неизвѣстна 27 р. Правая почка 65 разъ, лѣвая 6, обѣ 3. Почка прощупывалась въ глубинѣ, смѣщена незначительно, подвижность ограничена—12 разъ, почка въ подреберь—31 сл., почка очень подвижна и низко стоитъ 20 разъ. Тяжесть клиническихъ явленій не стоитъ ни въ какой прямой зависимости отъ степени смѣшенія почки. Анурія отъ перерыва мочеточника 1 разъ. Перемещающийся гидроневрозъ 1 разъ. Операция, за исключеніемъ одного случая, производилась черезъ поясничный разрѣзъ; 23 раза почечная сумка не вскрывалась, фиксація обычно шелкомъ черезъ сумку или вещество почки къ

мышцамъ; въ двухъ случаяхъ къ ребрамъ. Исходъ операций—2 смертельныхъ, 7 неуспѣшныхъ; изъ остальныхъ, выписавшихся съ улучшеніемъ, отъ 21 получены благопріятныя свѣденія, а объ остальныхъ 44 свѣденій не получено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несмотря на достигнутую фиксацию ноги, боли не прекращались. Способъ операции не играетъ роли въ смыслѣ отдаленныхъ успѣховъ фиксации, большую роль играютъ причины подвижныхъ—при опредѣленныхъ причинахъ (травма, поднятіе тяжести), предсказаніе лучше, чѣмъ при неумовимыхъ, какъ-то отъ анатомическихъ условій. Сначала надо испытать мирныя средства (массажъ стѣнокъ, поясъ) и только въ случаѣ неудачи—операция.

Желательно дальнѣйшее собраніе матеріала по нѣскольکو видоизмѣненной карточкѣ.

В. И. Равуновскій. Русскіе хирурги положили много труда на разработку вопроса о подвижной почкѣ и мы видимъ теперь, что операция эта представляетъ нѣкоторые опасности, не всегда успѣшна, а поэтому показанія къ ней должны быть точно выработаны. Дальнѣйшее собраніе бесспорно желательно.

О. А. Юцевичъ (Елизаветградъ). Къ вопросу о резекціи мелкихъ костей стопы.

Докладчикъ совѣтуетъ пользоваться разрѣзомъ Obalinsk'аго—разрѣзъ черезъ всю стопу, начиная между 3 и 4 пальцами; если въ процессъ вовлечены еще пятонная и таранная, то разрѣзъ продолжать кверху и тогда легко сдѣлать резекцію голеностопнаго сустава.

Выгоды метода: широкій доступъ и функція мало или почти совсѣмъ не нарушается. Докладчикъ привелъ 3 наблюденія

Ө. И. Синицынъ. При бугорчаткѣ операции лучше не дѣлать, такъ какъ возможна диссеминація.

Ө. А. Юцевичъ. Едва ли можно согласиться съ Ө. И. Синицынымъ, такъ какъ, удаляя бугорковый очагъ, мы ставимъ организмъ въ лучшія условія.

П. И. Дьяконовъ.—При резекціи мелкихъ костей лучше пользоваться разрѣзами дающими болѣе просторъ.

С. Ф. Чижъ (Москва).—Пересадка мышцъ для закрытія дефекта стѣнки живота.

Демонстрація больной 24-хъ лѣтъ у которой по поводу большого дефекта брюшной стѣнки надъ lig Poupartii произведена 2 мѣсяца назадъ слѣдующая операция: обнаженъ m. sartorius, перерѣзанъ на разстояніи 30 с. отъ sp. oss. ilei ant. sup. (ниже мѣста вхожденія въ него нерва), протянуть къ дефекту черезъ отверстіе въ апонѣврозѣ наружной косой мышцы и тамъ фиксированъ; такимъ образомъ брюшная стѣнка восстановлена и при сгибаніи ноги пересаженная мышца напрягается. На лицо только небольшая анестезія на передненаружной сторонѣ бедра.

В. И. Рааумовскій. Идея пересаживать мышечный лоскутъ съ сохраненнымъ первымъ должна быть признана въ высшей степени удачной.

Р. О. Венгловскій. Объ этиологіи грыжъ.

Паховой промежуткоу бываетъ овальный съ высотой до 1. 5. с. и треугольный съ высотой до 2 с; при высотѣ треугольнаго промежутка 2, 5—грыжа была на лицо. При овальной формѣ *m. obliquus* и *transversus*, перекидываясь надъ канатикомъ, достигаютъ лобковыхъ костей, чего нѣтъ при треугольной формѣ, при которой стѣнка на нѣкоторомъ протяженіи лишена мышечнаго слоя, канатикъ проходить прямо *per. путь* для грыжи короче.

У женщинъ промежутоу овальный. Исслѣдованіе на зародышахъ показало, что если паховой тяжъ пройдетъ ближе къ *m. rectus*, то разовьется треугольный промежутоу, если дальше отъ него, то овальный. Исслѣдованіе промежутоу на операционномъ столѣ показало, что въ большинствѣ случаевъ (63 изъ 77) промежутоу былъ треугольный съ высотой отъ 2. 5. до 6 с. Въ 39 сл. апопексозъ былъ развитъ хорошо, слѣд. ему нельзя приписывать удерживающую роль, послѣднюю могутъ играть только мышцы, а поэтому при операциіи надо закрывать отверстіе мышцами—только они способны оказать активное сопротивленіе постоянному внутрибрюшному давленію.

В. В. Шмилтъ (Бѣлый) Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.

Разсѣкая при ущемленной грыжѣ кольцо герниотомомъ получилъ разрывъ омертвѣвшей кишки—смертельный исходъ; послѣ этого въ остальныхъ 9 случаяхъ онъ разсѣкалъ кольцо снаружи внутри, производя кожный разрѣзъ какъ при коренной операциіи. Выгода—все дѣлается подъ контролемъ глаза.

А. А. Флоровъ (Севастополь) Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.

Докладчикъ привелъ исторіи болѣзни 10 случаевъ (4 сл. съ омертвѣніемъ). На основаніи своего опыта рекомендуетъ вѣнбрюшинную фиксацию ущемленной петли; если черезъ 2 дня кишка нормальна, то она вправляется, въ противномъ случаѣ резецируется. При запущенныхъ случаяхъ ущемленныхъ грыжъ, когда больные истощены—достаточно наложить *anus protes.*, чѣмъ иногда удается спасти больного, такъ какъ болѣе серьезнаго внимательства больной не перенесъ бы.

В. Г. Лѣсковой. 69 грыжъ, леченныхъ оперативно въ дальнеконстантиновской участковой сельской больницѣ.

Докладчикъ стоитъ за оперативное леченіе грыжъ, такъ какъ бандажи мало помогаютъ. Лучшимъ и болѣе надежнымъ для людей занимающихся физическимъ трудомъ является способъ Bassini. Каждый участковой врачъ долженъ дѣлать грыжесеченія.

Пренія послѣ этихъ докладовъ вертѣлись около спорнаго вопроса какъ поступать съ гангренозной петлей при ущемленныхъ грыжахъ. Санѣжко, Осодоровъ, Алексинскій и Красинцевъ считаютъ обязательной немедленную резекцію. Мар-

тыновъ, Юсевичъ и Лѣсовой—въ интересахъ больного, особенно при инфекціи грыжевого мѣшка произвести фиксацію омертвѣвшей кишки; когда же рана очистится, тогда приступить къ резекціи.

Передъ началомъ вечерняго засѣданія группа врачей заявила о желаніи возобновить утренніе пренія. Съѣздъ согласился на это и пренія были возобновлены послѣ доклада Б. С. Ковловскаго.

Б. С. Ковловскій. (Смѣла) Операция при ложно вправленныхъ грыжахъ (*reduction en bloc*.)

Докладчику пришлось оперировать по этому поводу 3 раза: 1) У больного 18 л. вскорѣ послѣ вправленія правой паховой грыжи развились явленія непроходимости и воспаления брюшины; на 4 день чревосѣченіе, отысканъ мѣшокъ и освобождена здоровая петля. Выздоровленіе. 2) Подобный же случай у больного 45 л., операция на 6 день; выздоровленіе. 3) У 35 лѣт. больного явленія непроходимости послѣ вправленія правой грыжи. Въ правой половинѣ мошонки опухоль въ куриное яйцо, дряблая, ненапряженная, дающая зыбленіе и тупой тонъ при постукиваніи; выше ея у наружнаго пахового отверстия другая опухоль, представляющая всѣ признаки ущемленной грыжи; операция на 4-й день по Bassini—каналъ вскрытъ, опухоль черезъ каналъ протянута наружу—это была грыжевой мѣшокъ съ ущемленной петлей тонкихъ кишокъ; разрѣзъ шейки мѣшка, освобожденіе негли; выздоровленіе. Если заранѣе распознано, что причиной непроходимости является вправленіе *en bloc* ущемленной грыжи, то разрѣзъ надо дѣлать какъ для коренного грыжесѣченія, въ противномъ случаѣ обычный срединный разрѣзъ.

Пренія по вопросу о способахъ операции ущемленныхъ грыжъ.

К. М. Салѣжко. Только два способа ущемленныхъ грыжъ—вправленіе съ одной стороны и резекція съ другой; на какомъ изъ этихъ способовъ остановиться всецѣло зависитъ отъ состоянія кишки т. е. отъ строго опредѣленныхъ признаковъ жизни или смерти ея.

Главнымъ признакомъ утраченной жизнеспособности считаю плотность мѣстами брыжейки, затѣмъ помутнѣніе *serosae*, потерю *turgor'a*—кишка собирается въ складки какъ мертвая ткань—здѣсь резекція обязательна; первичная резекція даетъ хорошіе результаты, и для нея, по моему, не могутъ служить противопоказаніемъ ни наличность флегмоны, ни состояніе больного. Если больной такъ плохъ, что умираетъ, то онъ умираетъ. Если Вы примѣните временную фиксацію ущемленной кишки, то остается во всей силѣ угнетающее вліяніе ущемленія на сердце, такъ какъ даже вскрытіе ущемленной кишки не гарантируетъ полного выдѣленія содержимому, дается поводъ къ распространенію инфекціи изъ затромбозированныхъ венъ брыжейки ущемленной петли, возможенъ пролежни кишки отъ ущемляющаго грыжевого кольца—пролежень же совершенно свободно можетъ вызвать флегмону и общій перитонитъ. Является вопросъ, что-же Вы дѣлаете для

больного? Итти прямо къ грыжевому кольцу, чтобы разсѣчь его и затѣмъ уже произвести резекцію считаю неопозволительнымъ, такъ какъ этимъ чистую брюшную полость ставимъ въ сообщеніе съ зараженной полостью грыжевого мѣшка. Во всѣхъ случаяхъ гангрены кишки даже при флегмонѣ мѣшка поступаю слѣдующимъ образомъ—дохожу до грыжевого мѣшка, выдираю его, тщательно дезинфицирую гангренозную кишку, обливаю все поле t-tae jodi со спиртомъ и, обложивъ все операционное поле стерилизованными салфетками, разсѣкаю кольцо и резецирую кишку.

А. А. Кадыянъ. Мы не можемъ говорить о строго опредѣленномъ способѣ операции ущемленныхъ грыжъ, такъ какъ имѣемъ дѣло не съ болѣзью, а болынымъ. Каждый случай приходится индивидуализировать. Прежде всего нужно устранить ущемленіе разсѣченіемъ грыжевого кольца и затѣмъ, вытянувши кишку и осмотрѣвъ, рѣшить какъ поступить съ ней; если она здорова, она вправляется обратно и производится обычная радикальная операція; если подозрительна, вводится въ брюшную полость на тампонѣ; если нѣкоторые участки потеряли свою жизненность, ихъ обшиваютъ серовымъ покровомъ. При гангренѣ кишки—резекція, но только въ томъ случаѣ, если можно рассчитывать на силы больного, такъ какъ резекція—операція трудная и даетъ солидный % смертности; въ противномъ случаѣ или enteroanastomosis, или anus praetern. Если къ ущемленію присоединяется флегмона мѣшка, то брюшная полость не зашивается, а вводится тампонъ.

А. В. Мартыновъ. Вполнѣ присоединяясь къ взглядамъ А. А. Кадыяна, считаю нужнымъ добавить, что едва ли можно какими угодно манипуляціями септическую полость привести въ асептическое состояніе.

Я. Б. Зельдовичъ. Г. Ф. Пейдлеръ поступаетъ идентично съ А. А. Кадыяномъ, но только тамъ гдѣ нельзя дѣлать резекціи исключительно накладываетъ anus praetern., для чего при флегмонозныхъ грыжахъ пользуется ущемленной петлей. Первичная резекція, которая практиковалась раньше, изъ-за большого % смертности, оставлена. Простой anus praetern. при флегмонозной ущемленной грыжѣ спасаетъ иногда и такихъ больныхъ, про которыхъ проф. Сапѣжко говоритъ, что «если больной умираетъ, то онъ умретъ». Еще недавно пришлось оперировать старуху почти безъ пульса; наложенъ anus praetern. и старуха поправилась.

К. М. Сапѣжко.—Я не вижу существенной разницы между моими взглядами и взглядами А. А. Кадыяна и не понимаю, почему операція enteroanastomosis или anus praeternat.—болѣе простая и болѣе скорая чѣмъ, резекція? Вѣдь резекцію можно произвести въ 10—12 минутъ.

Б. С. Козловскій. Если оставить гангренозную кишку внѣ брюшной полости, мы не гарантированы отъ выпаденія внутренностей при рвотѣ и отъ проникновенія инфекции въ брюшную полость; дѣлая энтероанастомозъ, мы оставляемъ омертвѣвшую кишку и подвергаемъ больного возможности септической

эмболии. Все это устраняется при резекции, которая не долгие и не трудные enteroanastomos'a. Если больной находится въ тяжеломъ состояніи, то можно оперировать при мѣстномъ наркозѣ кокаиномъ.

Ф. И. Березкинъ. Я хотѣлъ бы указать, что при опредѣленіи жизнеспособности ущемленной кишки надо обращать вниманіе на состояніе слизистой оболочки ея; послѣдняя умираетъ гораздо раньше другихъ слоевъ.

П. Н. Михалкинъ. Оперировать по поводу гангренозныхъ ущемленныхъ грыжъ 12 разъ. Прежде всего разсѣкаю кольцо; омертвѣвшіе участки ввертываю, обшиваю, а затѣмъ произвожу радикальное грыжесѣченіе; если гангрена и флегмона обширны и можно ожидать инфекцію брюшной полости—то ограничиваюсь *anus praeternat*; результаты хороши. Приступать въ подобныхъ случаяхъ къ резекціи при недостаткѣ ассистенціи не совсѣмъ легко.

Л. А. Флоровъ. Въ земствѣ приходится иногда имѣть дѣло съ такими запущенными случаями, что нельзя и думать о резекціи, а только о стоѣ гангренозныхъ массъ.

А. А. Бобровъ. Если ущемленная кишечная петля мертва, то надо резцировать ее; но, если ущемленіе осложнено флегмоной грыжевого мѣшка, причемъ въ процессъ всегда вовлекается подкожная клетчатка и кожа, надо ограничиться вскрытіемъ флегмоны и дренированіемъ ея полосками марли. Гангренозную кишку можно вскрыть сейчасъ-же или ждать самопроизвольнаго вскрытія ея. Разсѣкать же грыжевое кольцо рисковано, такъ какъ этимъ можемъ нарушить имѣющееся на лицо благодаря сращеніямъ отграниченіе брюшной полости отъ инфицированнаго мѣшка. Едва-ли можно считать вѣрнымъ пріемомъ опредѣленія жизнеспособности кишки по состоянію брыжейки, такъ какъ разница между величиной брыжейки и соответствующей ей петли очень велика.

К. М. Сапѣжко. Разъ имѣется флегмона мѣшка, мы имѣемъ уже дѣло съ перитонитомъ, гдѣ лапаротомія безусловно показана. Въ этихъ случаяхъ хороший дренажъ брюшной полости, тампонъ Mikulicz'a повышаетъ шансы на выздоровленіе; тогда какъ простое вскрытіе флегмоны безъ устраненія ущемленія едва-ли окажетъ существенную пользу больному.

І. Ф. Земацкій. Резекція гангренозной кишки при ущемленіи должна считаться идеаломъ для хирурга; въ молодые годы я принципиально такъ и поступалъ, но теперь я болѣе остороженъ и готовъ уступить т. е. наложить *anus praeternat*.

В. И. Разумовскій (резюме преній). Большинство высказываются за первичную резекцію кишки при гангренозной ущемленной грыжѣ и допускаютъ другого рода операцію какъ уступку нѣкоторымъ условіямъ и обстановкѣ, въ которыхъ приходится работать земскимъ товарищамъ. Принимая во вниманіе что на

съѣздѣ мало больничныхъ хирурговъ, которые имѣютъ наибольшій опытъ по данному вопросу, не найдется-ли возможнымъ съѣздъ поставить этотъ вопросъ программнымъ на одинъ изъ будущихъ съѣздовъ.

Съѣздъ согласился съ этимъ предложеніемъ председателя съѣзда В. И. Разумовскаго.

К. М. Сапѣжко (Одесса). О гонококкѣ.

Я выслушала такъ много интереснаго на съѣздѣ, что мнѣ стыдно уѣзжать, не подѣлившись своими личными наблюденіями. Я буду говорить о гонококкѣ; подробно эта работа выйдетъ въ скоромъ времени въ печати. Всѣмъ известна та роль, которую играетъ этотъ микробъ въ цѣломъ рядѣ глазныхъ и женскихъ заболѣваній; теперь я хочу остановить вниманіе съѣзда на значеніи гонококка въ заболѣваніи суставовъ. Инфекція можетъ быть и внутривойной: ко мнѣ обратилась дѣвушка 19 л., *virgo intacta* съ гонорройнымъ заболѣваніемъ сустава; при тщательномъ анамнезѣ оказалось, что она не задолго до заболѣванія имѣла ссадину на пальцахъ, которымъ она, акушерка по профессіи, производила исследование. Набросавъ яркую клиническую и патологоанатомическую картину, докладчикъ говорить, что характернымъ для этого заболѣванія является его острое начало, болыныя прекрасно и точно помнятъ часъ наступленія болей: «Спрашиваю у больного, когда онъ заболѣлъ и онъ точно отвѣчаетъ въ такой то день, въ такой то часъ; конечно, это не единственный, но зато весьма характерный признакъ гонорройнаго заболѣванія. Другимъ характернымъ признакомъ является бессонница и сильныя боли. Патологоанатомическія измѣненія часто гнѣздятся въ клѣтчаткѣ окружающей суставъ, въ самомъ суставѣ, хотя иногда, несмотря на сильное воспаленіе въ самомъ суставѣ, можемъ имѣть только нѣсколько капель гноя. Гонококкъ сильно поражаетъ суставные хрящи, чѣмъ и надо объяснить громадную склонность къ развитію анкилоза при гонорройномъ страданіи: суставныя сѣмки раздуются, стягиваются. Имѣя все это въ виду, при леченіи я примѣняю какъ можно раннее вытяженіе, чѣмъ дѣйствительно и предупреждаю наступленіе анкилоза. Относительно леченія могу сказать слѣдующее: если и есть въ медицинѣ специфическія средства, но несомнѣнно такимъ является іодоформная эмульсія впрыснутая въ пораженный суставъ въ количествѣ 10 гр. Иногда достаточно одного впрыскиванія, чтобы успокоить боли — впрыскивать надо въ суставъ, въ самое болѣзненное мѣсто: «тщательно ищите это мѣсто и не смотря на стоны больного, Вы найдете самое болѣзненное мѣсто и только туда и впрыскивайте; при заболѣваніи мелкихъ суставовъ руки впрыскиваніе надо дѣлать во всѣ завоулки. Я помню больного съ гонорройнымъ заболѣваніемъ лучезапятнаго сустава, который 30 дней не сходилъ съ кресла, неподвижно втянувъ руки на подушки; страшныя боли въ рукахъ не позволяли ему пошевеливаться—другіе его кормили. Достаточно было впрыснуть 1 десятигр. шприцовку іодоформной эмульсіи, какъ на другой же день боли утихли и т^о спала. Неправильное мнѣніе, что при гонорреѣ поражаются отдѣльныя суставы, мнѣ лично приходилось видѣть множественность заболѣванія.

Гонорройное заболѣваніе встрѣчается чаще, чѣмъ это думаютъ, но подобные больные лежатъ въ терапевтическихъ палатахъ подъ діагнозомъ polyarthritis rheumatica acuta. Быть можетъ arthritis deformans окажется также отдаленнымъ послѣдствіемъ гонорройнаго измѣненія суставовъ.

Ө. И. Синицынъ. Проф. Сапѣжко, надо сознаться, сильно раскрасилъ нарисованную имъ картину, потративъ на это много времени; чтобы «раскрасить» надо еще больше времени, какового у съѣзда лишняго нѣтъ.

І. Ф. Земацкій. Пришлось наблюдать случаи, гдѣ перелой сослужилъ добрую службу.

Больной съ упорнымъ lichen tuber заболѣваетъ перелоемъ—lichen исчезаетъ; черезъ нѣсколько лѣтъ снова появляется lichen—опять заболѣваетъ перелоемъ и lichen снова исчезаетъ. Лечение этого lichen гонококковой вытяжкой—и lichen больше не появлялся.

Проф. Сапѣжко влилъ, такъ сказать, въ одинъ горшокъ такія разнородныя заболѣванія какъ гонорройный артритъ, ревматическій полиартритъ и art. deformans, въ чемъ можно сомнѣваться.

К. М. Сапѣжко. Я не говорю больше, чѣмъ знаю. Никому не навязываю свою мысль на вѣру. Единственное мое желаніе, чтобы товарищи, которые работаютъ въ содѣйствіе съ терапевтическимъ отдѣленіемъ проверили мои наблюденія; пусть они произведутъ уретру у ревматиковъ и не только раздвиганіемъ краевъ ея и выдавливаніемъ, а немного пораздражайте ее вырыскиваніемъ лангиса и сдѣлайте посѣвы и Вы въ 90% найдете гонококкъ, за это я ручаюсь. На одномъ изъ слѣдующихъ съѣздовъ они подѣлятся этими наблюденіями съ нами, тогда увидимъ, кто былъ правъ.

В. И. Разумовскій. Если проф. Сапѣжко и увлекается, зато онъ обладаетъ способностью увлекать и другихъ, почему нельзя не поблагодарить его за такой интересный докладъ.

А. Ф. Гогманъ. (Москва) Къ вопросу о діагностикѣ и леченіи опухолей толстыхъ кишекъ.

Разработка казуистики изъ Ф. Х. Кл. Боброва. Руководящей нитью для діагностики служить постепенность нарастанія суженія кашекъ при соотвѣстvenномъ возрастѣ и развитіе явленій кахексiи. Пальпация даетъ увѣренность въ діагностикѣ. Въ 2 случаяхъ операція не производилась (1 сл. диссеминація и слабость, въ 2-омъ достаточная проходимость кишечника)

Въ одномъ случаѣ изъ-за слабости больного и сильного вздутія кишечника ограничились наложеніемъ anus praetern.; въ двухъ случаяхъ пробная лапаротомія, такъ какъ опухоль удалить нельзя было, а проходимость была удовлетворительна; 2 раза была примѣнена резекція кишекъ и 4 раза энтероанастомозъ. На основаніи наблюденій въ клиникѣ Боброва при туберкулезномъ пораженіи кишечника луч-

шіе результаты получаются отъ простого энтероанастомоза; резекцію надо считать въ этихъ случаяхъ противопоказанной.

С. И. Спасокукоцкій. Мнѣ пришлось 4 раза оперировать по поводу новообразования толстыхъ кишекъ; случаи попались такіе гдѣ свободно можно было прибѣгнуть къ резекціи. Въ одномъ случаѣ смертельный исходъ.

Засѣданіе 21 декабря.

В. И. Разумовскій. (Казань) О хирургическомъ леченіи суженій тонкой кишки.

Изложивъ литературу вопроса докладчикъ привелъ исторію болѣзни 6-лѣтняго мальчика у котораго наблюдалось рѣзкое страданіе—сифилитическое суженіе тонкой кишки. (Сл. докладчика 5-ый). Сифилисъ у ребенка приобретенный (бытовой); страданіе развилось довольно остро, выражается болями въ животѣ, рвотами и упорными запорами; боли періодически то усиливаются, то ослабѣваютъ; сильное истощеніе. Въ животѣ, нѣсколько ниже пупка вздутіе; глазомъ видны поперечно идущія раздутыя кишечныя петли. При операціи кольцевидное, шириной въ палецъ суженіе тонкой кишки, на ощупь—эластическій, плотный воспалительный инфильтратъ. Выше суженія кишки раздуты, ниже въ видѣ спавшейся ленты. Serosa на мѣстѣ суженія безъ блеска, мѣстами эрозій и налетъ; брыжеечныя железы увеличены. Энтероанастомозъ между приводящимъ и отводящимъ отрезкамъ. Въ послѣоперационномъ теченіи расхождение въ нижнемъ углу кожной раны. Всѣ явленія тотчасъ послѣ операціи прекратились и больной быстро поправился. Черезъ 13½ мѣс. больной осмотрѣнъ: выросъ, окрѣпъ, вѣсъ съ 18,7 дошелъ до 25 kilo. Специфическаго леченія не продолжалось. Въ 4 остальныхъ случаяхъ изъ литературы была примѣнена резекція—выжилъ только 1. Второй случай докладчика относится къ женщинѣ 25 л. Въ анамнезѣ хроническіе запоры; съ мая 1901 г. рѣзкія боли въ животѣ, вздутіе и урчаніе. Боли приступами. Послѣ терапевтическаго леченія нѣкоторое улучшеніе, но потомъ все снова и приступы болѣе чаще. Порядочно истощена; около пупка вздутіе, при боляхъ рѣзче выраженное. Звукъ плеска. При операціи 18/xi 1901 г. найдена сильная инъекція обоимъ листковъ брюшины, два суженія на разстояніи до сант. другъ отъ друга, при чемъ верхнее не полное кольцо, проходимо, нижнее—кольцевидный инфильтратъ шириной въ палецъ. Энтероанастомозъ между приводящей и отводящей петлями (по отношенію къ нижней стриктурѣ). Гладкое выздоровленіе—боли исчезли.

Считая эти стриктуры туберкулезными, больную отправили на кумыс; черезъ 10 мѣс. осмотрѣна—съ 48 дошла до 68½ kilo. Беременная 7 м., черезъ 2 м. разрѣшилась отъ бремени. При стриктурахъ туберкулезнаго происхожденія пред-

почтительно соустіе изсѣченію. При операціяхъ на кишечникѣ докладчикъ накладываетъ 2 ряда швовъ, при чемъ серозосерозный кѣтгуттовый, а на остальные слои уже два года по совѣту К. М. Санѣжко серебряный. За послѣднее время докторъ Петрулисъ предложилъ замѣнить серебряную кадміевою, рассчитывая на ея разсасываемость. Въ одномъ случаѣ докладчикъ примѣнилъ ее: надъ этой проволокой д-ръ Петрулисъ ставитъ опыты.

В. В. Шмидтъ. (Бѣлый) Полипъ тонкой кишки, послужившій причиной инвагинаціи.

Демонстрація препарата тонкой кишки, резецированной по поводу острой непроходимости, вызванной полипомъ на ножкѣ, величиной съ грецкій орѣхъ.

О. А. Юцевичъ. Въ своемъ уже описанномъ случаѣ сифилитическаго суженія кишки наложилъ энтероанастомозъ съ благопріятнымъ исходомъ.

Ө. И. Березкинъ. 4 раза пришлось наблюдать суженіе тонкихъ кишки послѣ вправленія ущемленныхъ грыжъ—получается катарръ кишки ведущій къ рубцеванію. Въ виду обширныхъ срощеній здѣсь резекціи произвести нельзя—нужно наложить энтероанастомозъ.

П. А. Герценъ—имѣлъ два случая инвагинаціи кишки; въ одномъ тонкая выѣдрилась въ толстую—обширная резекція; показанъ препаратъ.

А. А. Бобровъ—у 2-хъ лѣтъ, ребенка при туберкулезномъ суженіи кишки произвелъ энтероанастомозъ съ хорошимъ результатомъ. Вообще при суженіи тонкихъ кишки предпочитаютъ энтероанастомозъ резекціи. Швы употребляю шелковые.

П. И. Дьяконовъ, признавая цѣлесообразность металлическихъ швовъ вообще, при операціяхъ надъ желудочнокишечнымъ каналомъ исключительно употребляетъ шелкъ и не видитъ надобности замѣнять его другимъ матеріаломъ.

А. В. Мартыновъ. Въмѣсто шелка рекомендую ввести льняныя нити, которыя во много разъ дешевле шелковыхъ.

Д. И. Татаринновъ. (Москва) По поводу операціи круговаго вырѣзыванія слизистой оболочки прямой кишки при геморроѣ.

Докладчикъ, давъ патологоанатомическую картину болѣзни, сообщилъ о 22 сл. оперированныхъ въ Г. Х. Кл. Дьяконова по Whitehead'у. Въ 10 случаяхъ первые 5—10 дней послѣ операціи больные, благодаря анестезіи слизистой, не отличали жидкія испраженія отъ газовъ; недержание кала наблюдалось 2 раза, но зависѣло отъ страданія нервной системы; суженіе 5 разъ въ зависимости отъ отхожденія слизистой отъ кожи. Докладчикъ совѣтуетъ работать въ здоровыхъ тканяхъ, для чего не оперировать при воспаленіи толстыхъ кишки и резецировать слизистую выше. Способъ этотъ болѣе радикаленъ, чѣмъ перевязка узловъ.

А. А. Бобровъ. Наблюдалъ 3-хъ больныхъ оперированныхъ по Whitehead'у проф. Дьяконовымъ; у 2-хъ было суженіе, у 1-го недержаніе. Нѣтъ никакой необходимости въ этомъ способѣ.

П. И. Дьяконовъ. При этомъ способѣ удаляется все, что поражено. Встрѣчаются суженія и послѣ простой перевязки и отжиганія. Кромѣ того, у больного съ недержаніемъ кала, о которомъ говоритъ Бобровъ, наблюдалось и недержаніе мочи, такъ что этого нельзя поставить въ упрекъ способу.

И. К. Спижарный. Оперировалъ геморрой болѣе 300 разъ и всегда по старымъ способамъ и не вижу основаній отказываться отъ нихъ—они болѣе просты, производятся безъ наркоза общаго и результаты отличны. Способъ же Whitehead'a сложный и не лишень послѣдовательныхъ осложнений.

Розановъ. Оперирую по Whitehead'у при мѣстной анестезіи кокаиномъ.

Д. И. Татариновъ. Только благодаря предлагаемому способу мы познакомились съ патологоанатомической картиной геморроя; удаляемъ пораженное сознательно при контролѣ глазомъ.

Н. И. Напалковъ. Послѣоперационныя осложненія встрѣчаются единично часто при всѣхъ способахъ; операція вовсе не сложна, результаты послѣ нея болѣе прочны; больные уже на 4 день на ногахъ. Суженіе встрѣчается послѣ расхожденія швовъ, для чего и нужно оперировать въ здоровыхъ тканяхъ.

Гонпель. При легкомъ геморроѣ достаточно расширеніе жома по Субботину; при болѣе тяжелыхъ—перевязка и отжиганіе; при самыхъ тяжелыхъ операція Whitehead'a.

Б. С. Козловскій. (Смѣла) Къ казуистикѣ новообразованій изъ остатковъ ductus omphaloentericus.

Демонстрація препаратовъ изъ опухоли въ воложскій орѣхъ, расположенной по linea alba между пупкомъ и лобкомъ, къ которымъ шли тяжи; она была болѣзненна и спаяна съ брюшными стѣнками. Больному 65 л., появилась 7 лѣтъ назадъ. Опухоль вмѣстѣ съ тяжами удалена. Микроскопическій діагнозъ—fibroadenoma submalignum. У другого больного 34 лѣтъ свищевой ходъ ниже пупка ведетъ въ полость. При операціи вскрыта полость съ голубиное яйцо выставившая вѣдными грануляціями съ фиброзными стѣнками—расположена надъ fascia transversalis abdom. Выскабливаніе—выздоровленіе.

П. И. Дьяконовъ. О желчнокаменной болѣзни.

По даннымъ литературы въ Россіи оперировали по поводу каменной болѣзни всего 52 раза, съ 7 смертельными исходами. Протоколы вскрытій различныхъ анатомическихъ театровъ также указываютъ на то, что желчнокаменная болѣзнь въ Россіи встрѣчается довольно рѣдко. Діагностика заболѣванія не всегда легка, можно смѣшать съ аппендицитомъ. Изученіе литературы и личная опытность по-

воляют докладчику сдѣлать слѣдующіе выводы: 1) существованіе камня въ желчномъ пузырь и въ пузырномъ и въ общемъ желчныхъ протокахъ слѣдуетъ считать страданіемъ очень опаснымъ, какъ вслѣдствіе вызываемыхъ камнями механическихъ расстройствъ въ желчеотдѣленіи, такъ еще болѣе вслѣдствіе осложненной воспалительнаго свойства, которыя развиваются со стороны пузыря, протоковъ и прилежащихъ органовъ. 2) Распознаваніе желчныхъ камней во многихъ случаяхъ трудно, но оно можетъ упроститься путемъ технической разработки призмѣнны съ этой цѣлью Рентгеновскихъ лучей. 3) Во всякомъ распознанномъ случаѣ желчнокаменной болѣзни показана операція 4). Простая холецистомія какъ операція коренная, должна производиться чаще. При сомнѣніяхъ въ свободной проходимости желчи она должна быть замѣнена холецистоміей. Другія операции (цистикотомія, холедохотомія) показаны рѣже—при прочномъ положеніи камня въ протокаѣ.

В. М. Платоновъ. (Екатеринодаръ) О хирургическомъ вмѣшательствѣ при желчныхъ камняхъ.

За послѣдніе 1½ года въ Екатеринодарской больницѣ наблюдались 3 случая желчнокаменной болѣзни, которые по своему острому началу съ повышеніемъ т°, рвотой и запорами, по сильнымъ болямъ въ ileo—соединѣнной области симулировали appendicitis; эту форму французы называютъ «forme appendiculaire». Во всѣхъ случаяхъ при операціи отростокъ оказался здоровымъ, желчный же пузырь представлялъ измѣненія. Такъ въ 1-омъ случаѣ желчный пузырь растянутъ, при чемъ въ двухъ мѣстахъ омертвѣвшія участки; чрезъ разрѣзъ пузыря извлечено 146 малыхъ и 5 большихъ камней; глухой шовъ пузыря и брюшной стѣнки; чрезъ 2 недѣли выдѣлилась стѣнка пузыря. Больная выписалась со свищемъ. Во 2-мъ случаѣ желчный пузырь растянутъ; чрезъ разрѣзъ извлечено 20 камней; глухой шовъ пузыря, брюшная стѣнка съ тампономъ; въ послѣоперационномъ теченіи затекъ—вскрытъ. Выписалась со свищемъ. Въ 3-мъ случаѣ пузырь растянутъ. Холецистомія—извлечено по выдѣленіи слизистогнойной жидкости—15 камней. Выздоровленіе со свищемъ.

Г. И. Волинцевъ. (Москва) Желчные циррозы и ангиохолиты. Оцѣнка ихъ признаковъ въ хирургическомъ отношеніи

Желчные циррозы зависятъ отъ восходящей инфекціи желчныхъ протоковъ изъ кишечника, благодаря врожденной слабости эпителия желчныхъ путей; такъ какъ эти ангиохолиты поддаются хирургическому леченію, то и желчные циррозы при наличности ангиохолита подлежатъ хирургическому вмѣшательству.

Лихорадка, колики безъ желтухи говорятъ за холециститъ, тѣже признаки, но съ желтухой—за ангиохолитъ. Febris intermittens чаще встрѣчается при катаральномъ процессѣ въ пузырь и протокахъ, f. continua и remittens при гнойномъ. Ограниченные ангиохолиты проходятъ и безъ операціи, которая показана при распространенномъ ангиохолитѣ.

П. А. Герценъ. (Москва) Къ вопросу о технику холецистоэнтеростоміи.

Докладчикъ приводитъ 2 случая этой операціи. Въ первомъ, гдѣ при саркомота рапсегатіи операція была сдѣлана по обычному способу, больная погибла на 7-ой день отъ крупозной пневмоніи; при вскрытіи найденъ перегибъ подъ довольно острымъ угломъ подшитой кишки. Во 2-мъ случаѣ, гдѣ больной раньше былъ сдѣлана по поводу желчнокаменной болѣзни холецистостоміи, докладчикъ, желая залечить свищъ произвелъ холецистоэнтеростомію слѣдующимъ образомъ: послѣ частичной резекціи желчнаго пузыря послѣдній проведенъ черезъ отверстіе въ брыжейкѣ толстой кишки и позади нея вшитъ въ петлю тонкой; у основанія петли наложенъ энтероанастомозъ, такъ что получилось подобіе 12-и перстной кишки; этимъ докладчикъ желалъ облегчить передвиженіе жидкостей въ кишечникѣ и уменьшить опасность инфекціи изъ желчныхъ ходовъ. На основаніи опытовъ надъ животными, докладчикъ предлагаетъ при холецистоэнтеростомозѣ воспользоваться принципомъ Roux при гастроэнтеростомозѣ, т. е. перерѣзать кишку, отводящее коѣбно подшить къ желчному пузырю, а приводящее въ боковое отверстіе отводящей, на 30 сант. ниже желчнокишечнаго соустья.

Н. В. Синюшинъ. У больной съ желчнымъ свищемъ послѣ холецистостоміи произвелъ холецистоэнтеростомозъ; на 4 день смерти, благодаря перегибу подшитой петли.

Ф. И. Березкинъ. Если сравнить статистику западныхъ хирурговъ по вопросу о желчнокаменной болѣзни съ нашей, то мы должны допустить особія причины, объясняющія рѣдкость этой болѣзни у насъ. Изучать эти причины дѣло хирургическихъ сѣздовъ. Самому лично пришлось оперировать по поводу желчнокаменной болѣзни 17 разъ, при чемъ 3 раза камня не оказалось. Изъ остальныхъ 14 сл.—два раза choledochotomy (при зашиваніи наглухо—выздоровленіе), 2 раза cholecystolysis, 8 разъ cholecystostomy (6 р. одномоментно и 2 разъ двухмоментно) съ 4 смертельными исходами, и 2 разъ cholecystoenterostomy—1 смертельный исходъ. Наличие желчныхъ камней еще не служитъ абсолютнымъ показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства—возможно самопроизвольное выдѣленіе камней. Если же на лицо имѣются воспаленіе пузыря, водянка его, хроническая желтуха въ зависимости отъ закупорки камнемъ, частые колики, тогда необходима хирургическая помощь. Какъ оперировать—это другой вопросъ; большинство высказывается теперь за cholecystotomy idealis.

П. И. Дьяконовъ. Разъ есть камень въ пузырь, мы должны помнить объ опасности, которая грозитъ организму, а потому сейчасъ же предложить операцію. Въ виду того, что при наличии камней въ пузырь всегда имѣется инфекция его, едва-ли можно считать идеальнымъ cholecystotomy idealis.

Д. Е. Гороховъ. Пришлось оперировать 71 лѣтнюю старуху, у которой явленія непроходимости были вызваны наличиемъ желчнаго камня въ duodenum.

В. М. Минцъ привелъ 4 случая операций по поводу желчнокаменной болѣзни.

А. Г. Залого. (Серпуховъ) Наблюденіе надъ больной съ перевязаннымъ мочеточникомъ.

Докладчикъ, удаляя фибромиому матки у 39 л. больной, при отдѣленіи сросшей нечаянно перерѣзалъ правый мочеточникъ. Имѣя въ виду слабость больной, которая едва-ли перенесла продолжительную операцію возстановленія мочеточника, докладчикъ перевязалъ центральный конецъ мочеточника и подсунулъ его подъ брюшину. Гладкое послѣоперационное теченіе за исключеніемъ болѣе при ощупываніи правой почки (боли въ первые дни)—нащупать почку не удавалось; количество мочи черезъ катѣтеръ держалось между 1200—1400—совершенно нормальной по составу. Черезъ 11 мѣсяцевъ больная была подвергнута изслѣдованію—она совершенно здорова; при цистоскопіи найдено, что отверстіе праваго мочеточника зияетъ, зондъ входитъ въ него только на 7 с., упираясь въ непроходимое препятствіе. Отсутствіе развитія гидронекроза надо объяснить быстрой гибелью всѣхъ почечныхъ элементовъ въ зависимости отъ повышеннаго внутречечнаго давленія вызваннаго внезапнымъ закрытіемъ мочеточника.

В. И. Рааумовскій. Подобный же исходъ при пересѣзкѣ мочеточника наблюдалъ совместно съ проф. Н. Н. Феноменовымъ, которымъ и описанъ этотъ случай.

С. П. Ѳедоровъ. (Москва) Объ оперативныхъ вмѣшательствахъ при опухляхъ мочевого пузыря.

Изъ 32 больныхъ съ опухолями мочевого пузыря оперировались 22, остальные 10 лечились палліативно; радикальныхъ операций сдѣлано 17 (12 при злокач. новообр. и 5 доброкач.—папилломы). 4 наложены надлобковый свищъ и 1 разъ свищъ и выскабливаніе раковой массы. Опухоль удалялась 15 черезъ *sectio alta* и 2 раза (у женщинъ) черезъ мочеиспускательный каналъ. Для захватыванія и оттягиванія опухоли докладчикъ пользуется особыми изогнутыми щипцами (были продемонстрированы). При доброкачественныхъ просто накладывается лигатура на ножку, злокачественныя же выскѣются вмѣстѣ съ подлежащими тканями, на которыя послѣ этого накладываются шелковые швы, концы которыхъ выводятся наружу или черезъ каналъ (у женщинъ), или черезъ пузырную рану; за послѣднее время употребляютъ докладчикъ катгутъ. Трудно наложить первый шовъ (большинство опухолей расположено на днѣ пузыря около мочеточниковъ, такъ что 2 раза пришлось резцировать и конецъ мочеточника), другіе же накладываются легко. Пузырная рана зашивалась наглухо, но *prima intentio* получилась 5 разъ, а въ остальныхъ случаяхъ свищи, заживавшіе въ 1—2 мѣсяца. Для вскрытія пузыря лучше пользоваться продольнымъ разрѣзомъ, такъ какъ при поперечномъ (примѣнено 2 раза) получаются грыжи. Изъ 12-и оперированныхъ по поводу злокачественныхъ опухолей умеръ только одинъ—на 5 день; отъ рецидива 2 (черезъ

2 г. 7 м. и 1 г. 8 м.); изъ живыхъ безъ рецидива больше 3-хъ лѣтъ 1, больше 2-хъ лѣтъ—2, больше 1-го года—2, нѣсколько мѣсяцевъ—4. Уменьшенія болей послѣ наложенія надлобкового свища при неоперированномъ ракѣ пузыря докладчикъ почти не наблюдалъ; боли эти успокаиваются отъ промыванія 5% растворомъ антипирина въ количествѣ 200—300 к. с. Для остановки пузырныхъ кровотеченій при злокачественныхъ новообразованіяхъ докладчикъ рекомендуетъ давать внутрь *hydrastis canadensis* и промываніе пузыря ляписомъ. Оперировать черезъ мочеиспускательный каналъ при помощи операціоннаго цистоскопа (приборъ демонстрированъ) докладчикъ считаетъ возможнымъ только у женщинъ, послѣ предварительнаго расширенія канала; у мужчинъ же помимо трудности нельзя быть увѣреннымъ, что вся опухоль удалена—удавалось только отжечь верхушку и послѣ всѣхъ попытокъ приходилось переходить къ сѣченію пузыря. Диагностическое же значеніе цистоскопа очень велико; кромѣ того цистоскопія даетъ возможность сказать—можно ли произвести коренную операцію или придется ограничиться палліативной.

Ө. И. Сивилычъ. Надлобковый пузырьный свищъ, конечно, операція палліативная, но не могу согласиться, чтобы она не приносила облегченія болей; лично видалъ отъ нее прекрасные результаты.

Этимъ докладомъ закончились занятія 3-го сѣзда. Предсѣдатель сѣзда проф. В. И. Разумовскій въ своей заключительной рѣчи, сдѣлавъ краткій обзоръ дѣятельности, подчеркнул рядъ интересныхъ докладовъ, новыхъ идейныхъ оперативныхъ способовъ, удачно выполненную разработку программныхъ вопросовъ и выразилъ сожалѣніе, что Петербургъ съ его массой хирурговъ не принялъ должнаго активнаго участія ¹⁾. Изъ числа административныхъ постановленій самымъ важнымъ является изданіе собственнаго журнала. Сѣзды Россійскихъ хирурговъ уже вышли изъ своего подготовительнаго періода, встали на твердую почву и можно быть увѣреннымъ въ ихъ дальнѣйшемъ развитіи и продуктивной дѣятельности.

И. Левинъ.

¹⁾ Петербургскихъ членовъ было всего 14, докладовъ же за исключеніемъ демонстраціи Ботезата ни одного.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографии.

А. Оригинальныя.

*Бандалинъ. Роль опыта въ медицинѣ.

**Воскресенскій А. П. О земскихъ библиотекахъ для земскихъ служащихъ и въ томъ числѣ для медицинскаго персонала, Симбирскъ. 1902 г.

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

**IX Губернскій съѣздъ врачей и представителей земствъ Тамбовской губ. 2—7 сентября 1902 г. Тамбовъ. 1903 г.

*Ежегодникъ физико-терапевтической лечебницы Е. Д. Курдюмова въ Москвѣ. Вып. 1. 1902 г.

*Ефимовъ. Сифилисъ въ русской деревнѣ, его характерныя черты и вліяніе на санитарное положеніе населенія.

**Казанскій М. В. Къ вопросу о предохранительныхъ прививкахъ и серотерапіи заразныхъ болѣзней вообще и брюшного тифа въ частности. Казань. 1903 г.

*Кальнингъ. Коментарій къ пятому изданію россійской фармакоціи. вып. 2-й. М. 1903 г.

*Капустинъ М. Я. Задачи гигиены въ сельской Россіи. Москва. 1902 г.

*Каррикъ. О кумысѣ и его употребленіи въ легочной чахоткѣ и другихъ изнурительныхъ болѣзняхъ. Изд. 2-е. Спб.

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

*Клинге. Сборникъ избранныхъ прописей по фармацевт. и технич. производствамъ В. з. Спб. 1903 г.

**Мощанскій А. А. и Яковлевъ С. Н. Санитарное состояніе городскихъ школъ въ 1900—1901 г.г.

**Отчетъ Уфимскаго мѣстнаго управленія Россійскаго О-ва Краснаго Креста за 1902 г.

**Протоколы засѣданій О-ва Ярославскихъ Врачей за 1900—1901 г.г. Ярославль. 1903 г.

**Протоколы Томскаго Медицинскаго О-ва 1902—1903 г. Вып. 1.

**Протоколы и Труды Пензенскаго Медицинскаго О-ва. Пенза. 1902 г.

**Троицкій И. И. Клиническое значеніе діазореакціи въ связи съ бактериологическими изслѣдованіями. Казань. 1900 г.

**Труды и протоколы Елизаветградскаго Медицинскаго О-ва за 1901—1902 г.

*Усковъ. Клиническія наблюденія надъ терапіей сердечныхъ заболѣваній. К. 1902 г.

**Элькиндъ А. Д. Евреи (Сравнительно-антропологическое изслѣдованіе).—Москва. 1903 г.

*Элькинъ. Загрязненіе источниковъ воды. Методъ Марбутена и работы по изслѣдованію водоснабженія Парижа. Спб. 1902 г.

Б. П е р е в о д н ы я.

*Noorden. Собраніе клиническихъ работъ по патологіи и терапіи разстройствъ обмѣна и питанія.

*Штёррингъ. Психопатологія въ примѣненіи къ психологіи. Перев. Крогіуса. Съ предисловіемъ автора и академика В. М. Бехтерева. Спб. 1903 г.

*Штрюмпель. Клиническое преподаваніе медицины. Спб. 1903 г.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1903 г. кн. 4.

**Архивъ Біологическихъ Наукъ. Т. X. Вып. 1. 1903 г.—Зиберъ Н. О. и Шумова-Симановская Е. О. Дѣйствіе эрепсиды и кишечнаго сока

на токсины и абринъ.—Аргутинскій П. М. Къ морфологіи паразита маляріи.—Краушкинъ В. Годовой отчетъ Отдѣленія антирабическихъ предохранительныхъ прививокъ за 1901 г.—Здравосмысловъ В. М. Отчетъ по Бактеріологической Лабораторіи Пермскаго Губернскаго Земства съ 15 мая 1893 г. по 31 октября 1901 г.—Пиронъ Р. Г. Къ вопросу объ опухоляхъ надпочечнаго происхожденія.—Онъ-же. Къ вопросу о невролизинахъ.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1903 г. кн. 3.—Лавриновичъ М. Попытка леченія сапа и иммунизациі противъ него у кошекъ и морскихъ свинокъ.—Bogge A. Инфекціонныя эпителиомы и эпителиомы.—Онъ-же. Экспериментальное изслѣдованіе овечьей оспы.—Петровскій А. П. Сапъ верблюдовъ при условіяхъ естественнаго и искусственнаго зараженія (Продолженіе).—Грюнеръ С. А. Страхуваніе сельско хозяйственныхъ животныхъ въ Западной Европѣ. (Окончаніе).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1903 г. № 2.—Никольскій В. Объ алкогольномъ опьянѣніи, объ алкоголизмѣ и мѣрахъ противъ нихъ.

**Военно-Медицинскій Журналъ. 1923 г. Апрель.—Пясковскій Н. Новая теорія въ области физиологіи и гигиены питанія.—Кіянницынъ И. И. Къ вопросу о содержаніи сулемы въ сулемованныхъ перевязочныхъ средствахъ.—Харитоновъ Л. А. Марганцово-кислый калий въ терапіи.—Драницынъ Н. М. Оперъ хирургической дѣятельности Маргеланскаго мѣстнаго лазарета въ 1895 г. (Оконч.).—Фейгинъ Ф. И. Пробки мендалевидныхъ железъ.—Муравинъ М. Къ вопросу о леченіи сибирской язвы карболовой кислотой.—Вѣржскій Д. И. О примѣненіи «аутосеротерапіи» къ леченію плевритическихъ выпотовъ.—Харитоновъ Л. А. Леченіе дизентеріи.—Гринспертъ А. П. Санитарныя условія походной жизни.—Іерусалимскій М. Н. Общія впечатлѣнія изъ Уфаднаго по воинской повинности присутствія.—Мронговіусъ В. Ю. О результатахъ леченія зернистой болѣзни на Батуринской глазной санитарной станціи.—Можаевъ А. И. Къ леченію мягкаго шанкра креолиномъ и тепломъ.—Воячекъ В. Два поучительныхъ случая инороднаго тѣла въ наружномъ слуховомъ каналѣ.—Шебасъ Н. В. О леченіи страданій уха резорциномъ съ опиѣмъ.

**Врачебная Газета. 1903 г. № 13.—Гейнацъ В. Н. Травматическія поврежденія, какъ причина новобразованій.—Мостковъ А. Изъ наблюденій надъ маляріей на Кавказѣ.—Капланъ Я. Ф. Три случая такъ наз. «арестанскаго паралича».—Додинъ М. Г. Коревой крупъ и 4 случая трахеотоміи по поводу его.

№ 14.—Гейнацъ В. Н. (продолженіе).—Захеръ А. В. Къ казуистикѣ носовыхъ камней.—Мостковъ А. (Продолженіе).

№ 15.—Гейнацъ В. Н. (Продолженіе).—Захеръ А. В. (окончаніе).—Мостковъ А. (Продолженіе).—Кереновскій М. И. Къ казуистикѣ застарѣлаго омертвѣнія glandulae incarceratedae penis съ его послѣдствіями.

№ 16.—Гейнаць (Окончаніе).—Габриловичъ Д. Л. О вліянні раннього rozpoзнаванія на излѣчивость легочной чахотки.—Мостковъ А. (Окончаніе).—Успенскій Е. И. Отмороженіе полового члена.

№ 17.—Груздевъ В. С. Къ вопросу о перекручиваніи ножки яичниковыхъ опухолей.—Казариновъ Г. Н. О полиморфныхъ плевритахъ.—Дибайловъ С. И. Изъ наблюденій надъ теченіемъ и леченіемъ брюшного тифа.—Габриловичъ Д. Л. (Окончаніе).

№ 18.—Михайловъ Н. Н. *Lipoma arborescens*, какъ одна изъ формъ туберкулезнаго пораженія синовіальныхъ оболочекъ.—Марьяничъ Н. П. Къ вопросу о распознаваніи послѣродовыхъ заболѣваній и о лѣчебномъ значеніи сыворотки Маттогскіа.—Дибайловъ С. И. (Окончаніе).

**Вѣстникъ 2-го Всероссийскаго Съѣзда дѣятелей по климатологіи, гидрологіи и бальнеологіи въ память Императора Петра Великаго. 1903 г. № 1.

**Вѣстникъ Общественной гігіены, судебной и практической медицины. 1903 г. Мартъ.—Госъ В. И. Командировка на Аксайскую эпидемію чумы.—Лебедевъ Н. Н. Измѣреніе мышечной силы у рабочихъ кирпичнаго завода.—Виршилло В. Л. Проказа въ Красномъ Яру. Игнатовскій А. С. Значеніе кровеизліяній въ желудкѣ для судебно-медицинской діагностики.—Шапировъ Б. М. Пріемъ новобранцевъ.

Апрѣль.—Скабиескій А. И. Физическое состояніе призывныхъ въ Богородскомъ уѣздѣ.—Хундадзе С. З. 15 мѣсяцевъ среди армянъ и татаръ.—Ростовцевъ З. И. Практическія затрудненія по удовлетворенію требованій гігіены къ мебели.—Хлопинъ Г. В. Предварительныя замѣчанія относительно приготовленія и примѣненія искусственныхъ красокъ ароматическаго ряда.

**Дѣтская Медицина. 1903 г. № 2.—Бартеневъ Л. Л. Къ вопросу о прогнозѣ при *Ravog posturnus infantum in somno*.—Беркенгеймъ. О сахарномъ діабетѣ у дѣтей.—Маньковский Л. Къ частотѣ заболѣванія рахитомъ крестьянскихъ дѣтей въ Бузулукскомъ уѣздѣ, Самарск. губ.

**Дѣятель. 1903 г. № 4.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней 1903 г. Январь.—Массевъ В. Н. Гинекологія въ ряду другихъ медицинскихъ знаній.—Побѣдинскій Н. И. Къ терапіи при узкомъ тазѣ.—Грейфе Г. А. Діагностика перелоя у женщины.—Кузнецкій Д. А. Случай рака яичниковъ у 14-л. дѣвочки.—Бондаревъ П. Г. Краткій очеркъ развитія ученія о родильной горячкѣ, какъ введеніе въ курсъ оперативнаго акушерства.—Садовскій П. Т. Къ техникумъ производства чревоотсѣненій.

Февраль.—Клименко В. Н. Къ вопросу о включеніяхъ въ раковой ткани.—Собѣстіянский Э. М. Случай кесарскаго сѣченія при остеомалитическомъ тазѣ.—

Томсонъ Г. И. Внѣматочная беременность позднего періода.—Букоемскій Ф. О колюмиваціи влагалища при леченіи нѣкоторыхъ женскихъ болѣзней.

*Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1903 г. № 2.—Куркинъ П. Къ вопросу о постановкѣ статистики туберкулеза.—Гликманъ С. Городскія безпальныя санаторіи.—Мануиловъ А. Желательныя улучшенія фабричнаго законодательства въ цѣляхъ охраны материнства.

**Записки Императорскаго Харьковского Университета. 1903 г. Кн. 1-я.

*Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1903 г. № 4.—Булавицковъ А. И. Психическій желудочный сокъ у людей.—Тишуткинъ Н. П. О стрессіи селезенки.—Спенглеръ А. Э. О скрытомъ туберкулезѣ глоточнаго миндаля.—Ивановъ А. Н. Объ обмѣнѣ солей щелочно-земельныхъ металловъ при фосфатуріи.

*Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библіографіи 1903 г. № 5—6.

*Дѣтопись Хирургическаго О-ва въ Москвѣ. 1902 г. Т. XXI. № 2. Оригинальн. ст. не имѣтъ.

*Медицинская Бесѣда. 1903 г. № 6.—Цезаревскій П. В. Къ вопросу объ оздоровленіи городовъ.—Шоръ Р. Лыковой промыселъ съ точки зрѣнія санитарно-экономической.—Лустверкъ Э. Ю. Случай *scarlatinae malignae*.

№ 7—8.

*Медицинское Обозрѣніе 1903 г. № 6.—Сахаровъ. Къ хирургіи блуждающей селезенки.—Жегалкинъ. Случай удаленія выпавшей при раненіи живота селезенки.—Каблуковъ. Къ казуистикѣ травматическаго стеноза тонкихъ кишокъ.—Поляковъ. Къ патогенезу псевдохилезныхъ аспитовъ.—Баженовъ. Желудочное пищевареніе при хроническомъ энтеритѣ.

№ 7.—Жуковский. О врожденномъ расширеніи толстыхъ кишокъ.—Рожапскій. Къ леченію врожденнаго сифилиса.—Писменный. Эпидемическая краснуха и ея разновидности.—Жуковский. Случай коревой краснухи у новорожденнаго.—Невядомскій. О леченіи маляріи подкожными впрыскиваніями хинина.—Власовъ и Сеппъ. О движеніи и эмиграціи лимфоцитовъ крови.

№ 8.—Муратовъ. Объ апоплектическихъ бульбарныхъ параличахъ.—Тутышкинъ. Случай бульбарнаго паралича съ амиотрофическимъ боковымъ склерозомъ.—Авербахъ. О вліяніи нѣкоторыхъ щелочей на теченіе инфекціонныхъ болѣзней, экспериментально вызываемыхъ.—Никифорова. Объ измѣненіяхъ кровообращенія при жировой и паренхимноклѣточной эмболии.—Абрикосовъ. О сущности самыхъ начальныхъ измѣненій при легочной чахоткѣ.

*Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику. 1903 г. Мартъ.—Загорянскій-Кисель В. Парижскія клиники.—Боголюбовъ Н. Ф.

Матеріалъ по морской гігієнѣ. Вода.—Добровольскій Н. Объ измѣненіяхъ артерій у дѣтей по возрастамъ.—Сиротининъ А. Н. Клиническіе матеріалы къ вопросу о сравнительномъ вліяніи нѣкоторыхъ жировъ на сокоотдѣленіе желудка и скорость перехода пищи изъ желудка въ кишки.—Вестерникъ Н. Н. О происхожденіи половъ.

Апрѣль.—Загорянскій-Кисель В. (Продолженіе).—Добровольскій Н. (Продолженіе).—Сиротининъ. (Продолженіе).—Волошинъ А. Ногазаскскій береговой лазаретъ во время Китайской войны.

*Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1903 г. № 2.—Чижъ В. Ф. Meningitis spinalis acuta traumatica.—Бехтеревъ В. М. О галлюцинаторномъ психозѣ, развивающемся при поврежденіи органа слуха.—Хмѣлевскій И. К. Къ грязелеченію раннихъ сифилитическихъ менинго-міелитовъ.—Мальцевъ А. Ф. Распространеніе помѣшательства и на этотъ недугъ древней Руси.

*Практическая Медицина. 1903 г. № 4.—Fritsch Н. Женскія болѣзни. Prausnitz W. Основы гігієны, съ обращеніемъ вниманія на германское, австрійское и русское законодательство.—Mendel E. Руководство къ психіатріи.

**Практическій Врачъ. 1903 г. № 13.—Велямовичъ В. Ф. Фолликулярный конъюнктивитъ и его отношеніе къ трахомѣ.—Турнеръ Г. И. Современная ортопедія въ дѣлѣ леченія тяжелыхъ послѣдствій дѣтскаго паралича.—Капланъ Я. Ф. Къ вопросу о вліяніи интеркуррентныхъ заболѣваній на душевныя и нервныя болѣзни.

№ 14.

№ 15.—Черно-Шварцъ Б. Н. и Бронштейнъ О. И. Къ вопросу о цитодиагностикѣ и ея практическомъ значеніи.—Куисевъ Н. Е. Случай опухоли средостѣпія (окончаніе).—Зарцмыъ О. О. Къ вопросу о воспаленіи предстательной железы. (Окончаніе).

№ 16.—Филипповъ А. Н. Объ атоническомъ расширеніи желудка у дѣтей.—Черно-Шварцъ Б. Н. и Бронштейнъ О. И. (окончаніе).—Капланъ Я. Ф. (окончаніе).

№ 17.—Спижарный И. К. Къ казуистикѣ ангиомъ лица.—Филипповъ А. Н. (Оконч.) Канторовичъ А. В. О такъ называемой деревянистой флегмонѣ шеи.

*Русскій Антропологическій Журналъ 1901 г. № 1.

*Русскій Врачъ. 1903 г. № 13.—Кацъ Р. А. Мнимая малоспособность къ ученію при астигматизмѣ глазъ.—Членовъ М. А. Заразительна ли проказа (окончаніе).—Кулешъ Г. С. О новомъ чужездномъ изъ саркоматозной опухоли желудка.—Троицкій И. В. Красота и здоровье въ дѣтскомъ возрастѣ.—Коптевъ Д. И. Къ вопросу объ искусственномъ раскрытіи матки.—Росенъ А. П. Къ вопросу о вліяніи электрическихъ свѣто-тепловыхъ и чисто-свѣтовыхъ

ванні на составъ крови, температуру, пульсъ, кровяное давленіе и въсь здоро-
выхъ людей.

№ 14.—Орловскій В. Ф. Щелочность крови при состояніяхъ лейкоцитоза
и зараженіяхъ.—Студзинскій И. Б. Рѣдкій случай *staphylococcosomycosis* кожи при
сахарной болѣзни.—Абуладзе Д. А. Нѣсколько общихъ замѣчаній о современ-
ныхъ задачахъ хирургическаго вѣдѣнія при леченіи больныхъ съ фибро-
миомами матки.—Троицкій И. В. (окончаніе).

№ 15.—Сухановъ С. А. Навязчивыя мысли и импульсивныя дѣйствія —
Лежневъ Н. Ф. Случай энтеротоміи при кишечныхъ камняхъ.—Дукельскій В. Я.
Къ вопросу о вульво-вагинитахъ у дѣтей.

№ 16. Ларіоновъ В. Е. Успѣхи неврологіи и ихъ значеніе въ различныхъ
отрасляхъ медицинскихъ знаній.—Рѣшетилло. Заразительна ли нервная или пят-
нисто-анестетическая форма проказы?—Дукельскій В. Я. (Окончаніе).—Попель-
скій Л. Б. Объ основныхъ свойствахъ поджелудочнаго сока.—Гейденрейхъ Л. Л.
О наилучшей жидкости для сохраненія анатомическихъ препаратовъ.

№ 17.—Вѣржскій Д. И. Roentgen'оскопія и другіе способы ранняго рас-
познаванія бугорчатки легкихъ.—Ивановъ Ф. И. Объ ощущеніи периферіей тѣла
ритмическихъ колебаній. Значеніе въ распознаваніи.—Кротовъ А. Г. О дѣйстви
лимонно-кислой мѣди при нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваніяхъ.—Герасимовичъ
В. П. О т. н. хирургической скарлатинѣ.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣз-
ней. 1903 г. № 3.—Голяховскій Ф. П. Случай *urticariae perstantis* съ пигментацией
и *alopeciae areatae*.—Станиславскій В. И. Къ вопросу о т. н. дистрофической
формѣ *epidermolysis bullosa hereditaria vel congenita*.—Тихановичъ А. В. Къ во-
просу о радиографіи сифилитическихъ измѣненій костей.—Мах Josef и Piorkowski.
Новыя данныя къ ученію о палочкѣ сифилиса.—Гринфельдъ А. И. Къ вопросу о
борьбѣ съ венерическими болѣзнями въ Одессѣ.—Вольфсонъ Г. Е. Къ вопросу
объ этиологіи *hae mospermae verae*.—Пальдрокъ А. К. *Gonococcus Neisseri*. (Про-
долженіе).

*Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1903 г. № 4. Граціановъ П.
А. Къ вопросу о бѣлыхъ невольникахъ.—Павловская Р. А. и Чигаевъ Н. Ф. Объ
организации амбулаторій для больныхъ бугорчаткой и при нихъ особыхъ попе-
чительствахъ.

№ 5.—Грудзинскій С. М. Современное состояніе свѣтолѣченія.—Ковалев-
скій П. И. Убіенство подъ вліяніемъ неоконченнаго полового акта.

№ 6.—Грудзинскій С. М. (Продолженіе).—Лобановъ С. В. Существуетъ ли
«мѣстный иммунитетъ» глаза.

№ 7.—Ножниковъ Б. П. О чумѣ.—Прейсъ Н. П. Практическая замѣтка о назначеніи питья подогрѣтаго кумыса при леченіи сифилиса на Пятигорской группѣ Кавказскихъ Минеральныхъ водъ.

№ 8.—Шеятелисъ—Херцеско И. К. Къ вопросу о комбинаціи истеріи съ органическимъ процессомъ.—Клевцовъ И. Отравленіе никотиномъ курителя табака.

№ 9.—Бартеневъ Л. Л. Къ вопросу о леченіи *ravog posturnus infantum in somno*.—Клевцовъ И. Къ вопросу о государственной регламентаціи проституціи.—Щербаковъ А. С. Случай *eclampsiae puerperalis*.

*Сибирскія Врачебныя Вѣдомости. 1903 г. № 9.

*Современная Клиника. 1903 г. № 3. Негар А. Ученіе о выкидышѣ.—Klempereger F. Лечение брюшного тифа.

№ 4.—Riege F. Расширеніе желудка, распознаваніе и леченіе.—Martin A. Вѣматочная беременность.

*Современная Медицина и Гигіена. 1903 г. № 3.—Строгановъ В. В. Сборникъ акушерскихъ задачъ.—Metnitz. Учебникъ зубоврачеванія.—Границъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови.—Левенфельдъ. Половая жизнь и находящіяся въ связи съ нею нервныя болѣзни. (Окончаніе).—Фурнье А. Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса.

№ 4.—Лезеръ. Операционный вахетесит.—Кнаппъ. Акушер. діететика и терапія.—Metnitz. (Продолженіе).—Границъ Э. (Продолженіе).—Фурнье (Продолженіе).

*Терапевтический Вѣстникъ. 1903 г. № 6.—Strauss H. Основы лѣгическаго леченія желудочныхъ заболѣваній. (Окончаніе).

№ 7.—Ranelletti. Новый способъ леченія недоступныхъ оперативному вѣдѣтельству раковыхъ и другихъ злокачественныхъ новообразованій и волчанки.

№ 8.—Ranelletti. (Окончаніе).

*Технологъ. 1903 г. № 2 и 3.

*Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1903 г. Мартъ.—Свенсонъ Н. А. Къ вопросу о газовомъ и азотистомъ обитіи въ выводящихъ отъ брюшного тифа и воспаленія легкихъ.

*Ученныя Записки Императорскаго Каванскаго Университета. 1903 г. Февраль. Мартъ.

*Ученныя Записки Императорскаго Юрьевскаго Университета. 1903 г. № 2.

*Ученныя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. 1903 г. Вып. 2.—Гольцманъ К. М. Болѣзни мочевого аппарата. (Окончаніе).—Алексѣевъ А. Н. Къ вопросу о разъясненіи причины падежа кошекъ въ Казань.

скої губ. при примѣненіи развонокъ мышьянаго тифа.—Логиновъ В. Къ вопросу о вліянніи температуръ на величину латентнаго періода и форму кривой сокращенія поперечно-полосатыхъ мышцъ. (Продолженіе).—Отте В. Ф. Къ гистологіи, «Узелки бѣшенства» въ нервныхъ узлахъ.—Ушаковъ В. Къ вопросу о наследственной приобрѣтенныхъ признаковъ.

**Хирургія. 1903 г. Апрѣль.—Копыловъ Н. В. Историческій очеркъ преподаванія хирургіи въ Юрьевскомъ Университетѣ.—Гешелинъ И. С. Къ казуистикѣ отогенной піеміи.—Мартыновъ А. О пришиваніи подвижной почки.—Михаикинъ П. Н. Сто двадцать грыжесѣченій.—Орловъ В. Н. Кистаadenoma печени и операт. помощь при этомъ заболѣваніи.

**Электричество. 1903 г. № 5, 6.

Н. Осокинъ.



ОБЪЯВЛЕНІЯ.

Открыта подписка на ИЗВѢСТІЯ

МОСКОВСКАГО

СЕЛЬСКО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО ИНСТИТУТА

ГОДЪ IX 1903.

Извѣстія выходятъ четырема книгами въ годъ, составляющими не менѣе 35 листовъ текста in 8°. Программа извѣстій. Официальный отдѣлъ. I. Правительственныя распоряженія, касающіяся М. С. Х. Института. II. Постановленія Совѣта Института и относящіяся къ нимъ приложения: а) программы и планы лекцій и практическихъ занятій въ Институтѣ; б) отчеты объ экскурсіяхъ, ежегодно совершаемыхъ студентами Института подъ руководствомъ профессоровъ, преподавателей и пр.; в) работы комиссій, назначаемыхъ Совѣтомъ Института для разслѣдованія различныхъ вопросовъ и г) отчеты о командировкахъ членовъ совѣта и другихъ лицъ, служащихъ въ Институтѣ. III. Нѣкоторые изъ журналовъ засѣданій Сельскохозяйственнаго комитета, состоящаго при Институтѣ а именно тѣ, которые имѣютъ особенное значеніе для учебной и ученой дѣятельности Института. IV. Годичный отчетъ о состояніи Института. V. Каталоги и описанія библиотеки, разнообразныхъ коллекцій и учебныхъ пособій, находящихся при Институтѣ. Неофициальный отдѣлъ. I. Труды профессоровъ, преподавателей, ассистентовъ, студентовъ Института и постороннихъ лицъ, а именно: а) естественно-историческіе и б) статистико-экономическіе (преимущественно касающіеся изученія русскаго народнаго хозяйства). Сюда входятъ какъ отдѣльныя самостоятельныя изслѣдованія, такъ и совмѣстныя работы, исполненныя въ лабораторіяхъ, кабинетахъ, на опытномъ полѣ, или на предполагаемой опытной станціи, пастбищѣ, въ лѣсной дачѣ, огородѣ, питомникѣ и пр. II. Критическія и библиографическія статьи о выдающихся произведеніяхъ народнохозяйственной и естественноисторической литературы. III. Метеорологическія наблюденія, произведенныя на обсерваторіи Института. Работы могутъ сопровождаться рисунками, таблицами, чертежами, диаграммами и пр. и, по желанію автора, краткимъ резюме на какомъ-либо иностранномъ языкѣ (резюме должно быть составлено самимъ авторомъ и

прислано въ редакцію одновременно со статьею). Оглавленія каждой книги Извѣстія, кромя русскаго языка, печатается еще на французскомъ языкѣ. Подписка принимается въ канцеляріи Московскаго Сельскохозяйствен. Института и въ книжн. магаз. Карбасникова (Москва, Варшава, Вильна, С.-Петербургъ) и «Трудъ» (Москва, Тверская). Подписная цѣна въ годъ, за четыре книги, 5 р.; для студентовъ высшихъ учебныхъ заведеній 2 р. 50 к.; цѣна отдѣльной книги 1 р. 50 к.; отдѣльные оттиски статей естественно-историческихъ и статистико-экономическихъ высылаются названными книжными магазинами наложеннымъ платежомъ по расчету 20 коп. за листъ. Редакторы: С. И. Ростовцевъ, Д. Н. Прянишниковъ.

О Т К Р Ы Т А П О Д П И С К А НА ЖУРНАЛЪ СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПІЯ въ 1903 году (Годъ 8).

Современная Терапія,—обозрѣніе успѣховъ врачеванія по всѣмъ отраслямъ практической медицины и хирургіи у насъ и за границей,—въ 1903-мъ году будетъ выходить по прежней программѣ, ежемесячно въ объемѣ не меньше четырехъ печатныхъ листовъ.

О Т ДѢ Л Ы Ж У Р Н А Л А: I. Оригинальныя сообщенія и обзоръ.—II. Изъ періодической печати. 1. Общая терапія.—2. Хирургія и зубоврачеваніе.—3.—Болѣзни глаза.—4. Болѣзни уха, носа и горла.—5. Болѣзни органовъ дыханія и кровообращенія.—6. Болѣзни органовъ пищеваренія.—7. Болѣзни мочеполовыхъ органовъ, сифилисъ и кожныя.—8. Болѣзни крови, обмѣна и заразныя.—9. Болѣзни нервной системы и душевныя.—10. Болѣзни дѣтскаго возраста.—11. Акушерство и гинекологія.—12. Токсикологія, фармакологія и рецептура.—13. Краткія терапевтическія замѣтки.—14. Рецептурныя формулы.—III. Библіографія.—IV. Хроника и разныя извѣстія.—V. Объявленія.

П О Д П И С Н А Я Ц ѣ н а .

съ пересылкой: на годъ 4 рубля, на полгода 2 рубля. За границу въ простой бандероли 4 руб. 50 коп. За-границу въ заказной 5 руб. 50 коп.

Цѣна объявленій 20 коп. за мѣсто строчки петида.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Подписка и объявленія принимаются ежедневно, въ конторѣ и редакціи журнала и въ большихъ книжныхъ магазинахъ Москвы, Петербурга и другихъ городовъ.

Икогородныхъ подписчиковъ покорнѣйше просятъ обращаться прямо въ контору журнала.

Экземпляры «Новостей Терапіи» за 1891, 1892, 1893, 1894, и 1895 г.г. 2 руб. 50 коп. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1903 г. и 3 руб. другимъ. Экземпляры «Современной Терапіи» 1896—1902 г.г. 3 руб. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1903 года и 3 руб. 50 к. другимъ.

Адресъ конторы и редакціи: Москва, Цвѣтной бульваръ домъ Торопова.

Редакторъ-Издатель К. В. Скурховичъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ НА ГАЗЕТУ

„ФЕЛЬДШЕРЪ“,

ПОСВЯЩЕННУЮ

МЕДИЦИНѢ, ГИГИЕНѢ И ВОПРОСАМЪ ФЕЛЬДШЕРСКАГО БЫТА.

Тринадцатый годъ изданія.

Газета «Фельдшеръ» выходитъ въ С.-Петербургѣ, два раза въ мѣсяцъ, въ объемѣ 1—2 листовъ.

Подписная цѣна за годъ съ пересылкой три рубля, за 4 мѣсяца (Январь—Апрѣль, Май—Августъ, Сентябрь—Декабрь) одинъ рубль. Наложеннымъ платежомъ или на другіе сроки подписка не принимается.

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя газеты «Фельдшеръ», С.-Петербургъ.

Редакторъ-издатель: врачъ Б. А. Оксъ.

„Медицинскій Журналъ“

Доктора Окса

ДЛЯ ПОМОЩНИКОВЪ ВРАЧЕЙ.

Шестой годъ изданія.

«Медицинскій Журналъ» выходитъ ежемѣсячно книгами журнальнаго формата, въ пять и болѣе печатныхъ листовъ. Подписка на «Медицинскій Журналъ» принимается только на годъ.

Подписная цѣна за годъ съ пересылкой четыре руб. Для подписчиковъ газеты «Фельдшеръ», при одновременной подпискѣ на газету «Фельдшеръ» и «Медицинскій Журналъ», допускается уступка и разсрочка: при подпискѣ три рубля къ первому апрѣля—1 р. 50 к. и къ первому іюля—1 р. 50 к.

Съ требованіями адресоваться: С.-Петербургъ, Большая Морская д. № 30, въ редакцію «Медицинскаго Журнала».

Въ 1903 году въ «Медицинскомъ Журналѣ» будутъ напечатаны:

1) Д-ръ Н. И. Тезяковъ, зав. санитарнымъ отд. Ворон. губ. земства. «Основы санитарной статистики». 2) И. И. Кальнингъ, магистръ фармаціи, ассистентъ фармакологическаго института Императорскаго Московскаго университета. «Краткій курсъ фармакогнозіи» съ 30 рис. въ текстѣ. 3) Д-ръ М. Е. Ліонъ. «Словарь практическихъ медицинскихъ знаній». 4) «Атласъ д-ра Гейсмана». Опис. и тологр. анатомія человѣка. Пер. съ послѣдняго (8-го) нѣм. изд. Съ 789 рисунками въ текстѣ (въ томъ числѣ 190 рис. въ краскахъ). Первый томъ (второй и послѣдній будетъ данъ въ 1904 году). 5) «Фельдшерскій Сборникъ» съ 45 портретами сотрудниковъ газеты «Фельдшеръ». Въ «Сборникѣ» войдутъ статьи: д-ра мед. В. Ѳ. Демича, ф-ра П. А. Калинина, ф-ра Г. А. Коваленко, д-ра Б. А. Окса, ф-ровъ: А. В. Педаненко, В. П. Попова и И. Семенова. 6) Рефераты (отъ 300 до 400 въ годъ), рецензіи новыхъ книгъ, рецептурныя замѣтки и новѣйшія рецептныя формулы.

Редакторъ-Издатель д-ръ Б. А. Оксъ.

Редакторъ д-ръ Л. Я. Яковлевъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

„Эскулапъ“

МЕДИЦИНСКІЙ КАЛЕНДАРЬ

Доктора Б. А. Окса

на 1903 годъ.

14-й годъ изданія.

Цѣна въ коленкоровомъ переплетѣ съ перес. 1 р. 40 коп.

Спб. Б. Морская, 30.



ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

4 книги въ годъ съ приложеніями.

Подписная цѣна:

для студентовъ Харьковскаго Университета назначается по 2 руб. въ годъ, для иногороднихъ лицъ: безъпересылки 4 рубля, а съ пересылкою 5 рублей въ годъ.

Адресъ: Редакціи „Записокъ Императорскаго Харьковскаго Университета“ Харьковъ (въ зданіи Университета).

Редакторъ Проф. Д. Овсяннико-Куликовскій.



Открыта подписка на 1903 годъ

(т. XX, годъ двадцатый).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

- I. Отдѣлъ естественно-историческій.
- II. Отдѣлъ гигиеническій и сельско-хозяйственный.
- III. Отдѣлъ нормальной и патологической зоотоміи, гистологіи и физиологіи.
- IV. Отдѣлъ клиническій (клиника терапевтическая, хирургическая и акушерство).
- V. Отдѣлъ инвазионныхъ и инфекціонныхъ болѣзней.
- VI. Отдѣлъ ветеринарно-полицейскій.
- VII. Отдѣлъ критики и библіографіи.
- VIII. Отдѣлъ научно-практическихъ свѣдѣній.
- IX. Извѣстія и замѣтки.

«Ученныя Записки» выйдутъ въ 1903 году въ количествѣ 6 вып., составивъ тожь болѣе 20 печати. листовъ (томъ XX). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за гриппу—4 рубля.

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

Съ требованіями на журналъ и авторовъ, желающихъ помѣстить свои статьи въ журналъ, просятъ обращаться исключительно въ Казанскій Ветеринарный Институтъ на имя редактора.

Редакторъ Гр. Кирилловъ.

1903 г. ОТКРЫТА ПОДПИСКА годъ XIV.

НА ЖУРНАЛЪ

„ВОПРОСЫ ФИЛОСОФІИ

И

ПСИХОЛОГІИ“

ИЗДАНИЕ МОСКОВСКАГО ПСИХОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА,

при содѣйствіи С.-Петербургскаго Философскаго Общества.

Журналъ издается на прежнихъ основаніяхъ подъ редакціей кн. С. Н. Трубецкаго и Л. М. Лопатина.

Въ „Вопросахъ Философіи и Психологіи“

принимають участіе слѣдующія лица:

Н. А. Абрикосовъ, Ю. И. Айхенвальдъ, В. Анри, Н. Н. Баженовъ, О. Д. Батюшковъ, А. Н. Бекетовъ, А. Н. Бернштейнъ, П. Д. Боборыкинъ, Е. А. Бобровъ, С. Н. Булгаковъ, В. Р. Буцке, А. С. Бѣлкинъ, В. А. Вагнеръ, В. Э. Вальденбергъ, А. В. Васильевъ, А-дръ И. Веденскій, Д. В. Викторовъ, Н. Д. Виноградовъ, П. Г. Виноградовъ, В. И. Герье, А. Н. Гиляровъ, В. А. Гольцевъ, Л. О. Даркшевичъ, В. В. Джонстонъ, Н. А. Звѣрель, О. А. Зеленогорскій, В. Н. Ивановскій, Н. А. Иванцовъ, А. П. Каванскій, М. И. Каринскій, Н. И. Карѣевъ, В. О. Ключевскій, Я. Н. Колубовскій, О. Е. Коршъ, Н. Н. Ланге, П. Ломброзо, Л. М. Лопатинъ, С. М. Лукьяновъ, П. Н. Милуковъ, П. В. Мокіевскій, П. И. Новгородцевъ, Л. Е. Оболенскій, Д. Н. Овсяннико-Куликовскій, И. Ф. Огневъ, Э. Л. Радловъ, В. П. Сербскій, В. С. Серебренниковъ, П. П. Соколовъ, С. А. Соллертинскій, Ф. В. Софроновъ, Г. Е. Струве, П. Б. Струве, С. А. Сухановъ, П. В. Тихомировъ, гр. Л. Н. Толстой, кн. Е. Н. Трубецкой, кн. С. Н. Трубецкой, Н. А. Умовъ, Г. И. Челпановъ, Б. Н. Чичеринъ, Н. О. Шталамовъ, Н. И. Шишкинъ и др.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Самостоятельныя статьи и замѣтки по философіи и психологіи. Въ понятіе философіи и психологіи включаются: логика и теорія знанія, этика и философія права, эстетика, исторія философіи и метафизика, философія наукъ, опытная и фізіологическая психологія. 2) Критическія статьи и разборы ученій и сочиненій

ОБЪЯВЛЕНІЯ

западно-европейскихъ и русскихъ философовъ и психологовъ. 3) Общіе обзоры литературы поименованныхъ наукъ и отдѣловъ философіи и библіографія. 4) Философская и психологическая критика произведеній искусства и научныхъ сочиненій по различнымъ отдѣламъ знанія. 5) Переводы классическихъ сочиненій по философіи древняго и новаго времени.

Журналъ выходитъ пять разъ въ годъ (приблизительно въ концѣ февраля, апрѣля, іюня, октября и декабря) книгами не менѣе 15 печатныхъ листовъ.

Условія подписки: На годъ (съ 1-го января 1903 г. по 1-е января 1904 г.) безъ доставки—6 р., съ доставкой въ Москвѣ—6 р. 50 к., съ пересылкой въ другіе города—7 р., за границу—8 р.

Учащіеся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, сельскіе учителя и сельскіе священники пользуются скидкой въ 2 р. Подписка на льготныхъ условіяхъ и льготная выписка старыхъ годовъ журнала принимается только въ конторѣ редакціи

Подписка принимается въ конторѣ журнала: Москва, М. Никитская, Георгіевскій пер., д. Соловьевой, и книжныхъ магазиновъ «Новаго Времени» (С.-Петербургъ, Москва, Одесса и Харьковъ), Карбасникова (С.-Петербургъ, Москва, Варшава), Вольфа (С.-Петербургъ и Москва), Оглоблина (Кіевъ), Башмакова (Каванъ) и другихъ.

Полные годовые экземпляры журнала за третій (№№ 10—14), четвертый (№№ 16—20), пятый (№№ 21—25), шестой (№№ 26—30) годы продаются по 2 р. за каждый годъ, седьмой (31—35), восьмой (№№ 36—40), девятый (№№ 41—45), десятый (№№ 46—50) и одиннадцатый (№№ 51—55) годы по 3 р. за экземпляры съ пересылкой; экземпляры за 1901 г. продаются за 4 р. съ пер., за 1902 г.—6 р. Подписчики на новый 1903 г. получаютъ журналъ при выискѣ всѣхъ прежнихъ годовъ изданія сразу по 2 руб. за годъ, до 1901 г. выключительно № 15-й журнала, не входящій ни въ одинъ изъ годовыхъ комплектовъ, весь распроданъ. При выискѣ всѣхъ означенныхъ книгъ наложеннымъ платежемъ взымается съ каждаго рубля по 2 коп.

Редакторы: Кн. С. Н. Трубецкой.

Л. М. Лопатинъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903-й ГОДЪ.

(Годъ изданія II-й).

на еженедѣльн. медицинскую газету

„ПРАКТИЧЕСКІИ ВРАЧЪ“.

и ежемѣсячный журналъ

„Современная Клиника“подъ редакціей д-ра *С. Б. Орnickина.*

Въ 1903 году «Практическій Врачъ» будетъ выходить по той-же программѣ и при томъ же составѣ сотрудниковъ, какъ и въ прошломъ году, и будетъ содержать слѣдующіе отдѣлы:

I. Оригинальныя и переводныя статьи по всѣмъ отраслямъ практической медицины.—II. Клиническія лекціи.—III. Медицинская казуистика.—IV. Критическіе обзоры по наиболѣе важнымъ вопросамъ клинической медицины, преимущественно по вопросамъ, стоящимъ на рубежѣ двухъ главнѣйшихъ областей—внутренней медицины и хирургіи.—V. Обзоръ русскои печати.—VI. Обзоръ иностранной печати.—VII. Рефераты новѣйшихъ русскихъ и иностранныхъ работъ практическаго характера.—VIII. Терапевтическій отдѣлъ. Систематическое обзоръ нѣ успѣховъ терапіи по всѣмъ отраслямъ врачеванія (включая физическіе методы леченія, гидротерапію, бальнеологію, гишургію (уходъ за больными), климатолечение, свѣтолечение, рентгенотерапію и пр.). Новыя способы леченія. Новыя инструменты и приборы.—IX. Практическія замѣтки. Рецетныя формулы. Діететическія указанія.—X. Отчеты засѣданій русскихъ и иностранныхъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—XI. Рецензіи новыхъ медицинскихъ сочиненій. Библиографическія замѣтки.—XII. Статьи и фельетоны по бытовымъ вопросамъ общественной медицины.—XIII. Корреспонденціи.—XIV. Лѣтопись важнѣйшихъ событій врачебной жизни. Хроника. Официальныя свѣдѣнія о врачахъ. Смѣсь. Почтовый ящикъ, Объявленія.

Какъ и въ прошломъ году, существеннымъ дополненіемъ къ «Практическому Врачу» явятся ежемѣсячный журналъ «Современная Клиника».

«Современная Клиника» будетъ выходить ежемѣсячно выпусками, въ размѣрѣ отъ 3—4 печатныхъ листовъ книжнаго формата, что въ концѣ года составитъ томъ, объемомъ до 40 листовъ убористой печати.

Подписная цѣна на оба изданія, на еженед. газету «Практическій Врачъ» съ «Современной Клиникой»—за годъ 6 р. съ пересылкой и доставкой. Допускается рассрочка: при подписѣ 3 р. и 1-го іюля 3 р. или по 2 р. въ три срока

Подписная цѣна на всѣ 12 книжекъ «Современной Клиники» (безъ газетъ) 3 рубля съ доставкой и пересылкой. Допускается разсрочка по соглашенію съ редакціей.

Подписка принимается въ Редакціи—С.-Петербургъ, Садовая ул., д. 29.

Редакторъ-издатель д-ръ С. В. Орѣшкінъ.

ВЫШЕЛЪ ЧЕТВЕРТЫЙ НОМЕРЪ ВРАЧЕБНО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАГО ЖУРНАЛА „РЕЦЕПТЪ“.

«Рецептъ» имѣетъ свою цѣлю единеніе врачей и фармацевтовъ на почвѣ ихъ общихъ научныхъ интересовъ. Съ этой цѣлью онъ посвящается раціональной рецептурѣ, фармаціи, химическимъ наукамъ, имѣющимъ отношеніе къ медицинѣ и фармаціи, и вопросамъ врачебно-фармацевтическаго быта и фармацевтическаго образованія. «Рецептъ» издается при сотрудничествѣ: профес. А. В. Альбицкаго, почетнаго лейбъ-медика Л. Б. Бертесона, прив.-доц. А. С. Гинзберга, прив.-доц. В. О. Губерта, профес. Д. Л. Давыдова, прив.-доц. Н. И. Кроммера, проф. А. В. Пеля, прив.-доц. П. О. Смоленскаго, проф. В. А. Тихомирова, магистра И. С. Ткешелашвили, проф. Ф. М. Флавицкаго, проф. С. О. Чирвинскаго и ученаго аптекаря фармацевтическаго института Юрьевскаго университета І. Шиндельмейсера.

Содержаніе четвертаго номера: 1) Конгрессъ врачей и натуралистовъ въ Гельсингфорсѣ, проф. С. І. Залѣсскаго. 2) Открытіе ядовитыхъ кислотъ при судебн.-химич. изслѣдованіяхъ, пр.-доц. Е. Шацкаго. 3) Письма о рецептурѣ, его ж. 4) О виѣптечной торговлѣ аптекарскими товарами, магист. Н. М. Мейсселя. 5) Объ отношеніи женщинъ-фармацевтовъ къ вопросу объ аптечномъ ученичествѣ, магистранта Антонины Лесневской. 6) Практическія замѣтки по рецептурѣ. 7) Какъ рецепты писать не слѣдуетъ. 8) Засѣданія обществъ. 9) Изъ текущей прессы. 10) Хроника. 11) Высочайше указы и прав. распоряж. 12) Движеніе личнаго состава по медицинской и фармацевтич. службѣ. 13) Некрологъ. 14) Объявленія.

Подписная цѣна на 1 годъ 4 руб., на $\frac{1}{2}$ года 2 р. 50 коп. «Рецептъ» выходитъ съ 1-го іюля сего 1902 г. и съ этого времени считается годъ. Годовые и полугодовые подписчики 1902 года, независимо отъ времени подписки, получаютъ журналъ «Рецептъ» съ перваго номера. По этой же цѣнѣ желающіе могутъ также подписаться въ настоящее время на журналъ «Рецептъ» съ 1-го января 1903-го года на цѣлый годъ, или на $\frac{1}{2}$ года.

Подписка на «Рецептъ» и объявленія принимаются въ конторѣ журнала: С.-Петербургъ, Большая Итальянская, 11 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ Европейской Россіи.

Редакторы: Прив.-доц. Е. А. Шацкій, проф. С. І. Залѣсскій.

Годъ изданія VIII-й.
ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1903 ГОДЪ

Н А

„ВРАЧЕБНО-САНИТАРНЫЙ ЛИСТОКЪ“

Симбирской губерніи.

(Приложеніе къ „Вѣстнику Симбирскаго Губерн. Земства“).

Выходитъ 1—2 раза въ мѣсяцъ, въ размѣрѣ 1—1½ печатныхъ листовъ.

Программа изданія:

- 1) Статьи по описанію уѣздовъ и участковъ Симбирской губерніи въ медико-топографическомъ отношеніи.
- 2) Особенности въ ходѣ развитія мѣстныхъ эпидемій и эпидемическихъ болѣзней и мѣры борьбы съ ними.
- 3) Дѣятельность уѣздныхъ врачебныхъ совѣтовъ.
- 4) Больничная хроника и казуистика.
- 5) Историческій очеркъ больничнаго и медицинскаго дѣла въ уѣздахъ и участкахъ.
- 6) Исторія возникновенія больницъ и ихъ настоящее положеніе.
- 7) Изученіе народной медицины.

Подписка принимается въ Губернской и Уѣздныхъ Земскихъ Управахъ.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой 1 р. 25 к.



ИМПЕРАТОРСКОЕ Кавказское Медицинское Общество

Издастъ въ теченіи года Протоколы своихъ засѣданій (отъ двухъ до трехъ номеровъ въ мѣсяцъ) и 2—3 книги Медицинскаго Сборника. Цѣна обоихъ изданій въ мѣсяцъ 5 р. съ пересылкой. Отдѣльно цѣна Протоколовъ 3 рубля, а каждой книги Сборника 1 р. 50 к.

Подписка на 1 годъ принимается въ Тифлисѣ у Секретаря Общества.



Открывается подписка на ежемѣсячный журналъ

VIII г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1903 г.

и двухнедѣльное изданіе

VI г. **„ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“, 1903 г.**

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АОНАСЬЕВЫМЪ.

Въ предшествовавшіе семь лѣтъ редація «Современной Медицины и Гигіены» дала своимъ подписчикамъ цѣлый рядъ (78) новѣйшихъ, вполне современно изложенныхъ сочиненій (руководствъ, учебниковъ, лекцій, монографій, обзоровъ и новостей медицины и пр.) по различнымъ практическимъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыхъ въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Въ наступающемъ (VIII-мъ) году редація имѣетъ въ виду частью пополнить бібліотеку своихъ подписчиковъ сочиненіями по такимъ спеціальностямъ, которыя еще не были подробно представлены, а частью дать имъ нѣкоторые новѣйшіе переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

- 1) Проф. В. В. Строгановъ. Сборникъ акушерскихъ задачъ.
- 2) Д-ръ Я. Б. Эйгеръ. Основы ученія объ электричествѣ въ приложеніи въ медицину. Съ рис. Подъ редакціей и съ предисловіемъ академика проф. Н. Г. Егорова.
- 3) Онъ-же. Медицинская электротехника. Со многими рис.
- 4) Д-ръ Toby Sohn (Берлинъ). Электродіагностика и электротерапія. Съ рис. Съ предисл. проф. Mendel'я. Перев. и добавленія д-ра Я. Б. Эйгера.
- 5) Проф. М. И. Аонасьевъ — д-ръ П. В. Ваксъ. Азіатская холера. Съ рис.
- 6) Онъ-же. Лютская чума. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.
- 7) Проф. E. Grawitz (Берлинъ). Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови. Обширная монографія съ 40 рисунками, частью цвѣтными.
- 8) Доц. Kogczynski (Краковъ). Органотерапія. (Въ новѣйшія пріобрѣтенія и современное состояніе).
- 9) Camille Vieillard (фармацевтъ-химикъ въ Парижѣ). Семіологія мочи со включеніемъ микроскопіи. Способы толкованія мочевыхъ анализовъ. Съ предисл. проф. A. Robin'a.
- 10) L. Loewenfeld (Мюнхенъ). Половая жизнь и находящіяся въ связи съ нею нервныя болѣзни. Съ прибавленіемъ половой невралгіи.
- 11) Проф. Leser (Галле). Операционный Vademecum для практическаго врача. Перев. со 2-го изд. Съ 84 рис. Съ пред. и прим. проф. I. Ф. Земадхаго.

12) Проф. Metnitz (Вѣна). Учебникъ зубоврачеванія. Для практическихъ врачей и студентовъ. Перев. съ 3-го изд. Съ 255 рис.

13) Проф. Кларр (Прага). Акушерская дѣтетика и терапія (часть оперативное акушерство). Съ 147 рис.

14) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство къ патологій и терапіи сифилиса. Выпускъ IV, содержащій изложеніе третичнаго періода.

15) Д-ръ Ohlmann. Новѣйшая терапія глаза. Дополненіе къ сочиненію, уже издавшему редакціей и рекомендованному покойнымъ проф. Г. А. Донбергомъ.

16) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

Существеннымъ дополненіемъ къ журналу «Совр. Мед. и Гиг.» можетъ служить

VI г. „ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“, 1903 г.

посвященный обзору успѣховъ терапіи во всѣхъ медико-хирургическихъ спеціальностямъ и терапевтической гигиенѣ.

Программа этого журнала слѣдующая:

I. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ врачеванія.—II. Новыя врачебныя средства.—III. Новые способы леченія.—IV. Новые лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—V. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеуматотерапіи, механотерапіи (массажъ и гимнастика), гелиотерапіи, фототерапіи, электротерапіи и рентгенотерапіи.—VI. Рефераты по всѣмъ медико-хирургическимъ спеціальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, дѣтскимъ болѣзнямъ, нервнымъ болѣзнямъ и психіатріи, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, гѣба, гортани и уха.—VII. Изъ засѣданій русскихъ медіц. обществъ и съѣздовъ.—VIII. Изъ засѣданій иностранныхъ медіц. обществъ и конгрессовъ.—IX. Рецензіи и библіографія.—X. Рецензіи формулы и дѣтетическія указанія.—XI. Практическія замѣтки.—XII. Научная хроника и смѣсь.—Объявленія.

Подписная цѣна на «Современ. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р. На «Терапевт. Вѣстн.» 5 р., безъ пер. 4 р. 50 к. На оба изданія 13 р., безъ пер. 12 р. Допускается разсрочка: на «Совр. Мед.»—при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.; на «Терап. Вѣстн.»—при подпискѣ 3 р., въ маѣ 2 р. (1¹/₂ р.); на оба изданія: при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р. и въ сентябрѣ 3 (2) руб. За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Терап. Вѣстн.» 6 р. Оба журнала 16 руб. Оставшіеся полн. экзempl. «Совр. Мед.» за 1896—1902 гг. можно получать по 10 руб. безъ пер. Таковы же экзemplары «Терап. Вѣстн.» за 1898—1902 гг. по 5 руб. безъ пер.

Плата за объявленія въ журналахъ: цѣлая страница 15 руб., ¹/₂ стр. 8 руб., ¹/₄ стр. 5 руб. Комиссіонерамъ 25% уступки.

Подписчики на «Совр. Мед. и Гиг.» и на «Терапевт. Вѣстн.» пользуются 25-ю проц. уступки при выпискѣ изъ конторы редакціи (Литейный просп. № 33) всѣхъ ея изданій; каталогъ послѣднихъ можно получать безплатно изъ конторы.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Органъ акушерско гинекологическаго Общества

въ С.-Петербургѣ.

будетъ выходить въ 1903 году въ прежнемъ объемѣ и по прежней программѣ.

Подписная цѣна для городскихъ подписчиковъ—безъ доставки 7 руб., съ доставкой—7 руб. 50 коп., для иногороднихъ съ пересылкой—8 руб. Подписка принимается только на годъ. Коммисіонная скидка для гг. книгопродавцевъ—20 коп. съ экземпляра. Подписныя деньги и статьи высылаются по слѣдующему адресу: С. Петербургъ, въ редакцію Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней.

Редакторы: Профессоръ Д. Оттъ.

Докт. медик. Л. Личкусъ.

ОБЪЯВЛЕНІЕ ОТЪ РЕДАКЦИИ

«Варшавскихъ Университетскихъ Извѣстій»

«Варшавскія Университетскія Извѣстія» заключаютъ въ себѣ два отдѣла: официальный и ученый. Въ первомъ отдѣлѣ печатаются: 1) сокращенные протоколы засѣданій Совѣта Университета, 2) обзорѣнія преподаванія по полугодіямъ и свѣдѣнія о личномъ составѣ Университета, 3) извлеченія изъ отчетовъ о состояніи и дѣятельности Университета, 4) отчеты профессоровъ и преподавателей объ ученыхъ командировкахъ, 5) актовыя рѣчи профессоровъ, 6) отзывы о диссертацияхъ докторскихъ, магистерскихъ и pro venia legendi, 7) программы университетскихъ лекцій, 8) сочиненія студентовъ, удостоенныя награды золотою медалью и 9) отзывы о медальныхъ сочиненіяхъ. Во второмъ отдѣлѣ печатаются научныя статьи профессоровъ, преподавателей и другихъ лицъ, служащихъ при Университетѣ, а также вступительныя лекціи профессоровъ и преподавателей; въ зависимости отъ состоянія средствъ «Извѣстій» въ этомъ отдѣлѣ пе-

чатаяются также курсы университетскихъ лекцій, диссертаций и другіе научные труды большого объема.

Въ прибавленіяхъ печатаются таблицы метеорологическихъ наблюдений и списки книгъ, поступающихъ въ Библіотеку Университета, при чемъ эти списки издаются одинъ разъ въ годъ въ видѣ особаго приложенія къ майской книжкѣ «Извѣстій».

«Варшавскія Университетскія Извѣстія» выходятъ 9 разъ въ годъ (въ концѣ каждаго учебнаго мѣсяца) книжками въ размѣрѣ до 12 печатныхъ листовъ каждая. Годовая подписная цѣна—5 руб. с. пересылкою. Подписка принимается въ Правленіи Университета.

Редакторъ профессоръ В. Александренко.