

5

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII.

МАРТЪ-АПРѢЛЬ.

1908 Г.

КАЗАНЬ,

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.



СОДЕРЖАНІЕ.

	<i>Стр.</i>
I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫ.	
М. М. Хомяковъ. <i>Thorus palatinus</i> (антропологич. этюдъ).	85.
М. Н. Чебоксаровъ. Диагностическое значеніе глазной реакціи Wolf-Eisner'a и Calmette'a при бугорчаткѣ.	115.
Проф. Н. М. Любимовъ. Къ ученію объ острой лейкеміи. (Продолженіе).	135.
А. Д. Никольскій. Санитарный очеркъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета Приморской области	155.
А. И. Перекроповъ. Нѣсколько случаевъ травматическаго разрыва селезенки	158.
Н. В. Копыловъ. Лечение по способу проф. Бира. (<i>Съ 4 рис. въ текстъ</i>).	168.
Проф. Н. А. Геркенъ. Краткое сообщеніе о 4 случаяхъ аппендицита	179.
II. ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ	
Программа Поволжскаго Областнаго Противо-холернаго Съѣзда.	188.
III. ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 9-го февраля и 16-го февраля 1908 г. 46—64	



КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ VIII.

МАРТЪ-АПРѢЛЬ.

1908 Г.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1908.

Учб. 5

ВНЕШНИЙ
ЦЕНЗОРЪ

СОДЕРЖАНІЕ,

Стр.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

- М. М. Хомяковъ.** *Thorus palatinus* (антропологич. этюдъ). 85.
- М. Н. Чебоксаровъ.** Диагностическое значеніе глазной реакціи Wolf-Eisner'a и Calmette'a при бугорчаткѣ. 115.
- Проф. **Н. М. Любимовъ.** Къ ученію объ острой лейкеміи. (*Продолженіе*). 135.
- А. Д. Никольскій.** Санитарный очеркъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета Приморской области 155.
- А. И. Перекроповъ.** Нѣсколько случаевъ травматическаго разрыва селезенки 158.
- Н. В. Копыловъ.** Лечение по способу проф. Бира. (*Съ 4 рис. въ текстѣ*) 168.
- Проф. **Н. А. Геркенъ.** Краткое сообщеніе о 4 случаяхъ аппендицита 179.
- II. ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ 188.
- Программа Поволжскаго Областнаго Противо-холернаго Съѣзда. 192.
- III. ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.
Засѣданія 9-го февраля и 16-го февраля 1908 г. 46—64.



ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

THORUS PALATINUS *).

(антропологическій этюдъ).

Студента V курса М. М. Хомякова.

Первыя указанія на *thorus palatinus* мы встрѣчаемъ у Huschke въ *Eingeweidelehre Sommering's Leipzig 1844* ¹⁾: По срединной линіи твердаго неба особенно у старыхъ людей возникаетъ иногда костное возвышеніе вдоль небнаго шва ²⁾. Richet въ *Traité pratique d'anatomie médicochirurgicale* (2 ed. 1860 an. P. 396) указываетъ далѣе на Chassaignac'a, который будто бы признаетъ за торусомъ „большое семейлогическое значеніе въ смыслѣ распознаванія сифилиса“.

Diday въ 1850 г. (*Gazette medicale* p. 404) отмѣчаетъ, что продольная борозда твердаго неба иногда служитъ мѣстомъ, образованія экзостоза ³⁾. Краткое указаніе мы встрѣчаемъ у Poulet и Sarazin (*Anatomie Topographische*. Т. I. 1867—1870. p. 30): ⁴⁾. Соответственно среднему шву, говоритъ онъ, замѣтенъ иногда маленькій костяной гребень. Въ 1873 году о торусѣ упоминаетъ Вирховъ ⁵⁾.

Tillaux отрицаетъ за нимъ всякое значеніе для распознаванія третичнаго сифилиса ⁶⁾.

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 9 февраля 1908 г.

¹⁾ P. 26, 27.

²⁾ «Im Allgemeinen sowohl nach der Seite als nach vorn und hinten ausgehöhlt, springt sie (die Schleimhaut des harten Gaumens) in der Mittellinie besonders bei alten Leuten etwas in die Mundhöhle hinein und entspricht auch hier dem Knochenbau und namentlich dem Vorsprung in der Gaumennaht der beiden Oberkiefer- und beiden Gaumenbeine».

³⁾ «La saille longitudinale médiale de la vente palatine, normale chez beaucoup des sujets pris pour une exostose».

⁴⁾ Au raphé median correspond quelquefois une petite crête osseuse.

⁵⁾ Verhandlungen der Berliner Gesellschaft für Anthropologie. I. 1873. S. 123. Также Quatrefages-Crania ethnica. Paris p. 49).

⁶⁾ Tr. d'anatomie Top. 1877 г.

Интересъ къ этой аномалии черепа значительно увеличивается съ тѣхъ поръ, какъ въ засѣданіи Берлинскаго антропологическаго общества отъ 15/II 1879 года Вирховъ прочелъ письмо пр. Kurf-fer'a, гдѣ послѣдній опредѣляетъ частоту хорошо развитыхъ тору-совъ среди провинцій В. Пруссіи въ 25—30%. Заканчивается сообщеніе предположеніемъ, что это характерный признакъ прус-скихъ череповъ ⁷⁾. Тогда же Bessel Hagen отмѣтилъ, что торусъ замѣтенъ болѣе, чѣмъ въ половинѣ всѣхъ „Preussenschädel“. Самъ Вирховъ ⁸⁾, разбирая черепа Леттовъ, крайне осторожно подходитъ къ вопросу, говоря что лично онъ только рѣдко находилъ торусъ; изучая болѣе древнія черепа того же племени, онъ не можетъ ска-зать, чтобы послѣдній встрѣчался, какъ правило.

Положеніе Kurffer'a и Bessel Hagen'a были развиты въ томъ же году ими въ Schädel und Skelette der anthropologischen Sammlungen zu Königsberg in Pr., гдѣ между прочимъ указывается на существованіе отдѣльныхъ формъ тору-са въ 8—10 мм. толщиною. Нужно замѣтить, что уже въ 1878 г. ⁹⁾ Lissauer въ Crania prussica нашель на 27 черепахъ „Käldus“ торусъ 5 р. очень яв-ственно; 13 болѣе слабо; только 6 р. небо было совершенно пло-ское. Онъ находилъ торусъ также и на черепахъ Поляковъ. Къ болѣе опредѣленнымъ выводамъ Lissauer пришелъ позднѣе въ сво-ихъ Untersuchungen über die sagittale Krümmung der Schädel bei den Anthropoiden und verschiedenen Menschenrassen ¹⁰⁾.

Работа эта сводится къ слѣдующимъ тезисамъ.

- 1) Антропоморфные тору-са не имѣютъ.
- 2) Изрѣдка послѣдній попадаетъ при любой формѣ черепа, чаще у калмыковъ и татаръ; всего чаще у Славянъ и Пруссовъ (Prussen).
- 3) Наивысшую степень развитія находятъ только у послѣд-нихъ.

Совершенно особнякомъ стоятъ работы Кореніцкі ¹¹⁾, опредѣ-ляющіе *thorus palatinus*, какъ характерный признакъ инородцевъ Айно.

Merkel въ своей Handbuch der topogr. Anatomie ¹²⁾ отри-цаетъ за тору-сомъ какое либо значеніе ¹³⁾.

⁷⁾ «An Ihrem reichen der Annahme zu prüfen, es liege in dieser Formation ein Kennzeichen preussisch-littauscher Schädel vor.»

⁸⁾ Verh. der Berl. Anthr. 1879. S. 130.

⁹⁾ Zeitschrift für Ethnol, bnd X S. 1—16 и 82—134.

¹⁰⁾ Arch. f. Anthr. XV bd. suppl. Braunschweig.; 1885 j.

¹¹⁾ O Kosciach i gaszkach Ainosow 1881. S. 21. Czaski Ainow wedlug nowych materyalow 1886. S. 19.

¹²⁾ B. I. 1890 г. S. 390—391.

¹³⁾ „Erstens ganz unschuldig ist und.. zweitens gelegentlich an jedem Orte auftreten kann.“

Tarenetzky въ Beitrage zur Craniologie der Ainos auf Sachalin ¹⁴⁾ поддерживаетъ мнѣніе Коперникаго: въ общемъ у айно на 61 черепъ 22 съ торусомъ т. е. 36,0% въ то время, какъ у русскихъ на 416 только 7; изъ 54 финновъ—3; изъ 12 татаръ—2 и пр.

Въ 1891 году появился обстоятельный трудъ Stied'ы ¹⁵⁾. Работа начинается краткимъ историческимъ очеркомъ, послѣ чего слѣдуетъ описаніе костнаго неба. Авторъ не вдается въ подробное описаніе встрѣтившихся ему формъ небнаго торуса. Изъ 504 нѣмецкихъ череповъ (ost-preus.) онъ нашелъ *thorus palatinus* 177 разъ т. е. 35;1%, немного чаще, чѣмъ Kupffer (25%—30%).

Кромѣ того Stied'ой были обследованы черепа Эстовъ, Русскихъ, Финновъ, Румыновъ, Турковъ, Фризовъ, Поляковъ, Евреевъ, Самоѣдовъ, Негровъ, Башкиръ и пр. всего 62 черепа ¹⁶⁾. Торусъ среди нихъ былъ найденъ у 29 т. е. въ 40,7%. Кромѣ того

Изъ 104 франц. ч. торусъ былъ найденъ	у 32=30,7%
Изъ 66 басковъ	у 22=33,3%
Изъ 25 овернцевъ	у 14=55,1%
Всего же изъ 195 фр. череповъ	у 68=34,8%
Изъ 93 с. америк. чер.	у 41=44%

Въ частности:

Изъ 36 инд. изъ Калифорніи	у 11=40,0%
Изъ 30 эскимосовъ	у 18=60,0%
Изъ 37 мексиканцевъ	у 12=30,2%

Наконецъ въ Южной Америкѣ.

Изъ 229 перуанцевъ	у 129=56,3%
Изъ 237 африканскихъ чер.	у 43=18,9%
Изъ 45 русскихъ чер.	у 26=57,7%
Изъ 72 др. преимущественно финск. чер.	33=45,6%

Такимъ образомъ наибольшій процентъ падаетъ на Перуанцевъ (56,3%), наименьшій у африканскихъ череповъ (18,9). Во всякомъ случаѣ Stieda соглашается съ Меркелемъ, что торусъ

¹⁴⁾ Memoires de l'Académie imperiale des sciences à St-Petersbourg. VII S. T. XXXVII 1890 j.

¹⁵⁾ Der Gaumenwulst (*thorus palatinus*). Ein Beitrag zur Anatomie des knöchernen Gaumens von Ludwig Stieda. Sonder-Abdruck aus «internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin» B. I. 1891 г.

¹⁶⁾ Königsberg. Sammlung.

неявляется рассовымъ признакомъ череповъ пруссовъ ¹⁷⁾. Авторъ отмѣчаетъ, не вдаваясь въ подробности, 2 главныхъ формы торуса:

- 1) Spindelförmiger Längswulst—веретенообразный.
- 2) Flasche Gaumenwulst—плоскій ¹⁸⁾.

Общій выводъ, къ которому приходитъ авторъ на основаніи своихъ изслѣдованій, сводится къ слѣдующему ¹⁹⁾: торусъ твердаго неба, встрѣчаясь у всѣхъ почти обслѣдованныхъ народностей, не представляетъ изъ себя какого либо антропологическаго или рассового признака. Stieda въ сентябрѣ 1890 года былъ въ Казани, гдѣ изучилъ 117 череповъ изъ имѣющейся въ распоряженіи Общества Естествоиспытателей богатѣйшей коллекціи. Къ сожалѣнію изучить всю коллекцію онъ не могъ вслѣдствіе ремонта анатомическаго театра ²⁰⁾. Требуемые имъ черепа онъ уже получилъ черезъ А. А. Штукенберга, нынѣ покойнаго геолога Казанскаго университета.

Въ 1892 г. Waldejer въ Corespondenzblatt der Deutsch. Ges. für Anthrop. ²¹⁾ отмѣчаетъ частоту появленія торуса на черепахъ Лапландцевъ. Въ самомъ дѣлѣ

- Изъ 8 череповъ Берлинскаго института имѣютъ 7 ч.
- Изъ 2 череповъ Штутггарскаго собранія—1 чер.;
- Изъ 8 череповъ собранія Вирхова всѣ;
- Изъ 27 череповъ собранія Христианіи—24 чер.;

Mehnert ²²⁾ въ 1793 году также нашелъ торусъ на 52 чер. Эльзаса въ 36,4⁰/₀ т. е. 17 разъ; на 61 древнемъ черепѣ той же мѣстности времянь Римлянъ 22 раза—36,1⁰/₀.

Cocchi ²³⁾ въ 1892 г. обслѣдовалъ 2471 черепъ. Изъ 5 обезьянихъ череповъ торусъ найденъ имъ только одинъ разъ.

¹⁷⁾ Der Gaumenwulst kein charakteristisches Kennzeichen preussischer Schädel ist.

¹⁸⁾ Dass ich dabei nicht zu geringe Ansprhüche an den Wulst gestellt habe, schliesse ich aus der Ubereinstimmung der Resultate meiner Zählungen mit denen Kupffer's—врядъ ли основательное заключеніе автора.

¹⁹⁾ Der Gaumenwulst (Torus palatinus) ist kein anthropologisches Kennzeichen, kein Rassenmerkmal, sondern kommt bei allen bisher untersuchten Volksstämmen vor.

²⁰⁾ Wegen eines Umbaues.

²¹⁾ № 11 und 12. 1892 г.

²²⁾ Catalog der anthrop. Sammlung des anat. Instit. der Univers. Strassburg.

²³⁾ Ricerche antropologiche sul Torus palatinus. Archivio per l'etnogr. V. 22: p. 281.

у огнеземельцевъ	въ 100 ⁰ / ₀	изъ 16 чер. 16 р.
у тасманійцевъ	въ 100 ⁰ / ₀	изъ 5 чер. 5 р.
у маорисовъ	въ 73 ⁰ / ₀	изъ 30 чер. 22 р.
у патагонцевъ, арау- канцевъ и т. д.	въ 38,4 ⁰ / ₀	изъ 26 ч. 10 р.

Изъ Канады, Калифорніи,

Колумбіи и пр.	въ 35,7 ⁰ / ₀	изъ 14 ч. 5 р.
у папуасцевъ	въ 32,5 ⁰ / ₀	изъ 242 ч. 82 р.
Изъ Перу (ст.)	въ 33,9 ⁰ / ₀	изъ 165 ч. 56 р.
у индусовъ, гуанчей и пр.	въ 30,3 ⁰ / ₀	изъ 102 ч. 31 р.
у негровъ	въ 30,0 ⁰ / ₀	изъ 20 ч. 6 р.
у итальянцевъ	въ 50,7 ⁰ / ₀	изъ 1790 ч. 909 р.
у душевно больныхъ	въ 46,6 ⁰ / ₀	изъ 287 ч. 134 р.

Авторъ отмѣчаетъ связь торуса съ особеннымъ развитіемъ железъ на небѣ ²⁴).

Изъ психіатровъ изучаемой нами аномаліей особенно заинтересовался Näcke ²⁵).

Авторомъ изслѣдовано до 1500 лицъ при чемъ различались

- 1) der kielartige Gaumenwulst. килеобразная съ большой высотой спереди форма.
- 2) der schmale Gaumenwulst ²⁶).
- 3) der breite Gaumenwulst до 10—21 мм. ширины.
- 4) неправильная форма; unregelmässiger thorus.

Общій подсчетъ далъ сл. цифры:	торусъ	всего	sch.w.	br.w.
Вообще изслѣдовано	1449	21,9 ⁰ / ₀	12,3 ⁰ / ₀	9,6 ⁰ / ₀
женщинъ	1179	23,6 ⁰ / ₀	13,5 ⁰ / ₀	10,1
мужчинъ	270	14,4	7	7,4

²⁴) La variabilita di disposizione dello stratto ghiandolare sia in superficie che in spessore è coesistente colla variabilita di sviluppo e di forma del torus palatinus. Въ общемъ ни функціи этого «органа», ни фило и онтогенезисъ его объяснить невозможно: non può spiegarci, questo rilievo, con un adattamento funzionale dell'osso, poiche là non vi prendono insorgione, nè muscoli, nè ligamenti; nè quale sporgenza ossea gli spetta altra funzione fisiologica speciale.. Non può considerargi quale reliquato di qualche disposizione osteologica normale in vertebrati inferiori.

²⁵) Das Vorkommen des Gaumeuwulstes (torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden von Näcke. Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. b. XXV S. 470. 1893 г.

²⁶) Въ классификаціи стоитъ у автора «обрывомъ нависшая форма. Изъ 1449 ч. встрѣтились 9 разъ.

душевно больн. жен.	906	23,0 ⁰ / ₀	14,3 ⁰ / ₀	9,6 ⁰ / ₀
здоровыхъ жен.	273	22,7 ⁰ / ₀	10,6 ⁰ / ₀	12,1 ⁰ / ₀
у больныхъ муш.	116	15,6 ⁰ / ₀	8,6 ⁰ / ₀	6,9 ⁰ / ₀
здоровыхъ муш.	154	13,6 ⁰ / ₀	5,8 ⁰ / ₀	7,8 ⁰ / ₀
у боль. жен. въ стр. смыслѣ этого слова	650;	23 ⁰ / ₀	14,3 ⁰ / ₀	8,7 ⁰ / ₀
у боль. муж. въ стр. смыслѣ этого слова	78;	17,9 ⁰ / ₀	10,2 ⁰ / ₀	7,7 ⁰ / ₀
эпилептик. жен.	70	32,9 ⁰ / ₀	18,6 ⁰ / ₀	14,3 ⁰ / ₀
идіот. жен.	125	17,6 ⁰ / ₀	8,8 ⁰ / ₀	8,8 ⁰ / ₀
идіот. мужч.	25	16 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀
преступницы	61	37,4 ⁰ / ₀	21,3 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀
преступники	13	—	—	—

По мнѣнію автора торусъ встрѣчается чаще при „монголоидномъ“ лицѣ, при широкомъ небѣ.

Торусъ есть признакъ дегенерации. По большей части замѣчается *Zusammenhang mit anderen weiten, besonders rachitischen Ernährungsstörungen*. Очень детально былъ разработанъ вопросъ о формѣ поперечнаго шва Штидой въ его *Ueber die verschiedenen Formen der sog. quere Gaumenaht (sutura palatina transversa)* ²⁷⁾.

Авторомъ изслѣдовано до 1700 череповъ. Въ историческомъ очеркѣ Stieda отмѣчаетъ, что объ интересующемъ его предметѣ находится упоминаніе въ *Lehrbuch der Anatomie 17 auf 1887 г. von Hurlt*. Также у Merkel'я ²⁸⁾. Мы увидимъ, что пробѣгъ шва ставится въ зависимость отъ формы головы и торуса.

Изъ 1701 черепа 319 отброшены. 1392 оставшихся распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Шовъ изогнулся впередъ	у 64,54 ⁰ / ₀
— идетъ прямо	у 20,98 ⁰ / ₀
— идетъ съ изгибомъ назадъ	у 9,53 ⁰ / ₀
— неправильно	у 4,92

По національностямъ:	впередъ	прямо	назадъ	неопред.
Итальянцы	72,22	20,37	7,40	—
Меланезійцы	47,97	40,40	5,55	6,05
Черепъ (des Prov. Museum.)	68,46	14,36	10,77	6,40
Ost. preusch. sch.	65,77	20,44	10,44	3,33
Черепъ анат. муз. Königsberg'a	65,82	19,34	10,84	3,99

²⁷⁾ Arch. für Anthr. b. 22. S. 81. 1894 г.

²⁸⁾ Merkel. Handbuch der n. Anatomie b. II. S. 132. 1816 г.: auf entgegengesetzte Weise verlängert sich bisweilen der Gaumen forsatz des Oberkiefers augenscheinlich nach hinten, so dass er sogar den hintern Stachel bildet, Далѣе у Calori въ его Abhandlung delle anomalie più importanti di Ossa, Vasi, Nervi e Muscoli въ 1869 году.

Въ абсолютныхъ цифрахъ:

1701 всего; 188 слом.; 131 окост.; 892 впередь; 290 прямо; 132 назадь, 68 неопред.

Killermann въ 1894 году коснулся также формы поперечнаго шва на твердомъ небѣ ²⁹⁾.

Ислѣдовано 1920 череповъ.

Шовъ изогнулся впередь у	67,65%
— — — назадь у	16,72%
— — — прямо у	15,63%

По національностямъ (отчасти изъ лит. ист.).

	пр.	вп.	наз.	непр.
Старо баварцы	6,67	80,0	13,33	—
Изъ Мюнхена	6,43	76,30	17,27	—
Старый Мюнхенъ	5,33	76	18,67	—
Дѣти изъ Мюнхена	17,06	75,29	7,65	—
Итальянцы	20,27	72,22	7,40	—
Славяне	13	71	16	—
Венгры	6,67	66,67	26,67	—
Франки	13,34	65,96	20,70	—
Французы	20,0	55,71	23,29	—
Китай	50	35	15	—

Шовъ изгибается назадь преимущественно у доликоцефаловъ, прогнатовъ, лептостафилиновъ.

Чаще всего встрѣчается II форма съ изгибомъ впередь у брахицефаловъ, брахистафилиновъ, ортогнатовъ. У животныхъ преимущественно замѣчается шовъ nach vorne. Во всякомъ случаѣ изгибъ шва является антропологическимъ признакомъ. О торусѣ авторъ замѣчаетъ, что онъ встрѣчается у старыхъ индивидуумовъ всего чаще въ соединеніи съ прямымъ швомъ.

У Венгровъ, Славянъ, Парижанъ около 20%.

У Франковъ 15%; и т. д.

Jürgenson въ 1896 году снова пересмотрѣлъ вопросъ о торусѣ ³⁰⁾. Объемистое изслѣдованіе начинается краткимъ истори-

²⁹⁾ Ueber die sutura palatina transversa und eine Betheiligung des Vomer Bildung der Gaumenfläche bei Menschenschädel von Killermann. Arch. f. Anthr. XX b. S. 393, 1894 г.

³⁰⁾ Die Gräberschädel der Domruine zu Jurjew (Dorpat.) mit neuen Untersuchungen über den torus palatinus. In. diss. zur Erl. des Gr. eines Doctors d. Medicin von Jürgenson 1896 IV Neue Untersuchungen zur Anatomie des Torus palatinus.

чекскимъ очеркомъ. Переходя къ собственнымъ наблюдѣніямъ, авторъ отмѣчаетъ, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ возвышеніе (der Wulst) тянется отъ F. incisivum вплоть до Spina nasalis posterior; по большей же части края продольнаго шва утолщаются на очень ограниченномъ протяженіи, предпочтительно на мѣстѣ перекреста. Первую форму онъ встрѣтилъ у 6 ч.; вторая была найдена 12 разъ. 9 разъ утолщеніе падало на мѣсто перекреста. Въ одномъ случаѣ торусъ былъ замѣтенъ только слѣва; въ другомъ его можно было уловить лишь въ первой трети сагиттальнаго шва. Въ общемъ частота появленія 1-й формы выразилась въ 16,2%; второй въ 32,4%. Тщательное гистологическое изслѣдованіе дало въ результатѣ то, что торусъ обычно состоитъ изъ губчатой и компактной костной ткани. Причемъ компактной значительно больше, чѣмъ первой ³¹⁾. Работа страдаетъ единственнымъ недостаткомъ; присущимъ почти всѣмъ, кто писалъ когда либо о небномъ торусѣ, именно отсутствіемъ точности въ опредѣленіи и почти полномъ игнорированіемъ переходныхъ формъ.

Изъ общихъ руководствъ по антропологии укажу только на трудъ Петри ³²⁾ который кромѣ общей сводки даетъ также указаніе на авторовъ, которыхъ къ сожалѣнію я не могъ найти въ подлинникѣ. Именно авторъ цитируетъ Куреллу, который въ своемъ *Naturgeschichte d. Verbrechers* 8.43 отмѣчаетъ торусъ у 17% преступниковъ (153 ч.) и 36% заключенныхъ въ Верхней Силезіи (560 ч.); ссылается на Коганей, считающаго частоту находженія этой аномалии у айно—30,5%.

У японцевъ приблизительно въ 1%.

У перуанцевъ — въ 59%.

Для насъ представляетъ также интересъ работа Бауера отъ 1904 года ³³⁾. Это очень полное изслѣдованіе основано на тщательномъ изученіи 214 череповъ различныхъ національностей. Здѣсь мы встрѣчаемся съ крайне точнымъ опредѣленіемъ небнаго торуса: ³⁴⁾ все, что хотя бы немного приподнимается надъ уровнемъ продольнаго шва, относятся къ небному торусу.

³¹⁾ Der Torus palatinus stellt sich den vorliegenden Querschnitten zufolge als eine Auftreibung der oralen Ränder der sagittalen Gaumennaht dar, an welcher sowohl die spongiöse, als auch die compacte Knochensubstanz, letztere jedoch in höherem Grade, theilnimmt.

³²⁾ Антропология. Т. II. Стр. 205.

³³⁾ Beiträge zur anthropologischen Untersuchung des harten Gaumens von Dr. med. M. Bauer. Arch. für anthrop. Neue Folge-band II (XXX). L. 3. S. 1904.

³⁴⁾ Alles schon dem Torus zuzurechnen, was die geringste Erhebung in der Medianlinie aufweist.

Авторъ относитъ послѣдній къ типу *Exostosis eburnea seu dura*; своего рода гиперплазіи возникающей вслѣдствіе преобладающаго роста кости. Онъ устанавливаетъ понятіе „отрипательнаго торуса“, подъ которымъ понимается борозда, образующаяся отъ западенія продольнаго шва. Торусъ иногда развивается въ видѣ „Bröckhen“ или „Wülstchen“ (ряда мелк. возвышеній), которые замѣчаются вдоль шва въ первой $\frac{1}{3}$ неба. Общій выводъ автора что торусъ не характеренъ въ качествѣ рассового признака, ни какъ патологическій слѣдъ чего либо. Причину это возникающаго порою на небѣ остеофита мы не знаемъ. Къ сожалѣнію авторъ совершенно не касается весьма сложнаго вопроса о взаимоотношеніи между формой торуса и пробѣгомъ трансверсальнаго шва, хотя варьяціи этого пробѣга изучены имъ весьма обстоятельно. Принимая классификацію Штиды и Киллермана Вауеръ находитъ, что изъ 103 череповъ Европы имѣютъ:

I типъ	17,5 ⁰ / ₀
II „	53,4 ⁰ / ₀
III „	7,8 ⁰ / ₀
IV „	24,6 ⁰ / ₀

Изъ 65 череповъ Азіи:

I типъ	20,0 ⁰ / ₀
II „	47,7 ⁰ / ₀
III „	7,7 ⁰ / ₀
IV „	24,9 ⁰ / ₀

Изъ 23 череповъ Африки:

I типъ.	17,4 ⁰ / ₀
II „	39,1 ⁰ / ₀
III „	4,3 ⁰ / ₀
IV „	39,1

Изъ 10 череповъ Америки:

I типъ.	20,0 ⁰ / ₀
II „	50,0 ⁰ / ₀
III „	10,0 ⁰ / ₀
IV „	20,0 ⁰ / ₀

Изъ 13 череповъ Австраліи:

I типъ.	30,8 ⁰ / ₀
II „	30,8 ⁰ / ₀

III	„	. . . . .	7,7%
IV	„	. . . . .	30,8%

Отмѣтилъ что цифры немного отличны отъ цифръ Штиды.

I	типъ.	. . . . .	64,54
II	„	. . . . .	20,98
III	„	. . . . .	9,53
IV	„	. . . . .	4,92

Работа снабжена весьма полнымъ индексомъ по литературѣ. Есть краткія историческія указанія.

Изъ русскихъ работъ можно только отмѣтить статью: Къ анатоміи небнаго валика (*Torus palatinus*) Р. Вейнберга.

Къ числу наиболѣе замѣчательныхъ и рѣдкихъ уклоненій отъ обыкновенной формы человѣческаго черепа, говоритъ авторъ, принадлежитъ безъ сомнѣнія развитіе на немъ образования, извѣстнаго подъ именемъ небнаго валика. Это большею частью продолговатый, веретенообразный болѣе или менѣе высокій бугоръ или валъ, располагающійся на нижней поверхности твердаго неба въ сагиттальномъ направленіи на мѣстѣ перекреста, гдѣ черепная кость уже въ нормальномъ состояніи обнаруживаетъ болѣе или менѣе значительное утолщеніе. Авторъ намѣчаетъ два типа:

I. Плоскій типъ большей частью мезостафилиннаго твердаго неба съ плоскимъ же *thorus palatin.*, который часто имѣетъ крыловидныя отростки (типъ бумажнаго змѣя).

II. Глубокій типъ лептостафилиннаго твердаго неба съ веретенообразной формы *thorus palatinus*, лишенный боковыхъ придатковъ. Эти разновидности Вейнбергъ нашелъ и на черепахъ Ливовъ (кол. изъ 4 чер.). Вычисляя преимущественно по литературнымъ даннымъ, что у лопарей аномалія эта замѣчается въ 89%, онъ полагаетъ, что быть можетъ *thorus palatinus* есть рассовый признакъ ствола, общаго лопарямъ и ливамъ. Приведенъ краткій индексъ литературы.

Внимательное изученіе литературныхъ источниковъ приводитъ насъ къ слѣдующему заключенію: Понятіе „торусъ“ совершенно не выяснено: Штида, Бауэръ, Купферъ: всѣ они принимали въ расчетъ то лишь крайнія степени этой аномаліи, то мельчайшую рябь на поверхности твердаго неба, то вводили совершенно новое понятіе „отрицательный торусъ“. При этихъ условіяхъ полученные результаты совершенно несравнимы. Мнѣ пришлось поэтому начинать всю работу сначала, описывая при осмотрѣ череповъ каждое попадающееся уклоненіе отъ условно принятой нормы. Такимъ образомъ мнѣ встрѣтились слѣдующія формы:

- № I—валикообразная: валикъ тянется вдоль всего продольнаго шва.
- № II—омозолѣлая: шовъ не сомкнулся; вдоль краевъ щели тянутся два продолговатыхъ валика; иногда щель смыкается, но валики остаются обособленными.
- № III—двувершинная: вблизи перекреста замѣчаются два отдѣльныхъ возвышенія.
- № IV—килеобразная: Шовъ выбѣгаетъ мысомъ на небную кость.
- № V—бургаобразная: отдѣльное возвышеніе вблизи перекреста.
- № VI—неопредѣленная.
- № VII ровное плато.
- № VIII—отрицательная форма: щель вдоль всего шва.
- № IX—сложная.

Материаломъ настоящей работы является часть богатѣйшей коллекціи Казанскаго Анатомическаго театра; преимущественно черепа инородцевъ бассейна Волги и Камы. Всего изучено мною:

Болгарскіе черепа	37.
Чувашскіе	— 46.
Хозарскіе	— 19.
Вотскіе	— 34.
Узбекскіе	— 12.
Черемисскіе	— 10.
Мордовскіе	— 19.
Пермяцкіе	— 23.
Татарскіе	— 23.

Всего 223 черепа ³⁵⁾.

Общая таблица.

Форма № I—валикообразная	— 12,5 ⁰ / ₀ .
Форма № II—омозолѣлая	— 14,5 ⁰ / ₀ .
Форма № III—двувершинная	— 0,5 ⁰ / ₀ .
Форма № IV—килеобразная	— 17 ⁰ / ₀ .
Форма № V—бургаобразная	— 2,5 ⁰ / ₀ .
Форма № VI—неопредѣленная	— 13,5 ⁰ / ₀ .
Форма № VII—торуса вѣтъ	— 3,5 ⁰ / ₀ .

³⁵⁾ Попутно на каждомъ черепѣ я отмѣчалъ форму шва (поперечнаго), шовъ Saloni и Sp. bipartit, На общей таблицѣ сведены наблюденія 200 чер. (татарскіе вынесены).

Форма № VIII—отрицательная—21⁰/₀.

Форма № IX—сложная—14,5⁰/₀

100⁰/₀

Форма шва:

По номенклатурѣ Штиды.

III	—	14 ⁰ / ₀ .
II	—	12 ⁰ / ₀ .
I	—	46 ⁰ / ₀ .
IV	—	21 ⁰ / ₀ .

(въ круглыхъ цифрахъ).

Общая таблица по сравненію съ черепнымъ индексомъ.

	Дол.	Мез.	Брах.
№ I—валикообразная	5	5	11
№ II—омозолѣлая	8	4	10
№ III—двувершинная	0	0	2
№ IV—килеобразная	10	3	14
№ V—вургановобразная	0	1	3
№ VI—неопредѣленная	9	3	8
№ VII—торуса вѣтъ	1	0	4
№ VIII—отрицательная	2	4	25
Всего	24	20	54

Сводная таблица болгарскихъ череповъ.

Форма № I—№№	303	могущественный; доликоцефаль.
	707	— ; брахицефаль.
	455	— ; доликоцефаль.
	297	— ; —
	294	— ; мезатицефаль.
	318	— ; брахицефаль.
	300	— ; доликоцефаль.
Форма № II—№№	322	могущественный; доликоцефаль.
	310	— ; мезатицефаль.
	296	— ; доликоцефаль.
	317	Sut Calori; доликоцефаль.
	320	могущественный; доликоцефаль.
	323	— ; недоразвитіе spina p.
	173	по каталогу Хомякова; —
Форма № III—№№	0	

Форма № IV—№№ 358 — ; доликоцефаль.
 299 — ; —
 293 — ; —
 315 — ; —
 308 — ; брахицефаль.
 319 Spina bifida ; —
 328 — ; —
 460 по каталогу Хомякова; —

Форма № V—№№ 292 — ; мезоцефаль.

Форма № VI—№№ 453 — ; доликоцефаль.
 302 — ; брахицефаль.
 312 — ; доликоцифаль.
 305 — ; доликоцифаль.
 313 — ; брахицефаль.
 304 — ; мезоцефаль.

Форма № VII—№№ 0

Форма № VIII—№№ 321 — ; брахицефаль.
 306 — ; доликоцефаль.
 22 по каталогу Хомякова); —

Форма № IX—№№ 23 закрытіе бороздовъ справа (К. X).

314 — ; —
 292 — ; —
 293 — ; —
 315 — ; —

Форма шва:

№ III—№№ 23 (К. X.), 323—2.

№ II—455, 308, 314, 453—4.

№ I—310, 294, 306, 303, 313, 305, 321, 318, 320—6.

№ IV—297, 460, 312, 315, 302, 292, 293, 292, 296, 322,
 317, 358, 304, 319—14.

Всего 37 череповъ.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I:	3	1	2
Форма № II:	4	1	—
Форма № III:	—	—	—
Форма № IV:	1	—	1
Форма № V:	—	1	—
Форма № VI:	3	1	2

Форма № VII:	—	—	—
Форма № VIII:	1	—	1
Итого	12	4	6

Сводная таблица пермяцкихъ череповъ.

Форма № I—№№	413	могущественный:	брахицефаль.
	430	—	; брахицефаль.
	429	—	; мезоцефаль.
	410	—	; брахицефаль.
	418	—	; брахицефаль.
	412	—	; доликоцефаль.
Форма № II—№№	425	—	; доликоцефаль.
	423	—	; мезоцефаль.
Форма № III—№№	0		
Форма № IV—№№	421	—	; брахицефаль.
	416	—	; доликоцефаль.
	428	—	; брахицефаль.
	427	—	; доликоцефаль.
	411	—	; брахицефаль.
Форма № V—№№	0		
Форма № VI—№№	432	—	; брахицефаль.
	409	—	; брахицефаль.
	415	—	; доликоцефаль.
	422	—	; брахицефаль.
Форма № VII—№№	0		
Форма № VIII—№№	692	—	; брахицефаль.
	417	—	; —
	424	—	; брахицефаль.
	420	—	; мезоцефаль.
Форма № IX—№№	426;	—	; —
	408	могущественный;	—

Форма шва:

№ III—№№ 410—1

№ II—№№ 0—0.

№ I—№№ 426, 413, 408, 425, 480, 418, 429, 422, 692,
409, 427, 423, 432—13.

№ IV—№№ 424, 416, 412, 415, 417—5.

Всего 23 черепа.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	1	1	4
Форма № II	1	1	—
Форма № III:	—	—	—
Форма № IV:	2	—	4
Форма № V:	—	—	—
Форма № VI:	1	—	3
Форма № VII:	—	—	—
Форма № VIII:	—	1	2
Форма № IX:	—	—	—
<hr/>			
Итого. . . .	5	3	13

Сводная таблица мордвы.

Форма № I—№№ 373	—	; мезоцефаль.
Форма № II—№№ 385	—	; брахицефаль.
375	—	; доливоцефаль.
Форма № III—№№ 384	—	; брахицефаль.
Форма № IV—№№ 391	—	; брахипефаль.
383	—	; брахицефаль.
384	—	; брахицефаль.
392	—	; брахицефаль.
334	—	; —
Форма № V—№№ 0		
Форма № VI—№№ 0		
Форма № VII—№№ 390:		

Форма № VIII—№№ 388	—	; брахицефаль.
386	—	; брахицефаль.
378	—	; брахицефаль.
387	—	; брахицефаль.
374	—	; брахицефаль.
381	—	; брахицефаль.
393	—	; брахицефаль.
379	—	; брахицефаль.

Форма № IX—№№ 380.

Форма шва:

№ III—№№ 373, 380, 375, 386, 391, 387, 392—7.

№ II №№ 394—1.

№ I №№—384, 394, 393, 378, 384—5.

№ IV—№№ 381, 374, 379—3.

Всего 19 череповъ.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	1	—
Форма № II	1	—	—
Форма № III	—	—	1
Форма № IV	—	—	4
Форма № V	—	—	—
Форма № VI	—	—	—
Форма № VII	—	—	—
Форма № VIII	—	—	8
<hr/>			
Итого	1	1	13

Сводная таблица черемисскихъ череповъ.

Форма № I—№№ 0.

Форма № II—№№ 0.

Форма № III—№№ 0.

Форма № IV—№№ 449. S. Calori dextra; доликоцефаль.

Всего 1.

Форма № V—№№ 593; по кат. Хом.; бороздки сильно развиты.

Всего 1.

Форма № VI—№№ 532; по кат. Хом.; бороздки сильно развиты.
681 S. Calori sin.; могущественный;
682; доликоц.; бороздки сильно развиты.

Всего 3.

Форма № VII—№№ 0.

Всего 0.

Форма № VIII—№№ 527 по кат. Хом. бороздки сильно развиты.
685, долик.; бороздки сильно развиты.
648. по К. Хом.
686 — — —
602 spina birartita по к. Хом. бороздки
закрты перехватомъ. Недоразвитіе col-
liculus'a.

Всего 5.

Форма шва:

№ III—№№ 532—1.

№ II—№№ 527, 682—2.

№ I—№№ 686, 593, 449, 685—4.

№ IV—№№ 602, 681—2,

Всего 10 череповъ.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	—	—
Форма № II	—	—	—
Форма № III	—	—	—
Форма № IV	1	—	—
Форма № V	—	—	—
Форма № VI	1	—	—
Форма № VII	—	—	—
Форма № VIII	1	—	—
Итого	3	0	0

Сводная таблица Сартъ Узбекскихъ череповъ.

Форма № I—№№ 0.

Всего 0.

Форма № II—№№	504	—	; брахицефаль.
	463	—	; по кат. Хомякова.
	675	—	; по кат. Хомякова.

Всего 3.

Форма № III—№№ 0.

Всего 0.

Форма № IV—№№	457	—	; по кат. Хомякова.
	505	—	; брахицефаль.
	503	—	; брахицефаль.

Всего 3.

Форма № V—№№ 0.

Всего 0.

Форма № VI—№№	506	—	; доликоцефаль.
	507	—	; доликоцефаль.
	502	—	; брахицефаль.

Всего 3.

Форма № VII—№№ 508 — ; брахицефаль.

Всего 1.

Форма № VIII—№№	512	—	; брахицефаль.
	676	—	; по кат. Хомякова.

Всего 2.

Форма шва:

№ III—№№ 512, 463—2.

№ II—№№ 502, 475—2.

№ I—№№ 506, 503, 504, 676—4.

№ IV—№№ 508, 457—2.

Всего 12 череповъ.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	—	—
Форма № II	—	—	1
Форма № III	—	—	—
Форма № IV	—	—	2
Форма № V	—	—	—
Форма № VI	2	—	1
Форма № VII	—	—	1
Форма № VIII	—	—	1
Итого	2	0	6

Сводная таблица вотскихъ племень.

Форма № I—№№ 549 по кат. Хом.; могущественный; брах.			
570 тоже что 575;	ib.	ib.	
567 тоже что 557;	ib.	ib.	
577 — — —	ib.	—	

Всего 4.

Форма № II—№№ 436 по кат. Хомякова;	—		
558 — — ; брахицефаль.			
451 тоже что 575; могущественный брах.			
557 бороздки крайне развиты; брахицеф.			
584 бороздки крайне развиты; брахицеф.			
575 бороздки крайне развиты; недоразви-			
tie spina p.; брахицефаль.			
587 — брахицефаль.			

Всего 7.

Форма № III—№№ 0.

Всего 0.

Форма № IV—№№ 212 по кат. Хомякова.			
574 — ; брахицефаль.			
437 шовъ Calori; по каталогу Хомякова.			
586 — ; мезатицефаль.			
582 — ; доликоцефаль.			

Всего 5.

Форма № V—№№ 532	—	; брахицефаль.
565	—	; брахицефаль.

Всего 2.

Форма № VI—№№ 589 бороздки крайне развиты; —
 579 — ; брахицефаль.
 578 — —
 250 тоже что 557; по каталогу Хомякова.

Всего 4.

Форма № VII—№№ 0.

Всего 0.

Форма № VIII—№№ 581 — ; брахицефаль.
 566 бороздки крайне развиты; мезатицеф.
 588 — ; брахицефаль.
 664 бороздки крайне развиты; брахицеф.
 527 по кат. Хомякова.
 564 — ; брахицефаль.
 553 — ; доликоцефаль.
 553 мезатиц.; Слабое развитие colliculus'a.
 581 — ; брахицефаль.
 568 — ; брахицефаль.

Всего 10.

Форма № IX—№№ 560.
 450

Всего 2.

Форма шва:

№ III—№№ 450, 436, 566—3.
 № II—№№ 560, 564, 565, 584—4.
 № I—№№ 562, 581, 559, 574, 558, 451, 557, 250 (К. X.),
 567, 586, 437, (К. X.) 583, 554, 587—14.
 № IV—№№ 568, 583, 578, 575—4.

Всего 34 черепа.

По индексу.	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	—	1
Форма № II	—	—	6
Форма № III	—	—	—
Форма № IV	1	1	1
Форма № V	—	—	2

Форма № VI	—	—	1
Форма № VII	—	—	—
Форма № VIII	1	2	6
Итого			2 3 17

Сводная таблица хазарских череповъ.

Форма № I—№№ 348	—	; брахицефаль.
354	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 2.		
Форма № II—№№ 342	—	; брахицефаль.
344	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 2.		
Форма № III—№№ 0.		
<hr/>		
Всего 0.		
Форма № IV—№№ 356	—	; доливоцефаль.
346	брахиц. могущественный.	
<hr/>		
Всего 2.		
Форма № V—№№ 345	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 1.		
Форма № VI—№№ 352	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 1.		
Форма № VII—№№ 347	—	; брахицефаль.
339	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 2.		
Форма № VIII—№№ 353	—	; мезоцефаль.
343	—	; брахицефаль.
340	—	; брахицефаль.
350	—	; брахицефаль.
341	—	; брахицефаль.
349	—	; брахицефаль.
<hr/>		
Всего 6.		

Форма № IX—№№ 345 могущественный; —
 351 могущественный; —
 397 — —

Всего 3.

Форма шва:

№ III—№№ 344—1.

№ II—№№ 343—.

№ I—№№ 353, 348, 342, 340, 350, 339, 345, 354—8.

№ IV—№№ 346, 351, 347—3.

Всего 19 череповъ.

По индексу.	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	—	2
Форма № II	—	—	2
Форма № III	—	—	—
Форма № IV	1	—	1
Форма № V	—	—	1
Форма № VI	—	—	1
Форма № VII	—	—	2
Форма № VIII	—	1	5
Итого 1			14

Сборная таблица чувашскихъ череповъ.

Форма № I—№№ 595 брахицефаль; могущественный.
 337 мезоцефаль; могущественный.
 544 мезоцефаль.
 329 брахицефаль.

Всего 4.

Форма № II—№№ 517	—	: мезатицефаль.
335	—	; доликоцефаль.
324	—	—
529	—	; брахицефаль.
520	—	; мезоцефаль.
545	—	; доликоцефаль.

Всего 6.

Форма № III—№№—0.

Всего 0.

Форма № IV—№№	533	—	; доликоцефаль.
	592	—	; доликоцефаль.
	543	—	; мезоцефаль.
	599	—	; доликоцефаль.
	590	—	; мезатицефаль.
	546	—	; брахицефаль.
	547	—	; доликоцефаль.

Всего 7.

Форма № V—№№ 0.

Всего 0.

Форма № VI—№№	515	—	; доликоцефаль.
	113	—	; по кат. Хомякова.
	596	—	; доликоцефаль.
	548	—	; мезоцефаль.
	598	—	; брахицефаль.
	325	—	; брахицефаль.

Всего 6.

Форма № VII—№№	594	—	мезоцифаль.
	535	—	доликоцефаль.
	326	—	брахицефаль.

Всего 3.

Форма № VIII—№№ 332 брах. Spina bilida.

	334	—	—
	521	—	брахицефаль.
	594	—	мезоцефаль.

Всего 4.

Форма № IX—№№	525	—	—
	514	—	—
	533	—	могущественный.
	50	—	—
	536	—	по кат. Хомякова.
	249	—	—
	530	—	—
	328	—	—
	336	—	—
	591	—	—

549	—	—
530	—	—
600	—	—
539	—	—
542	—	—
534	—	—

Всего 16.

Форма шва:

№ III—№№ 594—1.

№ II—50 (по К. Х.), 595—2.

№ I—533, 517, 592, 525—4.

№ IV—№№ 514, 515, 113 (по К. Х.)—3.

Всего 46 череповъ.

По индексу:	Дол.	Мез.	Бр.
Форма № I	—	2	1
Форма № II	2	2	1
Форма № III	—	—	—
Форма № IV	4	2	1
Форма № V	—	—	—
Форма № VI	2	2	1
Форма № VII	1	—	1
Форма № VIII	—	—	2
<hr/>			
Итого	9	8	6

Такимъ образомъ на основаніи тщательнаго изученія 200 череповъ мы можемъ придти къ слѣдующимъ результатамъ. Самое названіе: торусъ, названіе неправильное. Оно было примѣнено къ изучаемой нами аномалии въ то время, когда обращали вниманіе только на крайнія степени ея развитія. По мѣрѣ накопленія фактовъ возникло понятіе: „отрицательный торусъ“, что уже совершенно выходитъ изъ рамокъ прежняго опредѣленія. *Thorus palatinus* и *fissura* есть крайнія степени одного и того же явленія—своего рода равнодѣйствующей тѣхъ силъ, которые приложены къ краямъ небнаго продольнаго шва, Что возникнетъ въ каждомъ данномъ случаѣ: валъ, трещина или ровное плато зависитъ отъ массы побочныхъ условій, оцѣнить которыя заранѣе крайне трудно. По этому, чтобы закрѣпить вниманіе изслѣдователей на остававшуюся до сихъ поръ въ тѣни сторону этого процесса вмѣсто неумѣющаго

термина Бауэра: отрицательный торусъ, я предлагаю свое обозначеніе: *fissura palatina* какъ не заключающее въ себѣ ничего, чтобы могло направить изслѣдователя на ложный путь.

Обращаясь къ общей таблицѣ мы видимъ, что на твердомъ небѣ замѣтно ровное плато только въ 3,5%. „Признакъ, говорилъ я въ другомъ мѣстѣ, который у мирнаго населенія отсутствуетъ въ сущности только у 3,5% не можетъ быть стигматомъ преступления. Антропологическая его цѣнность тоже подтверждена сильному сомнѣнію“ (Преступники, стр. 9); я могу, думаю, сказать теперь еще рѣзче: и торусъ и *fissura* не имѣютъ никакого значенія въ дѣлѣ распознаванія племенъ и народовъ.

Въ 21% замѣтна болѣе или менѣе слившаяся щель. Эта *fissura* незаростаетъ цѣликомъ очень долго; мы видимъ, что иногда на небѣ уже возвышается мощный торусъ, а гдѣ нибудь около перекреста она явственна замѣтна. Почти всѣ 14,5% сложной формы именно падаютъ на комбинацію *fissurae* съ какой либо другой формой. Въ 14,5% края щели какъ бы оmozолаиваются: они утолщаются, иногда тянутся двумя рѣзко выступающими валиками. Крайне рѣдко этотъ процессъ охватываетъ только часть щели. Тогда на небѣ бываетъ замѣтна форма, которую я за неимѣніемъ подходящаго термина назвалъ: двувершинной. Обыкновенно около перекреста замѣтны по бокамъ шва два отдѣльныхъ возвышенія (0,5%). Иногда эти вершины сливаются вмѣстѣ, получается одно возвышеніе—2,5%. Гораздо чаще, если процессъ идетъ дальше, оба края щели сливаются вмѣстѣ; валики сопровождающіе ихъ спаиваются: возникаетъ то, что прежніе изслѣдователи называли торусомъ,—одинъ валь порою съ добавочными гребнями. Всего въ 12,5%. Но подъ вліяніемъ, повидимому общей причины *lamina perr. os. pal.* не всегда точно подгоняется къ верхнечелюстной кости. Въ 18% она какъ бы уходитъ вверхъ. Возникаетъ сжатъ съ плато *Os. max. sup.* на *L. perr. p.* Это плато обычно принимаетъ форму мыса, потому что процессы спайки, оmozолаиванія и пр. дѣлаютъ кость на мѣстѣ продольнаго шва болѣе устойчивой, болѣе противящейся силѣ, оттааскивающей небную кость вверхъ.

Возникаетъ вопросъ, какія же силы вызываютъ къ жизни эти процессы на средней линіи неба. Теперь, когда изслѣдованія Нистрома: *Ueber die formenveränderungen des menschlichen Schädels und den Ursachen* (Arch. f. Anthr. b. 27; S. 210), подтвердили старыя работы Энгеля, Лангера, отчасти Кольмана, видимо мы стоимъ нѣсколько ближе къ разрѣшенію постановленнаго нами вопроса. Черепъ не есть что либо застывшее. Давленіемъ изнутри онъ приближается къ формѣ шара; работой спинныхъ и жевательныхъ мышцъ голова вытягивается въ длину. Слѣдовательно данная форма головы возникаетъ подъ вліяніемъ обра-

зующей силы: натяженія мышцъ и внутри черепного давленія и тормозящей:—костной упругости. Въ области рта къ общимъ мышцамъ головы прибавляется безъ сомнѣнія дѣйствіе masseter'овъ, равнодѣйствующей работы своей какъ бы сближающей обѣ половины верхней челюсти. Если по Нистрому тяжелая работа, развивая шейныя мышцы, содѣйствуетъ развитію доликоцефаліи; если по Вирхову въ томъ же направленіи идетъ усиленная работа жевательныхъ мышцъ, (эскимосы), то обратно всѣ причины увеличивающія внутри черепное давленіе должны содѣйствовать брахицефаліи. Дѣйствительно по Жуковскому (о развитіи рахитизма и рахитическихъ уродствъ среди дѣтей рабочаго населенія г. С.-Петербурга) „брахицефалія есть самая частая форма черепа среди рахитиковъ“. Но рахитъ. (По Быстрову до 60% дѣтей въ Новгородской г. болѣны рахитомъ) уменьшаетъ еще и упругость костей.

Поэтому работа мышцъ проявляется на костяхъ рахитика еще рѣзче. Въ зависимости отъ того, какой факторъ преобладаетъ въ данное время, кости то сближаются уплощаются, то удаляются другъ отъ друга и удлиняются; на краяхъ ихъ возникаютъ утолщенія, своеобразная омозолѣлость и пр. Изучаемый процессъ на твердомъ небѣ относится къ категоріи послѣдствій этого явленія. Педиатры уже давно установили фактъ, что при рахитѣ верхняя челюсть какъ бы сплющивается, выступаетъ впередъ ³⁶⁾. Кромѣ приведенной въ примѣчаніи сноски сошлюсь на того же Жуковского: „Верхняя челюсть весьма часто принимаетъ угловатую впереди форму въ большей или меньшей степени, причемъ рѣзцы стоятъ также подъ углами и располагаются совершенно неправильно“ (стр. 103). Самой разнообразной формы торусы есть только слѣдствіе борьбы между ослабленной упругостью кости и эффектомъ натяженія мышцъ. Если мы обратимся къ распределенію дѣйствительно уродливыхъ формъ торуса обусловленныхъ уже несомнѣнно рахитомъ, мы увидимъ, что они разносятся по отдѣльнымъ племенамъ крайне прихотливо, а именно:

Болгары: 10 изъ 37 ч.
 Чуваша: 3 изъ 46 ч.
 Хазары: 3 изъ 19 ч.

³⁶⁾ Напримѣръ Stoltzner въ Handbuch der Kinderheilkunde B. I; L. 1—2. S. 596 говоритъ слѣдующее: Der Oberkiefer wird durch die Rachitis in transversalen Richtung verkürzt, in sagittalen, Richtung dagegen verhältnismässig verlängert, so das er in der Mittellinie schnabelförmig nach vorn vorspringt.

Вотяки: 5 изъ 34 ч.
 Узбеки: ни одного изъ 12 ч.
 Черемисы: 0 изъ 10 ч.
 Мордва: 0 изъ 19 ч.
 Пермьяки 7 изъ 23 ч.

Торусы распредѣляются неравномѣрно; всего болѣе ихъ замѣтно у болгаръ—городского населенія столицы древней Болгаріи; среди ископаемыхъ татарскихъ череповъ, которыхъ у меня было 23, я нашелъ „могущественный“ торусъ только 1 разъ. Сообщу здѣсь также и распредѣленіе среди нихъ др. формъ:

№ I	—	3
№ II	—	4
№ III	—	0
№ IV	—	5
№ V	—	0
№ VI	—	4
№ VII	—	1
№ VIII	—	0
№ IX	—	6
Всего . .		23.

Резюмируя все вышесказанное, я прихожу къ сл. выводамъ:

I) Антропология изучаетъ измѣненія человѣческаго тѣла, возникающія подъ вліяніемъ физическихъ и социальныхъ факторовъ; является необходимымъ звеномъ между этнологіей, изучающей человѣческія расы и патологіей, изучающей тѣ же измѣненія, когда среда становится жизнеопасной для человѣка.

II) Ближайшей ея задачей является переоцѣнка установленныхъ уже догмой такъ называемыхъ расовыхъ и племенныхъ признаковъ, стигматовъ дегенераціи, преступности; пересмотръ ученія о вырожденіи, „угасаніи“ расъ; болѣе точное выясненіе значенія среды въ дѣлѣ развитія болѣзней въ человѣческомъ организмѣ.

III) „Thorus palatinus“ въ 21% является въ видѣ щели. Слѣдовательно названіе это крайне неудачное и нужно ввести другой ему равноцѣнный для изучаемаго процесса терминъ: *fissura palatina*.

IV) Изучаемая нами аномалія не отмѣчена только у 3,5% изслѣдуемыхъ финскихъ и тюркскихъ племенъ. Поэтому для бассейна Волги и Камы признакъ этотъ не имѣетъ никакой цѣнности въ антропологическомъ отношеніи.

Я долженъ выразить глубокую благодарность проф. университета Вл. Н. Тонкову за любезное разрѣшеніе воспользоваться коллекціей анатомическаго института въ Казани въ качествѣ матеріала для моей работы.

Индексъ литературы.

- 1) Adacchi, Buntaro. Anatomische Untersuchungen an Japanern. Zeitschr. f. Morf. und Anthr. 1900. B. II. S. 198.
- 2) Alkan L. Gewisse Formen des harten Gaumens und Ihre Entstehung. Arch. fur Laryng. b. X. № 3.
- 3) Bessel Hagen. Mitteilung. 1879 г.
- 4) Bianchini. Studio del palato del cranio umana. Atti della s. romana anthrop. 1900. V. VII S. 95.
- 5) Broca. Instructions craniologiques et craniométriques. Mém. de de la societé d'anthropol. de Paris.
- 6) Buschan. Torus palatinus. B. Encykl. der H. Heilk. 1900. B. IX.
- 7) Bauer. Beiträge zur anthr. Untersuchung. des harten Gaumens. Arch. f. anthr. b. XXX. 160.
- 8) Cocchi. Ricerche anthropol. sul Torus palatinus. Archivio per l'ethnol. 1892. V. 22. p. 281.
- 9) Cocchi. Ricerche Anthrop. sul Torus palatinus. Arch. f. Anthrop. XXIII. S. 498.
- 10) Danziger. Misbildungen des Gaumens in Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. 1901.
- 11) Eichholz. A racial variation in the length of the palate process of the maxilla. I. of Anatomy and Physiology n. and path. 1892. B. XXVI. p. 538.

- 12) Fränkel. Der abnorme Hochstand des Gaumens. In. d. Basel. 1896.
- 13) Gegenbauer. Die Gaumenfalten des Menschen. Morphol. Jahrbuch. 1878. B. IV. h. 4.
- 14) Jurgensonr. Die Gräberschädel dem Domruine zu Juriew mit neuen Untersuchungen über den Torus p. In. d. 1896.
- 15) Killermann. Über die sutura palatina transversa und eine Beteiligung des Vomer an der Bildung der Gaumenfläche beim Menschenschädel. Arch. für Anthr. 1894. b. XXII. S. 393.
- 16) Kupffer. Verhandlungen. der Berliner anthr. Gesel. 1879. S. 70.
- 17) Kupffer. Gaumenwulst. Kor., Arch. f. Anthr. 1880. b. XIII. S. 44.
- 18) Lissauer. Crania prussica. Zeit. f. Ethn. 1878. B. X. S. 1. (Ar. f. An. bd. XV. 1885).
- 19) Matiegka. Über Varietäten und Anomalien am knochernden Gaumen des Menschen Prag. 1900.
- 20) Mies. Über einige seltene Bildungen am menschl. Schädel. Kor. der Deutsch. Ges. für Anthrop., Ethnolog. und Urgesch. 1893. XXIV. S. 105.
- 21) Näcke. Das Vorkommen des Gaumenwulstes in Irrenhaus und bei geistig Gesunden. Arch. f. Psych. und Nervenkr. 1893. Bd. XXV, S. 470—485.
- 22) Neugebauer. Über Messungen des weichen Gaumens mit Darstellung einer neuen Messungsmethode. I. d. 1896.
- 23) Peter. I. Zur Bildung des primitiven Gaumens bei Menchen und Säugetieren. Ar. An. 1902. B. XX. № 22. S. 545.
- 24) Ranke. Die Bildung des knöchern Gaumens bei der altb. Lanbev. Beitr. zur phys. Anthr. der Bayern. 1883. Kap. 6. V. S. 160.
- 25) Ranke. Über normale Schwimmhautbildung. Arch. für Anthrop. 1893. b. XXII. S. 117.
- 26) Петри. Антропология т. I и II.
- 27) Schmidt. Anthropologische Methoden. 1888.

- 28) Stieda. Der Gaumenwulst 1891.
- 29) Stieda. Sur les differentes formes de la suture palatine transv. C. intern. d'archeol. et d'anthr. pr. 11. 1892. p. 271.
- 30) Stieda. Über die verschiedenen Formen der sogen. queren Gaumennaht. A f. A. 1894 b. XXII. 1893. S. 1—12.
- 31) Stieda. Die Gefäßfurchen in knöch. Gaumen. des Menschen. An. Anzeig. 1897. IX. S. 729.
- 32) Topinard. Eléments d'anthropologie général 1885.
- 33) Turner. A rare form of palatal. suture. I. of anatomy and. physiology 1899. p. 674.
- 34) Virchow. Abgüsse von gaumen ostpr. Schädel. Verh. der Berl. anthr. G. 1879. S. 70.
- 35) Virchow. Crania ethnica amer. 1892.
- 36) Waldeyer. Über das Vorkommen des Torus palatinus an Lappenschädeln. K. bl. der Deutch. G. für. Anthr. № II, 12.
- 37) Waldeyer. Über den harten Gaumen. Arch. für Anthr. 1892. B. XXI. K. b. S. 118.
- 38) Waldeyer. Anomalien des harten Gaumens. Zeitscr. für Ethnologie. 1892. b. XXIV. S. 427.
- Къ вопросу о Th. P., какъ стигматѣ преступленія.
- 39) Kurella. Der Verbrecher.
- 40) Хомяковъ. Преступники (Тр. юр. об. при К. У. за 1907—8 г.).
-

Диагностическое значеніе глазной реакціи Wolf- Eisner'a и Calmette'a при бугорчаткѣ.

М. Н. Чебоксарова.

Своевременно поставленный діагнозъ развивающейся легочной бугорчатки является однимъ изъ первыхъ условій для успѣшной борьбы съ этимъ заболѣваніемъ. Легочная чахотка, этотъ бичъ человѣчества, уносящій ежегодно сотни тысячъ человѣческихъ жизней, является не такой ужъ неизлѣчимою болѣзью и даетъ значительный процентъ выздоровленія, если, при условіи равнаго распознаванія, удастся поставить больного въ соответствующія гигиеническія, а по возможности и климатическія условія. Отсюда является вполнѣ понятнымъ это постоянное стремленіе врачей—на основаніи ничтожнѣйшихъ патологическихъ измѣненій въ организмѣ умѣть діагноспировать туберкулезъ въ самой начальной стадіи его развитія. Но всѣ способы опредѣленія этихъ такъ называемыхъ раннихъ признаковъ туберкулеза, начиная съ тончайшихъ физикальныхъ методовъ и кончая серо- и рентгено-діагностикой, далеко не всегда даютъ возможность врачу съ полной увѣренностью распознать болѣзнь. А обладать этой увѣренностью представляется для врача прямо таки необходимымъ, такъ какъ на основаніи его діагноза больному зачастую приходится въ цѣляхъ лѣченія нести не только большія матеріальныя затраты, но и мѣнять весь образъ жизни своей и своей семьи, мѣнять профессію, мѣстожительство и проч.

Вопросъ о раннемъ распознаваніи бугорчатки, казалось, былъ рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ, послѣ того какъ Koch предложилъ для этой цѣли подкожное вспырыскиваніе открытаго имъ туберкулина. Но благодаря отсутствію увѣренности у врачей въ полной безопасности этого метода, значительной хлопотливости при его употребленіи и, наконецъ, невозможности примѣненія его у лихорадящихъ больныхъ, методъ Koch'a не нашелъ широ-

каго распространенія, особенно у насъ въ Россіи, и такимъ образомъ не оправдалъ цѣликомъ возлагавшихся на него надеждъ.

Но роль туберкулина въ качествѣ діагностическаго средства оказалась далеко неисчерпанной.

Въ прошломъ году, въ одномъ изъ засѣданій Берлинскаго медицинскаго общества, д-ръ Pirquet ¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о новомъ открытомъ имъ способѣ примѣненія туберкулина въ цѣляхъ діагностики. Къ открытію этого способа привело Pirquet наблюденіе надъ ревакцинаціей коровьей оспы. Оказалось, что, изслѣдуя ревакцинированнаго ребенка черезъ сутки послѣ прививки, можно замѣтить у него на мѣстѣ прививки появленіе небольшой папулы, которую Pirquet считаетъ специфической и происхожденіе ея объясняетъ взаимодѣйствіемъ между находящимся въ организмѣ антитоксиномъ и вводимымъ токсиномъ, въ данномъ случаѣ оспеннымъ; слѣдовательно, появленіе указанной реакціи даетъ право заключить, что въ организмѣ имѣются оспенные антитоксины т. е., что организмъ этотъ уже ранѣе былъ зараженъ оспой. Соображенія эти навели Pirquet на мысль примѣнить кожную прививку туберкулина лицамъ, страдающимъ бугорчаткой; прививочнымъ матеріаломъ служилъ 25% растворъ стараго Koch'овскаго туберкулина; на кожу разгибательной поверхности предплечья Pirquet наноситъ двѣ капли указаннаго раствора и иглой дѣлаетъ три ранки, проникающія только черезъ верхнюю кожу, — одну контрольную на кожѣ, непокрытой туберкулиномъ, а двѣ другія въ центрѣ каждой капли.

Если у испытуемаго субъекта гдѣ нибудь въ организмѣ есть туберкулезный очагъ, то черезъ 24—48 часовъ на мѣстѣ прививки развивается небольшое припуханіе, покраснѣніе и наконецъ, маленькая папула, которая черезъ 2—3 дня пигментируется, а потомъ начинаетъ шелушиться; иногда, въ случаѣ рѣзкой реакціи, въ окрестности мѣста прививки появляются пузырьки съ серознымъ содержимымъ. Ни повышенія температуры, ни опуханія лимфатическихъ желѣзъ, и вообще никакихъ общихъ явленій при этомъ не бываетъ. Наблюденія эти Pirquet произвелъ на большомъ клиническомъ матеріалѣ и пришелъ къ выводу, что эту кожную реакцію на туберкулинъ даютъ только дѣти, пораженные бугорчаткой т. е., что она имѣетъ строго специфическій характеръ, и такимъ образомъ можетъ служить въ качествѣ діагностическаго метода. Реакцію эту Pirquet вначалѣ предложилъ примѣнять только у дѣтей въ первые годы жизни въ виду того, что почти у всѣхъ взрослыхъ, даже и не страдающихъ туберкулезомъ, она даетъ все же положительные результаты, но въ послѣдующихъ своихъ сообщеніяхъ Pirquet уже не отрицаетъ діагностическаго значенія ре-

акции и у взрослых, что до известной степени находить подтверждение и в работах позднейших исследователей.

Wolf Eisner ²⁾, проверяя наблюдения Pirquet, попробовал кроме того впускать 10% раствор старого туберкулина в конъюнктивальный мешок и отметил у туберкулезных лиц появление местной реакции в форме конъюнктивита, но так как реакция сопровождалась сильными явлениями раздражения глаза, то дальнейшей разработки этого вопроса со стороны Wolf Eisner'a не последовало. И только благодаря исследованиям проф. Calmette'a о применении туберкулина на конъюнктиву глаза, метод этот привлёк всеобщее внимание.

Calmette ³⁾, опасаясь раздражающего действия глицерина в старом Koch'овском туберкулинѣ, приготовил путем осаждения этого послѣдняго 95% спиртом такъ называемый сухой туберкулинъ—tuberculin - test. Одну каплю 1% воднаго раствора приготовленнаго такимъ образомъ туберкулина, Calmette впускалъ на конъюнктиву внутреннего угла глаза; у лицъ туберкулезныхъ черезъ 5, а иногда и черезъ три часа появлялось ясное покраснение конъюнктивы въѣдъ даннаго глаза. покраснение и набухание слезнаго бугорка, который при этомъ покрывался легкимъ фабриознымъ экссудатомъ. Явления эти черезъ 6—10 часовъ достигали своего maximum'a, а черезъ 24—48 часовъ безслѣдно исчезали. Никакихъ неприятныхъ осложнений при этомъ не наблюдалось. Больные испытывали лишь небольшое чувство жжения въ глазу и нѣкоторое затуманивание поля зрѣнія, на температуру реакція замѣтнаго действия не оказывала. Изъ 16 туберкулезныхъ больныхъ у всѣхъ безъ исключенія реакція дала положительный результатъ, тогда какъ у 9 нетуберкулезныхъ никакой реакціи не наступило. Въ дальнейшихъ своихъ сообщеніяхъ Calmette ⁴⁾ указываетъ, что больные съ тяжелыми формами туберкулеза, а также вахеттики зачастую реакціи не даютъ.

Эти наблюдения, представляющія глубокой интересъ, какъ въ практическомъ, такъ и въ теоретическомъ отношеніи, не могли, конечно, не обратить на себя вниманіе исследователей—и въ настоящее время, хотя не прошло и года со дня сообщенія Calmette'a, въ литературѣ появился цѣлый рядъ работъ, посвященныхъ всестороннему изученію вновь открытаго діагностическаго метода, известнаго теперь подъ названіемъ глазной реакціи на туберкулинъ. (ophthalmo-reaction á la tuberculine).

Я считаю не безинтереснымъ привести здѣсь результаты нѣкоторыхъ работъ по данному вопросу, при чемъ изъ обширной литературы выберу только тѣ, гдѣ выводы строятся на основаніи болѣе или менѣе значительнаго числа наблюдений. Предварительно замѣчу, что въ большинствѣ случаевъ послѣдователи стали упо-

треблять для реакціи старый туберкулинъ Koch'a, ибо наблюденія показали, что заключающійся въ немъ глицеринъ самъ по себѣ не способенъ вызвать какого нибудь раздраженія конъюнктивы и потому примѣненіе раствора туберкулина—test'a вовсе не является обязательнымъ.

Такъ Citron ⁵⁾ произвелъ 90 изслѣдованій, употребляя 1% растворъ старого туберкулина: изъ 31 больного завѣдомо туберкулезныхъ—25 дали положительную реакцію, 6—отрицательную, между этими послѣдними двое больныхъ были вахектики и одинъ умирающій, изъ 45 лицъ, не страдающихъ бугорчаткой, реакція была положительной только у одного. Реакція протекала легко, больныхъ не обременяла, и только у одного скрофулезного ребенка развился гнойный конъюнктивитъ. Наибольшей ясности реакція достигала черезъ 12—20 часовъ, а черезъ 2—4 сутокъ глазъ приходилъ къ нормѣ. Авторъ приходитъ къ выводу, что положительный результатъ реакціи рѣшительно говоритъ за наличность туберкулеза у даннаго субъекта.

Erpenstein ⁶⁾ пользовался alt-tubercul. Höchst'a въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли или въ 3% растворѣ борной кислоты. Въ случаѣ положительной реакціи, черезъ 6—10 часовъ послѣ вкапыванія появлялась инъекція конъюнктивы въѣкъ и характерное покраснѣніе и набуханіе слезнаго бугорка и полудунной складки съ появленіемъ на нихъ легкаго фибринознаго выпота. Если реакція не получалась отъ 1% раствора, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдовательно примѣнялись 2% и 4% растворы туберкулина. У дѣтей авторъ наблюдалъ въ 2 случаяхъ развитіе фликтенулезнаго конъюнктивита, а въ одномъ—легкаго кератита, и потому въ дѣтской крактикѣ совѣтуетъ употреблять 1/2% растворы.

Erpenstein обладаетъ матерьяломъ изъ 226 случаевъ, 74 случая клинически явнаго туберкулеза, 76 подозрительныхъ и 76 клинически нетуберкулезныхъ. Изъ 61 больного легочной бугорчаткой 47 дали положительную глазную реакцію; у 12 лицъ, страдающихъ туберкулезнымъ пораженіемъ желѣзъ, костей и суставовъ, реакція получилась во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія, тоже и въ одномъ случаѣ туберкулезнаго менингита; изъ 76 нетуберкулезныхъ больныхъ положительная реакція наступила только у 4: у одного истощеннаго больного, выздоравливающаго отъ брюшнаго тифа, и у троихъ, страдающихъ хроническимъ конъюнктивитомъ. Въ заключеніе авторъ высказывается въ пользу діагностическаго значенія глазной реакціи.

На большемъ клиническомъ матерьялѣ (310 случаевъ) основываетъ свои выводы докторъ Sohn ⁷⁾, работавшій также съ 1% растворомъ старого туберкулина. Изъ 86 безусловно туберкулезныхъ больныхъ положительная реакція получилась у 60; изъ 26 больныхъ,

не реагировавшихъ на туберкулинъ, 23 находились въ третьей стадіи туберкулеза. Изъ 32 подозрительныхъ на бугорчатку случаевъ положительная реакція наступила у 23, въ томъ числѣ у 4 больныхъ съ экссудативнымъ серознымъ плевритомъ, и у одного съ костоѣдой ребра. Что же касается 192 лицъ, у которыхъ клинически туберкулезъ не могъ быть констатированъ, то изъ нихъ положительно реагировали только 10. Авторъ склоняется къ мнѣнію, что причиной появленія глазной реакціи у этихъ больныхъ служить существованіе скрытаго туберкулезнаго очага, котораго клиническимъ путемъ опредѣлить не удавалось. Это предположеніе оправдывается однимъ случаемъ перикардита, гдѣ при жизни туберкулезъ не діагносцировался, тогда какъ при вскрытіи найдено было двухстороннее туберкулезное пораженіе легочныхъ верхушекъ: глазная реакція въ этомъ случаѣ давала положительные результаты. На основаніи своихъ наблюденій Сohn приходитъ къ выводу, что больные въ первой и второй стадіи бугорчатки почти всѣ безъ исключенія даютъ глазную реакцію, въ то время какъ послѣдняя отсутствуетъ въ 50% всѣхъ случаевъ третьей стадіи. Слѣдуетъ еще отмѣтить одинъ весьма важный фактъ, наблюдаемый авторомъ, именно, что большинство брюшно-тифозныхъ больныхъ (8 изъ 12), особенно въ стадіи выздоровленія, положительно реагировали на туберкулинъ, хотя подозрѣвать здѣсь туберкулезъ не было никакихъ основаній. Явленіе это Сohn пытается объяснить тѣмъ, что въ теченіи тифа большое количество тифозныхъ бациллъ подвергается бактериолизу, вслѣдствіе чего данный организмъ приобретаетъ повышенную чувствительность не только противъ экстракта Эбертовскихъ бациллъ, но и вообще противъ бактерійныхъ бѣлковъ, а въ частности и противъ туберкулина. Глазную реакцію на туберкулинъ у тифозныхъ больныхъ наблюдали и другіи авторы: Lewy⁸⁾, Citron, Erpenstein, Blum⁹⁾, Штеревбергъ¹⁰⁾, Calmette¹¹⁾, при чемъ Calmette съ своей стороны объясняетъ появленіе глазной реакціи при брюшномъ тифѣ наличностью у этихъ больныхъ въ брыжжечныхъ железахъ латентнаго туберкулеза, который какъ бы оживаетъ подъ влияніемъ новой инфекціи.

Blum и Schlippe⁹⁾ продѣлали глазную реакцію у 250 больныхъ, пользуясь 1% растворомъ туберкулина—test или 2% туберкулина—alt. Изъ 26 туберкулезныхъ больныхъ положительно реагировали 21, отрицательно 5, всѣ эти послѣдніе случаи отнесены къ тяжелымъ формамъ туберкулеза; изъ 219 лицъ, не подозрительныхъ на туберкулезъ, положительная реакція получилась у 31 т. е. въ 14%. Въ семи случаяхъ съ отрицательной реакціей діагнозъ удалось провѣрить на секціонномъ столѣ, при чемъ въ 5 случаяхъ вгдѣ не было найдено туберкулезнаго очага, а въ двухъ констатированы старые рубцы въ легочныхъ верхушкахъ. Далѣе авторы

предостерегаютъ отъ повторнаго вкапыванія туберкулина въ одинъ и тотъ же глазъ, такъ какъ при этомъ реакція можетъ получиться и у вполнѣ здоровыхъ лицъ, какъ слѣдствіе мѣство наступившей специфической повышенной чувствительности.

Г. Lewy ⁹⁾ обладаетъ матерьяломъ въ 330 случаевъ; онъ вкапывалъ сначала въ одинъ глазъ 2% растворъ стараго туберкулина и въ случаяхъ отрицательной реакціи, онъ повторялъ ее съ 4% растворомъ на другомъ глазу. Изъ 41 случая туберкулеза положительная реакція наступила у 35 больныхъ, изъ случаевъ, не давшихъ реакціи,—5 относятся къ кахектикамъ, вскорѣ умершимъ, а шестой—къ хорошо упитанной дѣвушкѣ, у которой голь тому назадъ вслѣдъ за тѣлеснымъ напряженіемъ наступило сильное кровохарканье. а затѣмъ была констатирована инфильтрація легочныхъ верхушекъ; подкожное впрыскиваніе туберкулина вызвало у нея общую реакцію только послѣ введенія 10 mg. и то лишь въ видѣ очень незначительнаго повышенія температуры.

Авторъ высказываетъ предположеніе что здѣсь шло дѣло о такъ наз. *tyrus bovinus*. Изъ больныхъ подозрительныхъ на туберкулезъ 32 дали положительный, 22 отрицательный результатъ; изъ 11 плевритиковъ только 3 не реагировали на туберкулинъ. Изъ 229 лицъ, не страдавшихъ бугорчаткой, положительная глазная реакція получилась только у 6 т. е. въ 2,2%, между ними у одного брюшно-тифознаго въ стадіи выздоровленія.

Упомянемъ еще объ изслѣдованіяхъ надъ глазной реакціей Blümel'я и Clarus'a ¹²⁾: изъ 93 больныхъ съ туберкулезными бактеріями въ мокротѣ реакціи не дали только трое, которые продолжительное время передъ этимъ лѣчились туберкулиномъ и не реагировали также и на подкожное впрыскиваніе его, фактъ весьма интересный въ теоретическомъ отношеніи. Изъ слѣдующихъ 60 больныхъ съ клинически установленнымъ діагнозомъ туберкулеза, но безъ палочекъ въ мокротѣ, реакціи не дало 9, большинство изъ которыхъ тоже предварительно уже лѣчились туберкулиномъ: наконецъ изъ 136 лицъ, въ высокой степени подозрительныхъ на туберкулезъ, положительную глазную реакцію дали 119; 17 же случаевъ этой группы съ отрицательной глазной реакціей не реагировали и на подкожное впрыскиваніе туберкулина. На основаніи своихъ изслѣдованій, авторы считаютъ возможнымъ признать за глазной реакціей высокое діагностическое значеніе; они считаютъ ее вполнѣ безопасной и одинаково достовѣрной съ Косч'овской реакціей на туберкулинъ, возможность же примѣнять ее у лихорадящихъ больныхъ даетъ ей даже нѣкоторыя преимущества.

Изъ русскихъ авторовъ по интересующему насъ вопросу работали Лурія ¹³⁾, Предтеченскій ¹⁴⁾, Штеренбергъ ¹⁰⁾, Шпиндлеръ ⁵⁰⁾, Автократовъ ¹⁵⁾; всѣ они пришли въ положительному заключенію

относительно діагностическаго значенія глазной реакціи, при чемъ Прелтеченскій. производившій параллельно съ глазной реакціей и кожную реакцію Pirquet, такъ формулируетъ свои выводы:

„Кожная и глазная реакціи съ туберкулиномъ, взятымъ въ опредѣленной концентраціи, могутъ дать цѣнные діагностическія указанія: отсутствіе реакціи съ большою вѣроятностью говоритъ противъ туберкулеза, а положительная реакція указываетъ либо на существованіе туберкулезнаго процесса въ его развитіи, либо на старый законченный туберкулезный процесъ, другими словами, положительная реакція по своему значенію равнозначуща вскрытію, она даетъ не клиническій, а анатоמו-патологическій діагнозъ“.

Такимъ образомъ, большинство изслѣдователей должны были высказаться въ пользу глазной реакціи, и въ литературѣ имѣются лишь отдѣльные голоса (Sicard ¹⁶) Olmer et Terros ¹⁷) Mallery ¹⁸), Délarne ¹⁹), Müller ²⁰), Arloing ²¹), Wolf ²²), высказывающіеся противъ нея. Но слѣдуетъ отмѣтить, что одни изъ авторовъ, скептически относящіеся къ глазной реакціи, обосновываютъ зачастую свои взгляды на слишкомъ небольшомъ клиническомъ матеріалѣ, не рѣдко лишь на основаніи единичныхъ случаевъ, а другіе склонны отрицать значеніе реакціи только въ виду ея яко бы меньшей точности сравнительно съ подкожнымъ впрыскиваніемъ туберкулина по способу Koch'a. Такъ напримѣръ, проф. Wolf, которому среди указанныхъ авторовъ принадлежитъ наиболѣе обстоятельная работа, нашель, что изъ 45 больныхъ, подозрительныхъ на туберкулезъ, положительную глазную реакцію дали только 13. тогда какъ на подкожное впрыскиваніе туберкулина реагировало 36 больныхъ, и въ то время какъ способъ Koch'a является, по автору совершенно безвреднымъ, глазную реакцію онъ считаетъ далеко не безопасной, такъ какъ она даетъ иногда тяжелый конъюнктивитъ, продолжающійся недѣлями. Но эти отдѣльные голоса противниковъ глазной реакціи теряются, какъ я уже сказала, среди многочисленныхъ сторонниковъ ея, видящихъ въ ней цѣнность діагностическаго приобрѣтенія для распознаванія туберкулеза, и въ настоящее время область примѣненія глазной реакціи все расширяется, и она уже употребляется теперь съ большимъ или меньшимъ успѣхомъ въ глазной (Franke ²³), кожной (Поспѣловъ ²⁴), Nicolle ²⁵), (Nicolas et Gautier ²⁶), хирургической (Bazy ²⁷, S. Levy ²⁸) и ларингологической (Rosenberg ²⁹) практикѣ.

Въ концѣ моего краткаго литературнаго обзора я позволю себѣ привести здѣсь таблицу, изъ которой наглядно можно познаться съ результатами работъ авторовъ по интересующему насъ вопросу. Всего приведено въ 3600 таблицъ наблюденій различныхъ авторовъ, при чемъ видно, что изъ 1366 туберкулезныхъ больныхъ на ввапываніе туберкулина въ глазъ реагировали 1188 т. е. 86,9%,

Т А Б Л И Ц А I.

ФАМИЛИЯ АВТОРА	Туберкулезн. больные		Подозрител. на туберкулезъ		Не туберкулезные		Всего изслѣдовано больныхъ
	Число случаевъ	P+	Число случаевъ	P+	Число случаевъ	P+	
Calmentte	16	16	—	—	9	0	25
Citron	31	25	14	11	45	1	90
Letulle ³⁰⁾	66	63	—	—	—	—	66
Dufour ³¹⁾	14	13	—	—	16	0	30
Gironi ³²⁾	12	12	—	—	19	0	31
Derscheid ³¹⁾	9	9	—	—	12	0	21
Bazy	20	20	—	—	—	—	20
Metreux ³⁴⁾	15	14	11	9	42	2	68
Eppenstein	74	60	76	33	76	4	226
Olmer et Terros	31	20	—	—	17	3	48
Cohn	86	60	32	23	192	10	310
F. Levy	41	35	54	32	235	6	330
Daus ³⁵⁾	66	64	—	—	—	—	66
Лурія	23	21	13	10	24	2	60
Рѣнтковскій ³⁶⁾	12	12	—	—	4	0	16
Kozczynsky ³⁷⁾	57	48	12	12	35	9	104
S. Levy	69	45	18	8	33	4	120
Wolf	20	14	64	20	—	—	84
Wiens u. Günther ³⁸⁾	11	6	6	3	33	7	50
Шрепенбергъ	64	54	14	12	39	4	117
Lenhartz ³⁹⁾	37	33	63	23	11	4	111
Andeud ⁴⁰⁾	13	12	3	1	15	0	31
Schenck u. Seiffert ⁴¹⁾	28	27	20	15	52	26	100

ФАМИЛИЯ АВТОРА	Туберкулезн. больные		Подозрител. на туберкулезъ		Не туберкулезные		Всего изслѣдовано больныхъ
	Число случаевъ	P+	Число случаевъ	P+	Число случаевъ	P+	
Blum u. Schlippe	26	21	5	3	219	31	250
Blumel u. Clarus	153	141	136	119	—	—	289
Baldvin ⁴²⁾	53	50	26	8	57	16	136
Köhler ⁴³⁾	169	161	5	5	—	—	174
Frenke	6	6	12	9	18	5	36
Schröder u. Kaufmann ⁴⁴⁾	48	43	9	4	20	12	77
Mainini ⁴⁵⁾	12	14	32	26	56	8	100
Bing ⁴⁶⁾	6	3	15	6	79	1	100
Heinemann ⁴⁷⁾	48	40	33	22	63	10	144
Чебоксаровъ	30	29	35	25	105	9	170
В с е г о	1366	1188	707	438	1527	174	3630

а изъ 1527 лицъ, у которыхъ на основаніи клиническихъ данныхъ туберкулезъ былъ исключенъ, реакцію дали только 174 т. е. 11,3⁰/₀. Но для болѣе яснаго представленія о значеніи глазной реакціи эти среднія цифры требуютъ нѣкоторой поправки: въ настоящее время можно считать твердо установленнымъ, что больные съ тяжелыми формами туберкулеза и какетки въ огромномъ большинствѣ случаевъ глазной реакціи не даютъ, такъ что производитъ у нихъ эту послѣднюю съ діагностической цѣлью не имѣетъ, конечно, никакого смысла; поэтому, если мы изъ 1366 приведенныхъ въ таблицѣ случаевъ исключимъ больныхъ только что указанной категоріи, то, по моему приблизительному подсчету процентъ положительной реакціи повысится до 93—95⁰/₀. Съ другой стороны среди нетуберкулезныхъ лицъ, давшихъ положительную глазную реакцію, въ таблицѣ помѣщены и лица, давшія реакцію при повторномъ впусканіи туберкулина въ тотъ же самый глазъ, что, какъ мы увидимъ ниже, является противопоказаннымъ; это же нужно сказать относительно лицъ, страдающихъ конъюнктивитомъ. При исключеніи всѣхъ этихъ случаевъ число нетуберкулезныхъ больныхъ, реагировавшихъ положительно на туберкулинъ, съ

11,3% понизится приблизительно до 6—7%; эти же цифры, мнѣ кажется, въ достаточной степени говорятъ сами за себя.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію результатовъ моихъ изслѣдованій. Свои наблюденія я производилъ какъ на стационарныхъ, такъ и на амбулаторныхъ больныхъ факультетской терапевтической клиники. Вначалѣ я примѣнялъ исключительно $\frac{1}{2}$ %—1% растворы туберкулина—test, а въ дальнѣйшемъ, сталъ пользоваться старымъ Косч'овскимъ туберкулиномъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, но здѣсь прежде всего мнѣ пришлось рѣшить вопросъ, какой растворъ туберкулина слѣдуетъ примѣнять для глазной реакціи. Большинство авторовъ работали съ 1%, 2% и 4% растворами, и только Mainini примѣнялъ 5%, а Предтеченскій 8% растворы. Мои наблюденія показали, что растворъ стараго туберкулина слабѣе 5% не вполне пригодны, такъ какъ зачастую не даютъ реакціи тамъ, гдѣ 1% туберкулинъ—test давалъ типичную реакцію, и это наблюдалось мною у нѣсколькихъ несомнѣнно туберкулезныхъ больныхъ.

Что касается 5% раствора, то на него реагировали всѣ безъ исключенія туберкулезные больные, а также и большинство сильно подозрительныхъ на туберкулезъ, кромѣ 4, давшихъ между тѣмъ предварительно глазную реакцію съ туберкулиномъ—test. Тогда я рѣшилъ попробовать 10% растворъ стараго туберкулина; растворъ этотъ, примѣненный у 40 лицъ, безъ всякаго подозрѣнія на бугорчатку, у всѣхъ далъ отрицательный результатъ и ни разу не вызвалъ никакого осложненія со стороны глазъ; всѣ же туберкулезные больные безъ исключенія реагировали на него, причемъ характеръ и сила реакціи ничѣмъ не отличались отъ таковыхъ же при примѣненіи 1% раствора сухого туберкулина. Поэтому я рѣшительно высказываюсь противъ употребленія слабыхъ растворовъ стараго туберкулина и совѣтую производить реакцію такимъ образомъ: впускать въ одинъ глазъ 5% растворъ tubercul.—alt или $\frac{1}{2}$ % растворъ tubercul.—test и въ случаѣ положительной реакціи этой пробой ограничиться, въ случаѣ же отрицательной реакціи у больныхъ, гдѣ подозрѣніе на туберкулезъ велико, повторить реакцію съ 10% растворомъ tnbere.—alt или 1% tuberc.—test на другомъ глазу и ужъ этотъ результатъ считать окончательнымъ.

Реакція обычно протекаетъ такимъ образомъ: черезъ 4—6, а иногда черезъ 8—10 часовъ замѣчается покраснѣніе конъюнктивы вѣкъ, слезнаго бугорка и полудунной складки; далѣе, что особенно характерно, sacuncula lacrimalis и plica semilunaris рѣзко набухаютъ, покраснѣніе становится болѣе интенсивнымъ и въ 75% всѣхъ случаевъ появляется легкій фибринозный или фибринозно-гнойный экссудатъ. Своего maximum'a реакція достигаетъ черезъ 20—24 часа, а на 3—5-й день глазъ постепенно возвращается

въ нормѣ; больные не испытываютъ почти никакихъ субъективныхъ ощущеній, кромѣ чувства легкаго жженія или колотья въ глазу и небольшого слезотеченія. Такъ протекаетъ реакція въ большинствѣ случаевъ и такую картину ея я бы назвалъ типичной глазной реакціей. Отступленіе отъ типичной картины состоитъ въ томъ, что или реакція выражена болѣе слабо, она ограничивается только покраснѣніемъ внутренняго угла глаза съ набуханіемъ слезнаго бугорка, но безъ образованія на немъ замѣтнаго фибринознаго эксудата, или же, наоборотъ, она протекаетъ въ болѣе рѣзкой формѣ, покраснѣніе занимаетъ собой значительную часть конъюнктивы, а эксудатъ принимаетъ гнойный характеръ, при этомъ наблюдается болѣе значительное слезотеченіе и склеиваніе вѣкъ по утрамъ, но болѣе въ глазу не бываетъ. Нужно еще отмѣтить, что иногда и у здоровыхъ лицъ черезъ 1—2 часа послѣ впусканія туберкулина наступаетъ очень слабое покраснѣніе глаза, безъ всякаго набуханія *sacunculae lacrimalis* и какихъ либо другихъ характерныхъ явленій; покраснѣніе это черезъ 8—15 часовъ пропадаетъ, это явленіе слѣдуетъ имѣть въ виду, чтобы не принять его за специфическую глазную реакцію, съ которой оно, ничего общаго, конечно, не имѣетъ.

Я здѣсь долженъ еще особенно предостеречь отъ повторнаго вкапыванія туберкулина въ тотъ же самый глазъ, на что уже указывали другіе авторы (*Blum* и *Schlippe*, *Klieneberger*, *Schröder—Kaufmann* и др.). Дѣло въ томъ, что при этихъ условіяхъ реакція можетъ получиться даже у лицъ безусловно не туберкулезныхъ, протекаетъ въ гораздо болѣе рѣзкой формѣ, чѣмъ обычно, и повидимому иногда способна вызвать весьма непріятныя осложненія со стороны глаза. Такъ я наблюдалъ одного совершенно здороваго субъекта, которому мѣсяць тому назадъ была сдѣлана глазная реакція, давшая отрицательный результатъ, и у котораго, послѣ вторичнаго вкапыванія раствора туберкулина въ тотъ же самый глазъ, получилась сильнѣйшее раздраженіе его: рѣзкое покраснѣніе всей конъюнктивы, кровоподтеки на ней, отекъ вѣкъ, свѣтобоязнь, обильное слезотеченіе, и только черезъ двѣ съ лишнимъ недѣли всѣ эти явленія исчезли.

Всего я произвелъ глазную реакцію у 170 лицъ, которыхъ можно распредѣлить на три группы въ первую войдутъ больные съ несомнѣннымъ туберкулезомъ, у которыхъ въ мокротѣ были найдены *Koch*' овскія бациллы, во вторую—лица, страдающія другими болѣзнями, гдѣ туберкулезъ на основаніи клиническихъ данныхъ совершенно исключался, и наконецъ, въ третью группу войдутъ больные подозрительные на туберкулезъ, но безъ палочекъ въ мокротѣ.

Изъ 30 больныхъ первой категоріи 29 дали типичную глазную реакцію, отрицательно реагировалъ только одинъ кахектикъ съ кавернами въ обоихъ легкихъ, вскорѣ умершій. Я наблюдаю между прочимъ у двухъ больныхъ слѣдующія явленія: обѣ больныя, съ значительнымъ туберкулезнымъ поражениемъ одного легкаго, при поступленіи въ клинику дали вполне ясную глазную реакцію съ $\frac{1}{2}\%$ растворомъ tuberculini—test; болѣзнь быстро прогрессировала, скоро захватила и другое легкое; мѣсяца черезъ два у одной больной, и черезъ три у другой, реакція была повторена на другомъ глазу съ 1% растворомъ того же туберкулина, но въ обоихъ случаяхъ она уже не наступила, несмотря на примѣненіе болѣе вѣрнѣкаго раствора. Такимъ образомъ, и мои наблюденія вполне подтверждаютъ уже отмѣченный другими авторами фактъ, что кахектики и больные съ тяжелыми формами туберкулеза глазной реакціи не даютъ (Calmette, Eppenstein, Citron, Wolf-Eisner, ⁴³) Blum и др.). Что касается отношенія между интенсивностью реакціи и распространенностью легочнаго процесса, то прямой зависимости, видимо, здѣсь не существуетъ.

Иное дѣло, если мы будемъ сопоставлять ту или другую силу реакціи не со степенью распространенности туберкулезнаго процесса, а съ общимъ состояніемъ организма больного, со степенью его силъ, то здѣсь уже зависимость эта будетъ несомнѣнная, но въ этому вопросу я еще вернусь, когда буду говорить о прогностическомъ значеніи глазной реакціи.

Изъ 105 лицъ второй группы т. е. клинически не туберкулезныхъ, положительная глазная реакція получилась только у 9, отрицательная же у 97. Я не буду останавливаться на случаяхъ съ отрицательной реакціей, гдѣ, слѣдовательно, эта послѣдняя находится въ полномъ соотвѣтствіи съ клиническими данными, но за то рассмотрю нѣсколько подробнѣе тѣ 9 случаевъ, гдѣ реакція была положительной; сюда относятся 2 больныхъ съ аневризмой грудной аорты, 1 больной хроническимъ ларингитомъ, 1 больная желчными камнями и, наконецъ, 5 повидимому здоровыхъ лицъ, подвергшихся глазной реакціи *experimenti causa*.

Больная К. страдаетъ желчными камнями; ни со стороны легкихъ ни со стороны другихъ органовъ подозрѣній на туберкулезъ не имѣетъ; температура нормальна; три года назадъ въ теченіи трехъ мѣсяцевъ болѣла глаза, лѣчилась примочками и впускала какія то капли; въ настоящее время конъюнктивы нѣсколько гиперемированы. Въ правый глазъ вкапнуть 1% растворъ туберкулина—test; черезъ 16 часовъ сильное разлитое покраснѣніе всей конъюнктивы и слезотеченіе; черезъ 24 часа отекъ вѣкъ, инъекція конъюнктивы усилилась, появились на ней кровоподтеки; обильное гнойное отдѣленіе, боли въ глазу и въ соотвѣствующемъ вискѣ.

Такое состояніе продолжалось 6 дней, затѣмъ стало стихать и на 12 день глазъ пришелъ къ нормѣ.

Больной О. Аневризма грудной аорты и хроническій бронхитъ. Въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ нѣтъ, прививка мокроты морской свинкѣ дала отрицательный результатъ. У больного имѣется хроническій конъюнктивитъ. Въ лѣвый глазъ вкапнуть $\frac{1}{2}\%$ растворъ туберкулина-test: черезъ 14 часовъ разлитое покраснѣніе конъюнктивы вѣкъ и яблока, слезотеченіе; черезъ 40 часовъ отекъ вѣкъ и конъюнктивы, гнойное отдѣленіе, болей нѣтъ, жалобы на чувство жженія и колютя въ глазу; черезъ недѣлю всѣ явленія безслѣдно исчезли.

Студентъ I., здоровъ, никакихъ подозрѣній на туберкулезъ нѣтъ; лѣтъ шесть назадъ страдалъ сильнымъ конъюнктивитомъ, въ настоящее время этотъ послѣдній въ слабо выраженной хронической формѣ. Реакція произведена съ 1% растворомъ туберкулина—test; черезъ 14 часовъ наступили такія же явленія, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, продолжавшіяся 8 дней.

Точно такого же характера явленія наблюдались мною еще у двоихъ лицъ, у одного совершенно здороваго и у другого, страдающаго аневризмой аорты. Припомнимъ также, что аналогичная картина получилась и у того вышеописаннаго субъекта, которому произведено было повторное вкапываніе туберкулина въ тотъ же самый глазъ.

Разсматривая внимательно всѣ эти случаи, можно замѣтить, что явленія со стороны глазъ протекали здѣсь совершенно иначе, чѣмъ это бываетъ при типичной глазной реакціи: во первыхъ, они наступали позже, чѣмъ обычно, именно черезъ 14—16 часовъ послѣ вкапыванія туберкулина, во-вторыхъ, продолжались значительно дольше 8—14 дней, и въ третьихъ наконецъ, интѣкція конъюнктивы занимала здѣсь не только внутренній уголъ глаза, не имѣла, слѣдовательно, строго ограниченной локализациі, и одновременно начиналась по всей конъюнктивѣ, нося такимъ образомъ разлитой характеръ. Однимъ словомъ, картина имѣла мало общаго съ тѣмъ, что мы привыкли видѣть при глазной реакціи. Я склоненъ думать, что всѣ описанныя явленія не имѣютъ ничего специфическаго, а представляютъ собой вызванный вѣроятно токсическимъ дѣйствіемъ туберкулина conjunctivitis sui generis. Это особенно ясно можно было наблюдать у одной туберкулезной больной: у нея черезъ 4 часа послѣ впусканія въ глазъ $\frac{1}{2}\%$ раствора туберкулина—test появилось сначала типичное набуханіе и покраснѣніе слезаго бугорка съ легкимъ фибриновымъ налетомъ, а затѣмъ черезъ 18 часовъ къ этому внезапно присоединилось разлитое покраснѣніе всей конъюнктивы, отекъ вѣкъ, сильное слезотеченіе и проч. Впечатлѣніе получилось такое, что будто бы въ

нормально протекающей специфической реакціи присоединился какой то острый своеобразный конъюнктивитъ. Считаю умѣстнымъ подчеркнуть здѣсь то обстоятельство, что у всѣхъ лицъ давшихъ подобныя явленія, можно было констатировать или существующій въ настоящее время или же бывшій ранѣе конъюнктивитъ. Просматривая литературу, я нашелъ въ ней нѣсколько случаевъ глазной реакціи съ точно такими же осложненіями, при чемъ большею частью они наблюдались у лицъ, имѣющихъ то или другое заболѣваніе соединительной оболочки глаза. Такъ напримѣръ, Wiens и Günther описываютъ такой случай: у одного здороваго субъекта съ хроническимъ конъюнктивитомъ при первомъ закапываніи туберкулина, глазная реакція дала отрицательный результатъ; черезъ два съ половиной мѣсяца во время обостренія конъюнктивита реакція была повторена, при чемъ получилось сильное раздраженіе глаза, подобно описанному мною. Изъ всего этого можно сдѣлать нѣкоторые практическіе выводы: во-первыхъ, ни въ коемъ случаѣ не дѣлать реакціи у лицъ, страдающихъ конъюнктивитомъ, во-вторыхъ не закапывать туберкулинъ повторно въ тотъ же самый глазъ и въ третьихъ, не считать за специфическую реакцію на туберкулинъ явленія, со стороны глаза, описанныя выше подъ видомъ остраго конъюнктивита.

Такимъ образомъ, если изъ 9 случаевъ второй группы съ положительной глазной реакціей по только что приведеннымъ соображеніямъ исключить 5, то окажется, что среди нашихъ нетуберкулезныхъ больныхъ положительно реагировали на туберкулинъ только 4 т. е. 4%. Если же вспомнить, какъ часто на вскрытіи находятъ туберкулезные очаги тамъ, гдѣ при жизни они не могли быть діагностированы, то этотъ процентъ по моему мнѣнію не только нельзя считать высокимъ, но скорѣе надо удивляться, что онъ слишкомъ низокъ. Я склоненъ думать, что эти 4 повидимому здоровыхъ лица талятъ гдѣ нибудь въ своемъ организмѣ скрытый туберкулезный фокусъ, который при благопріятныхъ условіяхъ можетъ никогда ничѣмъ не проявиться и только быть можетъ въ будущемъ будетъ случайно открытъ патолого-анатомомъ на секціонномъ столѣ. Съ этой точки зрѣнія я вполне присоединяюсь къ мнѣнію Предтеченскаго, что положительная глазная реакція даетъ не клиническій, а скорѣе патолого-анатомическій діагнозъ.

Разсмотримъ наконецъ полученные результаты глазной реакціи у 35 больныхъ клинически подозрительныхъ на туберкулезъ.

Т А Б Л И Ц А II.

Наименование болѣзни.	Общее число слу-чаевъ.	Положи-тельная реакція.	Отрица-тельная реакція.
Cat. apic. pulmon . . .	12	12	0
Pleurit. exud. seros. . .	6	5	1
Pleuritis sicca.	1	0	1
Tuberculosis laryng. . .	10	7	3
Lymphadenitis.	2	0	2
Anaemia.	3	0	3
Caries costae	1	1	0
В с е г о	35	25	10

Какъ видно изъ таблицы, больные съ поражениемъ легочныхъ верхушекъ, выражающимся или въ пониженіи ихъ границъ или въ наличности хриповъ и въ измѣненіи характера дыханія, но безъ туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ, всѣ дали ясную глазную реакцію, слѣдовательно, эта послѣдняя и здѣсь находится въ полномъ согласіи съ клиническими данными. Отмѣчу, что изъ 6 больныхъ серозно выпотнымъ плевритомъ, 5 реагировали положительно, при чемъ у 4 изъ нихъ опредѣлялись соответствующія измѣненія со стороны легочныхъ верхушекъ; отрицательная реакція получилась только у одной больной, у которой можно было предположить причинную зависимость плеврита съ недавно перенесеннымъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ. Факты эти съ точки зрѣнія этиологіи серозныхъ плевритовъ представляютъ по моему мнѣнію не малый интересъ. Наконецъ изъ 10 больныхъ, подозрительныхъ на туберкулезъ гортани, положительно реагировало 7; изъ этихъ послѣднихъ у 6 діагностика съ значительной долей вѣроятности подтверждалась наличностью туберкулезнаго процесса въ легкихъ; исторію же болѣзни седьмого больного съ положительной глазной реакціей я здѣсь вкратцѣ приведу: И. Г., 23 лѣтъ, рабочій Алафузовской фабрики въ началѣ ноября прошлаго года обратился въ клинику съ жалобами на кашель и на небольшую охриплость. При изслѣдованіи со стороны легкихъ не найдено никакихъ патологическихъ измѣненій, бациллы Кош'а въ мокротѣ нѣтъ. При ларингоскопії оказалось, что слизистая оболочка зѣва и гортани очень блѣдна, и только гиперемированы черпаловидные хрящи и задняя половина

лѣвой истинной голосовой связки, слизистая оболочка межчерпаловиднаго пространства нѣсколько опухшая, и здѣсь замѣчаются неровности въ видѣ мелкихъ складокъ. Картина эта заставила меня заподозрить начинающійся туберкулезъ гортани, но полной увѣренности въ правильности діагноза я не имѣлъ; тогда сдѣлана была глазная реакція, съ 1% растворомъ туберкулина—test, давшая положительный результатъ и при томъ въ своей типичной формѣ. Въ виду этого я счелъ возможнымъ предупредить больного, что у него имѣется серьезное заболѣваніе гортани, и назначивъ лѣченіе, просилъ его время отъ времени посѣщать клинику, но больной ко мнѣ всю зиму больше не показывался, и я ужъ думалъ, что потерялъ его изъ виду, и только 15-го марта т. е. черезъ 1½ мѣсяца онъ снова посѣтилъ клиническую амбулаторію. Исслѣдованіе больного указало на пониженіе правой легочной верхушки, притупленіе перкуторнаго звука подъ ключицей и присутствіе здѣсь звучащихъ хриповъ. Ларингоскопія дала картину типичнаго туберкулезнаго инфильтрата гортани; въ мокротѣ найдены въ значительномъ количествѣ Koch'овскія бациллы.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ дальнѣйшее теченіе болѣзни подтвердило діагностическую цѣнность главной реакціи.

Я особенно подчеркиваю этотъ фактъ потому, что каждому занимающемуся ларингологіей, извѣстно, какъ трудно, а подчасъ прямо таки невозможно бываетъ съ увѣренностью установить распознаваніе начинающейся горловой чахотки, главнымъ образомъ въ тѣхъ, правда нечастыхъ случаяхъ, когда не удается констатировать туберкулезнаго очага въ легкихъ. Здѣсь глазная реакція можетъ притти на помощь врачу и дать окончательную опору для діагноза, какъ это было въ описанномъ мною случаѣ.

Итоги всѣхъ моихъ послѣдованій иллюстрируются въ ниже-слѣдующей таблицѣ:

Т А Б Л И Ц А III.

	Всего подвергнуто глазной реакціи	Положительная реакція.	Отрицательная реакція	% полож. реакціи
Больные легочной чахоткой съ Koch'овскими палочками въ мокротѣ	30	29	1	96,6
Больные подозрительные на туберкулезъ	35	25	10	76,4
Больные клинически нетуберкулезные.	100	4	96	4

Если, на основаніи своихъ наблюденій съ одной стороны и на основаніи работъ указанныхъ авторовъ съ другой, мы примемъ, что въ случаяхъ несомнѣннаго туберкулеза положительная реакція получается въ среднемъ въ 95⁰/₀, а у лицъ не туберкулезныхъ только въ 6⁰/₀, то приходится сдѣлать выводъ, что въ глазной реакціи мы имѣемъ хотя, конечно, не патогномическій, но во всякомъ случаѣ важный диагностическій способъ, которому, при наличности другихъ признаковъ, можно придавать рѣшающее значеніе при распознаваніи туберкулеза.

Проф. Wolf, скептически относящійся къ глазной реакціи и наблюдавшій у своихъ больныхъ рядъ тяжелыхъ конъюнктивитовъ, говоритъ, что врачъ, рѣшившійся подвергнуть реакціи больныхъ въ своей частной практикѣ, рискуетъ быть навсегда прогнаннымъ. Я же со своей стороны скажу на это, что при строгомъ соблюденіи всѣхъ показаній и противопоказаній, врачъ смѣло и безъ боязни вызвать то или другое осложненіе можетъ прибѣгнуть къ глазной реакціи на туберкулинъ съ полной увѣренностью, что ничего, кромѣ признательности больного за своевременно поставленный диагнозъ онъ не встрѣтитъ.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ по поводу прогностическаго значенія глазной реакціи, но для этого мнѣ необходимо предварительно коснуться вопроса о ея теоретическомъ обоснованіи. Исходной точкой для пониманія биологической сущности глазной реакціи должно служить, мнѣ кажется, ученіе Wassermann'a о дѣйствіи туберкулина при его подкожномъ впрыскиваніи.

Какъ извѣстно, теорія Wassermann'a, основанная на опытахъ обнаруживанія амбоцепторовъ по способу Bordet и Gengou, состоитъ въ томъ, что специфическія противутѣла, образующіяся въ туберкулезныхъ тканяхъ и органахъ, съ одной стороны притягиваютъ циркулирующій послѣ впрыскиванія въ крови туберкулинъ, а съ другой связываютъ гесп. привлекаютъ сюда комплементъ или, что все равно, источникъ его—лейкоцитовъ: происходитъ мѣстная концентрація защитительныхъ силъ организма, которая и оказываетъ свое разрушительное дѣйствіе на туберкулезный очагъ.

Аналогичныя явленія происходятъ вѣроятно и при глазной реакціи. Для пониманія сущности ея къ теоріи Wassermann'a приходится сдѣлать нѣкоторыя дополненія въ томъ смыслѣ, что способностью образовывать противутѣла, видимо, обладаютъ не только ткани пораженнаго туберкулезомъ очага, но вообще всякая ткань, всякая клетка организма, а слѣдовательно, и конъюктива. Такимъ образомъ, вкапываніе въ глазъ раствора туберкулина быстро вызываетъ чисто мѣстное образованіе противутѣла, слѣдствіемъ чего и здѣсь является привлеченіе комплемента, гесп. лейкоцитовъ, что *ad oculos* выражается въ мѣстномъ воспалительномъ процессѣ, въ

мѣстномъ полинуклеозѣ т. е. въ картинѣ, называемой нами „глазная реакція“. Понятно теперь, что для наступленія реакціи необходимо, чтобы на лицо были всѣ три члена указаннаго ряда—антигенъ, противутѣло и комплементъ: выпадаетъ одно изъ нихъ реакціи не будетъ; но два изъ нихъ всегда имѣются—антигенъ т. е. туберкулинъ мы всякій разъ сами вводимъ, комплементъ же заключается въ каждомъ организмѣ, слѣдовательно, весь центръ тяжести лежитъ въ специфическихъ противутѣлахъ. Если клѣтки организма вырабатываютъ ихъ, то глазная реакція положительна, если нѣтъ, то и реакція не наступитъ.

Припомнимъ теперь, что большая часть истощенныхъ туберкулезныхъ больныхъ не даютъ глазной реакціи. Для объясненія этого факта надо признать, что организмъ этихъ больныхъ, ослабленный въ борьбѣ съ инфекціей, какъ бы славившись наводнившему его врагу, не въ состояніи болѣе мобилизовать всѣ свои защитительныя силы,—не можетъ болѣе вырабатывать специфическихъ противутѣлъ, непосредственнымъ результатомъ чего, какъ мы уже теперь знаемъ, является неспособность конъюнктивы реагировать на туберкулинъ. Далѣе, многіе авторы констатировали отсутствіе глазной реакціи и у нѣкоторыхъ больныхъ во второй и даже первой стадіи туберкулеза. Я думаю, что сущность дѣла остается и здѣсь той же самой: вѣроятно, подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ неблагоприятныхъ условій, подъ вліяніемъ какихъ то внутреннихъ, еще не вполне извѣстныхъ намъ причинъ, организмъ, можетъ быть временно только, становится неспособнымъ противустоять инфекціонному началу, не можетъ въ достаточномъ количествѣ образовать противутѣла,—въ результатѣ глазная реакція и у этихъ больныхъ не получается. Отсюда вытекаетъ и прогностическое значеніе глазной реакціи: отсутствіе ея у лицъ, страдающихъ бугорчаткой является *signo mali ominis*, указывающимъ, что въ данный моментъ организмъ не вырабатываетъ всѣхъ своихъ защитительныхъ силъ, что инфекция беретъ верхъ надъ противодѣйствіемъ организма.

Но та или другая интенсивность реакціи или же полное отсутствіе ея ни въ коемъ случаѣ не указываютъ на степень распространенія болѣзненнаго процесса, на величину или характеръ туберкулезнаго очага; глазная реакція можетъ указать только на то, энергично ли борется въ данный моментъ организмъ съ инфекціей, вырабатываетъ ли онъ въ достаточной мѣрѣ специфическія противутѣла. Только въ такомъ смыслѣ и слѣдуетъ понимать прогностическое значеніе глазной реакціи, въ этомъ ея достоинство и въ то же время недостатокъ.

Литература:

- 1*. Pirquet. Berlin. klin. Wochenschr №№ 20 и 22. 1907.
- 2*. Wolf-Eisner. Berlin. klin. Wochenschr. № 22. 1907.
- 3*. Calmette. La Semaine médicale. № 26. 1907.
La Presse médicale. № 89. 1907.
- 4*. Calmette. La Semaine médicale. № 4. 1908.
- 5*. Citron. Berlin. klin. Wochenschr. № 33. 1907.
6. Eppenstein. Medic. Klinik. № 36. 1907.
7. Cohn. Berlin. klin. Wochenschr. № 47. 1907.
8. F. Levy. La Semaine médicale. № 3. 1908.
9. Blum u. Schlippe. Münch. medic. Wochenschr. № 2. 1908.
10. Штеренбергъ. Новое въ медицинѣ. № 24. 1907.
- 11*. Calmette. La Semaine médicale. № 2. 1908.
12. Blümel u. Clarus. Medic. Klinik. № 50. 1907.
13. Лурія. Русский Врачъ. № 2. 1908.
14. Предтеченскій. Практическій Врачъ. № 1 и 2. 1908.
15. Автократовъ. Врачеб. Газета. № 7. 1908.
- 16*. Sicard. La Semaine médicale. № 50. 1907.
17. Olmer et Terros. La Presse médicale. № 75. 1907.
- 18*. Mallery. Ibidem.
- 18*. Délarme. Ibid. № 4. 1908.
- 20*. Müller. Ibid. № 7. 1908.
- 21*. Arloing. Ibid. № 5. 1908.
22. Wolf. Berlin. klin. Wochenschr. № 6. 1908.
23. Franke. Deutsche medic. Wochenschr. № 48. 1908.
- 24*. Посиѣловъ. Практ. Врачъ. № 51. 1907.
25. Nicolle. La Semaine médicale. № 36. 1907.
- 26*. Nicolas et Gautier. Практ. Врачъ. № 7. 1908.
- 27*. Bazy. Врач. Газета. № 34. 1907.
28. S. Levy. Berlin. klin. Wochenschr. № 5. 1908.
29. Rosenberg. Berlin. klin. Wochenschr. № 4. 1908.
- 30*. Letulle. La Semaine médicale. № 27. 1907.
- 31*. Dufour. Ibid. № 30. 1907.
- 32*. Gironi. Врач. Газета. № 34. 1907.
- 33*. Derscheid. Ibid.
- 34*. Metreux. Ibid.
- 35*. Daus. La Semaine médicale. № 3. 1908.

- 36*. Ржентковскій. Русскій Врачъ. № 48. 1907.
37*. Korczynsky. Ibid. № 4. 1908.
38. Wiens u. Günther. Münch. medic. Wochenschr. № 52. 1907.
39. Lenhartz. Ibid. № 48. 1907.
40. Andeud. Revue médic. de la Suisse Romande. № 10. 1907.
41. Schenck u. Seiffert. Münch. medic. Wochenschr. № 46. 1907,
42. Baldwin. Прив. по ст. Schröder'a.
43. Köhler. Deutsche medic. Wochenschr. № 50. 1907.
44. Schröder u. Kaufmann. Münch. med. Wochenschr. № 2. 1908.
45. Mainini. Ibid. № 52. 1907.
46. Bing. Ibid. № 10. 1908.
47. Heinemann. Ibid. № 11. 1908.
48. Klieneberger. Ibid. № 52. 1907.
49. Wolf-Eisner. Berl. klin. Wochenschr. № 2 и 5. 1908.
50, Шпидлеръ. Врач. Газета. № 12. 1908.
-

*) Звѣздочкой отмѣчены рефераты или отчеты ученыхъ обществъ.

Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

Кровь во всѣхъ 151 случѣ острой лейкеміи представлялась измѣненной.

Внѣшнія ея свойства у нѣкоторыхъ больныхъ настолько отклонялись отъ обычныхъ, что эти особенности обратили на себя вниманіе изслѣдователей.

Кровь при острой лейкеміи „нѣсколько блѣдна“—указываетъ Westphal, „блѣдна“—говоритъ Waldstein и „сильно блѣдна“ характеризуетъ Greene.

Кромѣ того „кровь водяниста“ отгѣняютъ Westphal и Walz.

Наконецъ, она „жидкая, съ большимъ трудомъ останавливается изъ мѣста укола“—замѣчаетъ Петровъ. Это же подтверждаютъ Hirtz и Labbé. У ихъ больного „кровотеченіе изъ пальца было трудно остановить“.

Морфологическія отклоненія крови состоятъ въ измѣненіяхъ: а) количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, б) лейкоцитовъ и с) процентнаго содержанія различныхъ видовъ лейкоцитовъ.

Измѣненіе количества эритроцитовъ.

Въ однихъ случаяхъ указывается на „обѣдненіе“ крови красными кровяными тѣльцами—Litten, „уменьшеніе“ числа ихъ—Ambros Frankel, въ другихъ на „значительное уменьшеніе“ числа эритроцитовъ—Stépan, Westphal, Denys или „абсолютное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ“—Ebstein.

Это уменьшеніе числа эритроцитовъ лучше всего видно изъ тѣхъ цифръ, которыя различные изслѣдователи даютъ по отношенію своихъ больныхъ,

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	Количество эритроцитовъ въ 1 мм. ³ крови
Kauert	8	4.600.000
Hirtz с. Delamore и Genevr.	12	4.455.000
	7	4.030.000
Musser	17	3.700.000
	14	2.000.000
Micha	12	3.648.000
	10	3.630.000
	5	2.300.000
Pineles	за нѣск. дней.	3.550.000
Michaelis	36	3.450.000
Green	—	3.425.000
Klein (5-е н.)	1	3.392.000
Ebstein	8	3.273.000
Gilbert и Weil (1-е н. 2 ст.)	1	3.200.000
Берестневъ	25	3.100.000
Fränkel	предъ конц. бол.	2.945.000
Oulmont и Ramont	—	2.800.000
Miller-Hess	—	2.800.000

Фамилиі авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	Количество эритроцитовъ въ 1 мм. ³ крови
O. Kose	7	2.670.000
	1	1.936.000
Рахманиновъ	21	2.640.000
	16	2.640.000
Pollitzer	9	2.600.000
Pollmann, Bradford и Shaw (4-е н.)	5 и за нѣск. д.	2.500.000
Ambros	12	2.437.000
Grawitz (1-е н.)	—	2.400.000
Петровъ	5	2.400.000
	1	1.350.000
Müller 2-е н.	8	2.380.000
	6	2.374.000
	5	2.290.000
Körmöczi	24	2.300.000
	9	1.700.000
	3	1.600.000
Klein 3-е н.	15	2.227.000
Bradford и Shaw 3-е н.	5	2.225.000

Фамилиі авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	Количество эритроцитовъ въ 1 мм. ³ крови
	4	2.000.000
M. Saw	—	2.200.000
Leyden	29	2.200.000
	11	1.456.000
Savory	13	2.157 000
Hinterberger	2	2.125.000
Klein	21	2.124.000
Barie et Salmon	за нѣск. дней	2.015.000
Bradford и Shaw (3-е н.)	1	2.000.000
Billings и Carps	17	2.000.000
Hindenburg	35	2.000.000
	15	1.400.000
Apert	35	1.900.000
Своехотовъ	—	1.880.000
Vyšin (1-е н.)	10	1.850.000
Hirtz и Labbé	20	1.829.000
Millard и Girode	38	1.800.000
Klein (1-е н.)	—	1.764.000

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	Количество эритроцитовъ въ 1 mm. ³ крови
M. Crae	18	1.680.000
Leube и Fleischer	не задолго до †	1.420.000
Phear	13	1.384.000
Klein (1-е н.)	2	1.368.000
Müller (3-е н.)	7	1.308.000
Thompson и Ewing	—	1.290.000
Stewart	4	1.280.000
Beimann	7	1.200.000
Vysin (2 е н.)	2 м.	1.200.000
Ewing	—	1.080.000
Türk	—	1.060.000
	2	583.000
Papenheim	3	1.024.000
Kelsch	3 н.	1.000.000
Eichhorst	не задолго до †	1.000.000
Glinski	—	918.000
Besançon и Clerc	1	900.000
Westphal	за нѣск. дней	816.000
Klein (2-е н.)	3	800.000

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	Количество эритроцитовъ въ 1 мм. ³ крови
Stintzing	—	800.000
Fussel, Jopson и Taylor	—	800.000
Lindsay Steven	—	766.000
Vyšin (2-е н.)	2 н.	687.000
Guinon Jolly	1	685.000
Берестневъ	1	430.000

Съ уменьшеніемъ числа эритроцитовъ измѣняется и содержаніе гемоглобина въ крови.

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	% содержаніе гемоглобина.
Leijden	30	75%
Берестневъ	29	75%
Fränkel	1	55% (Cowers)
Рахманиновъ	20	50%
Gilbert и Weil (1-е н.)	10	48% (Gowers)
Westphal	за нѣск. дней	45% (Fleischl)
Ambros	3	41%

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти произведено опредѣлен.	% содержаніе гемоглобина
Bradford и Shaw (3-е н.)	5	40 ⁰ / ₀
Michaelis	36	40 ⁰ / ₀
Billings и Capps	17	40 ⁰ / ₀
Bradford и Shaw (3-е н.)	5	30 ⁰ / ₀
M c l a w	—	28.8
Bradford и Shaw (4 е н.)	день смерти	26 ⁰ / ₀
Eichhorst	4	25 ⁰ / ₀
Stewart	4	25 ⁰ / ₀
Hindenburg	15	22 ⁰ / ₀
Glinski	не зад. до смерти	21 ⁰ / ₀ (Fleischl)
O. Kose	7	20 ⁰ / ₀ (Fleischl)
Петровъ	1	20 ⁰ / ₀
Reimann	7	20 ⁰ / ₀ (Fleischl)
Türk	—	19 ⁰ / ₀
Берестневъ	1	15 ⁰ / ₀
Lindsay Steven	—	15 ⁰ / ₀
Türk	2	14 ⁰ / ₀
Green	—	9 ⁰ / ₀

Измѣненіе количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ — лейкоцитовъ. Увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при острой лейкеміи останавливаетъ на себѣ вниманіе всѣхъ изслѣдователей. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ счисленій, въ опредѣленіи увеличенія не можетъ быть точности. Всѣ опредѣленія поэтому вполне субъективныя. „На нѣкоторыхъ препаратахъ казалось, что число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ превышало число красныхъ“ — встрѣчаемъ мы у Lauenstein'a. „Бѣлыхъ тѣлецъ болѣе, чѣмъ обычно“ — говоритъ Litten. „Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ увеличено“ утверждаютъ — Carpentier, Küssner, Westphal, Guttman, Michel-Dansac, Fränkel, Theodor, Stéran, Янушкевичъ. Но особенно замѣтна условность въ опредѣленіи степени увеличенія. „Бѣлыя кровяныя тѣльца представляютъ замѣтное увеличеніе“, говоритъ Gaucher, — „значительное“ увеличеніе — опредѣляютъ Leube и Fleischer, Masius и Francotte, Ebstein, Образцовъ (1-е и 2-е н.), Ambros, Denys, — „очень значительное“ — Immmann, „сильное увеличеніе“ — Ponfick, Hintze, „чрезвычайное увеличеніе“ — Seelig, „громадное увеличеніе“ — Fränkel. „Обиліе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ“ находили — Zumpre, Wadham, Hintze. „Въ концѣ болѣзни число бѣлыхъ тѣлецъ превышало число красныхъ“ — отмѣчаютъ Masius и Francotte.

Но размѣры нарастанія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ при острой лейкеміи можно представить по тѣмъ случаямъ, въ которыхъ введенъ методъ счисленія лейкоцитовъ въ крови.

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. счетъ	Количество лейкоцитовъ въ 1 mm. ³ крови.
Kelly 4-е н.	—	9.000
	—	6.000
	—	5.200
	—	18.200
	—	37.000
Hirtz с. Delamore и Genevrier	7	10.470

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. счетъ	Количество лейкоцитовъ въ 1 mm. ³ крови.
Kelsch	3 нед.	14.000
Michaelis	36	16.000
Green	—	19.426
Pappenheim	3	20.000
Millard и Girode	38	20.000
Westphal	за нѣск. дней	24.000
Klein 1-е н.	—	29.020
Рахманиновъ	20	29.140
Ewing	—	30.000
Hunter	за нѣск. дней	30.000
Klein (5-е н.)	1	33.920
Fränkel	за нѣск. дней	31.253
Bradford и Shaw (4-е н.)	за нѣск. дней	34.500
Türk	2	36.500
O. Kose	1	38.000
Apert	35	50.000
Thompson и Ewing	—	50.000
Vyšín (2-е н.)	2 н.	58.000
Берестневъ	1	60.000

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. счетъ	Количество алейкоцитовъ въ 1 мм. ³ крови
Рахманиновъ	16	65.700
Bradford и Shaw (4-е н.)	за нѣск. дней	68.000
" " (3-е н.)	" "	74.000
Leube и Fleischer	подъ конецъ	80.000
Eichhorst	" "	88.000
Apert	25	90.000
Pollitzer	9	91.875
Gilbert и Weil	1	92.500
Körmöczi	4	107.000
Mixa	5	112.000
Hirtz и Labbé	20	112.350
Kelly (1-е н.)	—	119.000
Grawitz (1-е н.)	—	130.000
Fussel, Jopson Taylor	—	134.000
Apert	за нѣск. дней	150.000
Ebstein	8	163.650
Ambros	12	175.000
Glinski	за нѣск. дней	180.000

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. счетъ	Количество лейкоцитовъ въ 1 мм. ³ крови
Grawitz (2-е н.)	2 н.	190.000
Kelly (2-е н.)	—	208.000
Müller 2-е н.	8	212.000
	6	215.000
	5	208.000
Oulmont и Ramond	—	240.000
Петровъ	5	249.648
Bradford и Shaw 3-е н.	1	280.000
Берестневъ	23	290.000
Reimann	7	350.000
Hinterberger	2	360.000
Kelly (3-е н.)	—	378.000
Leyden	29	400.000
	11	540.000
Phear	13	404.000
Müller 3-е н.	7	420.000
Vyšín (1-е н.)	10	450.000
Billings и Carrs	за нѣск. дней	540.000

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ.	Количество лейкоцитовъ въ 1 mm. 3 крови.
Pineles	” ” ”	550.000
Hindenburg	35	700.000
	15	350.000
M Saw	—	810.000

Вслѣдствіе абсолютнаго уменьшенія числа красныхъ кровяныхъ кружечковъ и увеличенія количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ измѣняется и отношеніе между ними. Это сказывается въ выраженіяхъ Reed'a, Weber'a, что бѣлыя тѣльца также многочисленны какъ и красныя. Особенно ясно видно какъ измѣненія отношенія такъ и предѣлы, въ которыхъ совершается это измѣненіе, изъ сопоставленія цифровыхъ данныхъ различныхъ изслѣдователей.

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Michaelis	36	1 : 215
	14	1 : 150
Green	—	1 : 124
Klein (5-е н.)	1	1 : 100
Millard и Girode	38	1 : 90
Рахманиновъ	20	1 : 90
Kelsch	3 н.	1 : 71

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
O. Kose	7	1 : 62
	1	1 : 50
Gilbert и Weil (1-е н.)	2	1 : 51
Stintzing	—	1 : 50
Nobl (2-е н.)	3 н.	1 : 50
Papenheim	3	1 : 50
Mixa	11	1 : 50
Bradford и Shaw	7	1 : 43
Своехотовъ	4	1 : 42
Рахманиновъ	16	1 : 40
Ewing	—	1 : 36
Bradford и Shaw (3-е н.)	5	1 : 35
Westphal	за нѣсь. дней	1 : 34
Bradford и Shaw (4-е н.)	4	1 : 33
Klein (6-е н.)	21	1 : 32
Gilbert и Weil (2-е н.)	—	1 : 31
Pollitzer	9	1 : 29

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. разсчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Bradford и Shaw (4-е н.)	1	1 : 25
Thompson и Ewing	—	1 : 25
Gardavot	5	1 : 25
Hayeme и Bensaude	—	1 : 25
Guinou и Jolly	1	1 : 24
Mixa	5	1 : 21
Immermann	—	1 : 20
Nobl (1-е н.)	за нѣск. дней	1 : 20
Greene	23	1 : 20
Klein (3-е н.)	15	1 : 19
Grawitz (1-е н.)	—	1 : 18
Türk	2	1 : 15
Körmöczy	4	1 : 14
Stewart	4	1 : 14
Ambros	12	1 : 13.5
Vyšín (2-е н.)	2 н.	1 : 13
Müller (2-е н.)	8	1 : 12
Берестневъ	25	1 : 11.6
Müller (2-е н.)	5	1 : 11.5

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Eichhorst	предъ конц.	1 : 11.4
Müller (2-е н.)	6	1 : 11
Besançon и Clerc	2	1 : 11
Klein (2е н.)	3	1 : 10.5
Leube и Fleischer	—	1 : 10
Nobl (1-е н.)	подъ конецъ	1 : 10
Bradford и Shaw (2-е н.)	1	1 : 10
Green	—	1 : 10
Carpentier	—	1 : 9
Образцовъ (2-е н.)	3	1 : 9
Litten	—	1 : 9
Theodor	2 м. 3 д.	1 : 9
Kauert	8	1 : 9
Bradford и Shaw (1-е н.)	18	1 : 9
Петровъ	5	1 : 9
Образцовъ (1-е н.)	21	1 : 8
Pollmann	5	1 : 8
Klein	2	1 : 7.1

Фамилии авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Образцовъ (1-е н)	24	1 : 7
Hinterberger	2	1 : 7
Берестневъ	1	1 : 7
Bradford и Shaw (3-е н.)	1	1 : 7
Янушкевичъ	3	1 : 6.5
Ambros	3	1 : 6
Fussel, Jorson и Taylor	—	1 : 6
Leyden	29	1 : 5.5
Jeelig	1	1 : 5.4
Bradford и Shaw (1-е н.)	1 (?)	1 : 5
Walz	—	1 : 5
Петровъ	1	1 : 5
Glinski	не зад. до см.	1 : 5
Kauert	1	1 : 4
Vysin (1-е н.)	10	1 : 4
Müller (3-е н.)	7	1 : 3
Theodor	2 м.	1 : 3

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Bradford и Shaw (1-е н.)	17	1 : 3
Phear	13	1 : 3
Billings и Capps	17	1 : 3
Hindenburg	3	1 : 3
	15	1 : 4
Leyden	11	1 : 2.6
Ponfick	2	1 : 2
Senator	2	1 : 2
Barié et Salmon	за нѣск. дней	1 : 2
Reimann	7	1 : 3—4
	1	1 : 2
Guttman	въ день смерти	1 : 1.4
Lauenstein	кровь трупа	1 : 1
Zumpe	5	1 : 1
Zappert	—	1 : 1
Fränkel	1	1 : 1
Kübler	не зад. до см.	1 : 1
Wadham	" "	3 : 1

Наростаніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а слѣдовательно и измѣненіе отношенія иногда совершается „необыкновенно“ быстро—Litten, „внезапно“—Waldstein *).

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит и лейкоцитами
Litten	4	1 : 15
	2	1 : 9
	1	1 : 4
	18/II †	
Körmöczi	9	1 : 203
	4	1 : 14
	3	1 : 14

Обыкновенно же это измѣненіе въ числѣ лейкоцитовъ, а слѣдовательно и въ отношеніи бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ идетъ постепенно

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Bradford и Shaw (3-е н.)	4	1 : 35
	1	1 : 7

*) За 4 дня до смерти.

Фамиліи авторовъ	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами
Bradford и Shaw (4 е н.)	7	1:43
	4	1:33
	1	1:25
Reimann	7	1:3—4
	1	1:2
Hirschlaff	15	1:22
	8	1:15
	5	1:10
	2	1:8
	1	1:4
	Dennig	23
13		1:21
8		1:20
Musser	17	1:40
	14	1:18
Leyden	29	1:5.5
	11	1:2.6
Берестневъ	25	1:11.6

Фамиліи авторовъ.	За сколько дней до смерти сдѣл. расчетъ.	Какое отношеніе между эритроцит. и лейкоцитами.
Müller	20	1 : 8.7
	10	1 : 10
	1	1 : 7
	8	1 : 12
	6	1 : 11
	5	1 : 11.5
Apert	при пост. въ бол.	1 : 40
	спустя 15	1 : 20
	за нѣск. дней	1 : 10

(Продолженіе слѣдуетъ).

Санитарный очеркъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета Приморской области *).

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

Хабаровскій мѣстный лазаретъ расположенъ въ г. Хабаровскѣ на краю высокой такъ называемый „Военной горы“, на правомъ берегу Амура. Во время минувшей Русско-Японской войны онъ расширенъ со 160 до 350 мѣстъ. Весь лазаретъ состоитъ изъ восьми старыхъ одноэтажныхъ деревянныхъ павильоновъ и семи одноэтажныхъ каменныхъ. Три каменныхъ павильона—хирургическій, женскій и заразный, расположены на краю „Военной горы“, надъ Амуромъ, въ старомъ паркѣ; остальные павильоны: два терапевтическихъ, офицерскій, венерическій, глазной и ушной, кухня, ледникъ, покойница и баня съ прачешною расположены на дворѣ лазарета. Каменные павильоны недавно выстроены, почему имѣютъ довольно приличный видъ. Изъ 15 павильоновъ только восемь зимою занимаютъ больными (шесть каменныхъ и два деревянныхъ). Лѣтомъ больные переводятся въ паркъ, гдѣ размѣщаются въ четырехъ картонныхъ деккеровскихъ баракахъ и въ нѣсколькихъ интендантскихъ палаткахъ.

Восьми павильоновъ далеко не хватаетъ для больныхъ Хабаровскаго гарнизона. Въ Хабаровскѣ очень большой гарнизонъ; санитарныя условія какъ въ казарменномъ быту, такъ и въ самомъ городѣ Хабаровскѣ очень дурныя (улицы города завалены всевозможными нечистотами, заражающими воздухъ зловоніемъ, грязныя сточныя воды стекаютъ въ Амуръ, откуда вода развозится въ городъ водовозами; устроенъ недавно водопроводъ, но безъ фильтровъ). Вслѣдствіе таковыхъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ больныхъ въ гарнизонѣ со всевозможными заразными болѣзнями всегда очень много, такъ что ихъ нельзя помѣстить

*) Очеркъ А. Д. Никольскаго былъ присланъ въ редакцію еще осенью 1907 г.; печатаніе задержалось вслѣдствіе чисто случайныхъ причинъ и необходимости послать корректуру въ Хабаровскъ.

въ мѣстномъ лазаретѣ, почему зимою прошедшаго года было открыто еще два лазарета при двухъ полкахъ, находящихся въ Хабаровскѣ, на 60 человекъ каждый.

Но не смотря и на эту мѣру мѣстный лазаретъ всегда былъ переполненъ. Рѣдко было положенное число больныхъ—350, большею частію больныхъ бывало около 400 и болѣе. Лѣтомъ съ іюля мѣсяца усилился въ гарнизонѣ брюшной тифъ (который въ Хабаровскѣ никогда не прекращается), вслѣдствіе чего число больныхъ перешло за 500, такъ и стоитъ до послѣдняго времени. Но лѣтомъ къ услугамъ являются деккеровскіе бараки и палатки.

Въ настоящемъ году запоздали съ ремонтомъ, потому что до конца августа не получалось на это денегъ, почему большинство больныхъ задержано въ деккеровскихъ баракахъ и въ палаткахъ. Сейчасъ уже есть 500 больныхъ, — ремонтъ можетъ еще продолжиться недѣли двѣ три—но такую цифру невозможно размѣстить на зиму въ имѣющихся восьми павильонахъ, тѣмъ болѣе что вентиляція въ нихъ производится одними форточками, каминовъ не имѣется.

Помимо тѣсноты лазаретъ бѣденъ и во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ. До іюня бѣлья было двѣ смѣны: одна на больномъ, другая въ мытьѣ.

Въ маѣ послѣдовало увеличеніе посуточного оклада на больного съ 44 до 55 коп. въ сутки на каждого нижняго чина, и на офицера съ 75 коп. до 1 рубля, почему съ іюня получилась возможность приобрести на экономическія суммы нѣсколько бѣлья и туфель.

Пища готовится довольно вкусно благодаря хорошему повару, но продукты въ Приамурѣ очень дороги: мясо свѣжее зимою 25 коп. за фунтъ, сейчасъ 28 коп.; дешевле здѣсь мясо мороженое австраійское, которое зимою бываетъ отъ 17 коп. за фунтъ, сейчасъ 23 коп. Въ лазаретѣ почти всегда употребляется австраійское мясо.

Масло кухонное отъ 40 до 50 коп. за ф., яйца до 3 руб. сотня. Молоко весной бываетъ 10—15 коп. бут., зимою 25—30 коп., почему въ лазаретѣ часто употребляется консервированное американское молоко, которое гораздо дешевле, — по 25 коп. коробка. Зелени въ настоящемъ году достаточно, благодаря корейцамъ, которые въ большемъ числѣ появились въ прошедшемъ году въ здѣшнемъ краѣ и успѣшно заваяли огородничествомъ.

Пищу въ здѣшнемъ краѣ хорошо дополняетъ рыба, которой въ Амурѣ очень много, хорошаго качества и дешева, напр. осетрина, бѣлуга, форель, сазанъ, кета, амуръ и пр. Въ лазаретѣ больнымъ два раза въ недѣлю дается рыба въ видѣ ухи, солянки и жареная. Кета прекрасная рыба, мясо свѣтложелтое въ родѣ

семги, цѣна отъ 2 коп. за фунтъ, приче́мъ еще получается очень хорошая за ту же цѣну икра, если купить цѣлую, свѣжую рыбу. Бѣлуга и какъ здѣсь ее называютъ „Калуга“ отъ 10—15 коп. за фунтъ, осетръ отъ 25 до 30 коп. за фунтъ.

Пьютъ больные чай и холодную кипяченую воду изъ Амура. Амурская вода очень плохого качества; вслѣдствіе глинистаго грунта здѣшней мѣстности и быстроты теченія очень мутная, кромѣ этого содержитъ ясные слѣды хлора, амміака, азотистой кислоты; количество органическихъ веществъ колеблется между 0,002—0,005. Фильтровъ въ лазаретѣ не имѣется.

Имѣетъ большую нужду Хабаровскій лазаретъ и во врачахъ. Въ настоящее время на 500 слишкомъ больныхъ имѣется всего четыре врача: старшій и три младшихъ.

Въ гарнизонѣ при частяхъ войскъ почти только одни старшіе врачи; есть хотя три младшихъ врача, но одинъ завѣдуетъ санитарною частью всѣхъ командъ, другой занимается въ полковомъ лазаретѣ, а третій болѣнь; здѣсь бывали моменты, когда полкъ оставался безъ врача. Да и во всемъ Приамурскомъ округѣ недостаетъ 50% врачей.

Жизнь въ здѣшнемъ краѣ очень дорога, въ особенности квартиры за 70 руб. въ мѣсяць трудно въ Хабаровскѣ найти квартиру. Обыкновенно порядочная квартира стоитъ руб. сто и болѣе въ мѣсяць.

Еще меньше имѣется въ Хабаровскомъ лазаретѣ врачей специалистовъ: глазнымъ и ушнымъ отдѣленіями завѣдуетъ терапевтъ, душевно-больныхъ пользуя я, и до сентября я-же велъ и женское отдѣленіе, не будучи специалистомъ въ этомъ дѣлѣ, и лишь въ сентябрѣ прибылъ въ лазаретъ врачъ, специально знакомый съ гинекологіею.

Таково въ общемъ устройство Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.

Нѣсколько случаевъ травматическаго разрыва селезенки.

Студ. А. И. Перекропова.

За послѣднее время появилось нѣсколько сообщеній казуистическаго характера о травматическихъ разрывахъ селезенки. Я хочу сообщить нѣсколько случаевъ разрыва селезенки, наблюдавшихся въ практикѣ судебно-медицинскаго кабинета при Казанскомъ Университетѣ за время съ 1-го января 1901 г. по январь 1908 г., т.-е. за 7 лѣтъ.

За прежніе же годы (съ 1867 г. по 1901 г.) о травматическихъ разрывахъ селезенки, наблюдавшихся въ этомъ кабинетѣ, есть обстоятельная работа бывшаго приватъ-доцента, а теперь профессора судебной медицины Казанскаго Университета, В. П. Неболюбова.

Въ ходячихъ учебникахъ по судебной медицинѣ (Эммертъ, Гофманъ, Штрассманъ) говорится, что разрывы внутреннихъ органовъ могутъ происходить или непосредственно отъ удара или отъ противоудара—contusio. (Гофманъ ¹⁾) и по преимуществу подвергаются разрывамъ паренхиматозные органы. О частотѣ разрывовъ внутреннихъ органовъ говорится различно, при чемъ указывается какъ на силу мѣстнаго воздѣйствія, такъ и на характеръ отдѣльнаго органа. Эммертъ ²⁾ просто говоритъ, что ему приходилось наблюдать разрывы печени, селезенки, почки, мочевого пузыря, кишки и желудка. Гофманъ ¹⁾ уже указываетъ, что чаще всего подвергается разрывамъ печень, затѣмъ селезенка, почки, легкія, рѣже желудокъ, кишки или мочевого пузыря и наиболѣе рѣдко—головной мозгъ. У Штрассмана ³⁾ первое мѣсто также занимаетъ печень, затѣмъ слѣдуютъ: легкія, селезенка, почки, сердце, кишки, брызжейка, желудокъ, надпочечныя железы, мочевого пузыря, беременная

матка, грудобрюшная преграда, влагалище, а разрывы желчнаго пузыря и поджелудочной железы онъ наблюдалъ только разъ и то въ зависимости отъ переѣзда экипажемъ. Tillmans ⁴⁾ тоже говоритъ, что среди внутреннихъ органовъ чаще всего подвергается разрывамъ печень.

Въ отдѣльныхъ работахъ о разрывѣ внутреннихъ органовъ частота уже опредѣляется въ ‰‰. Такъ Л. Майеръ ⁵⁾ на 136 случаевъ разрыва печени, одновременно съ другими внутренностями, въ 15 случаяхъ имѣлъ разрывъ селезенки и въ 11 — почекъ. Edler ⁶⁾ указываетъ, что на 189 разрывовъ печени приходится 90 случаевъ разрывовъ почекъ и 83 случая разрыва селезенки.

По Fisher'у ⁷⁾, при паденіи съ высоты, чаще всего повреждается печень—37,5‰, потомъ почки—22‰ и селезенка—20‰. Giel ⁸⁾, по вскрытіямъ Вѣнскаго судебно-медицинскаго института, за періодъ времени съ октября 1878 г. по май 1897 г., на 494 случая разрыва внутреннихъ органовъ отъ дѣйствія тупой силы, указываетъ, что всего чаще были разрывы въ печени (296 разъ = 59,9‰), затѣмъ въ легкихъ (209 = 42,3‰), въ селезенкѣ (163 = 33‰), въ почкахъ (106 = 21,5‰), въ сердцѣ (90 = 18,2‰), кишкахъ (55 = 11,1‰), въ желудкѣ (35 = 7,1‰), въ мочевомъ пузырьѣ (23 = 4,4‰) и въ поджелудочной железнѣ (3 = 0,6‰). Э. Ф. Беллинъ ⁹⁾ на 482 случая судебно-медицинскихъ вскрытій въ г. Харьковѣ въ періодъ съ апрѣля 1879 г. по апрѣль 1887 г. констатировалъ 246 случаевъ насильственной смерти. Изъ нихъ отъ разрыва селезенки смерть наступила 12 разъ, отъ разрыва печени въ чистой формѣ—2 раза, почки, кишки, сосудовъ сальника, беременной матки—по одному разу, т. е. разрывъ селезенки былъ въ 2,48‰ на общее число судебно-медицинскихъ вскрытій и въ 4,88‰ на число насильственныхъ смертей. В. П. Неболюбовъ ¹⁰⁾ по сохранившимся при Казанскомъ судебно-медицинскомъ кабинетѣ протоколамъ за время съ 1867 г. по 1900 г. влччительно, на 1297 вскрытій имѣлъ 15 случаевъ разрыва внутреннихъ органовъ и изъ нихъ разрывъ селезенки наблюдалъ 10 разъ, поврежденіе печени—7 разъ, легкаго—3 раза, сердца и почекъ—по 2 раза и одинъ разъ разрывъ толстыхъ кишекъ. При этомъ въ двухъ случаяхъ селезенка была разорвана вмѣстѣ съ печенью и другими внутренними органами.

По своему положенію, строенію, малому вѣсу, подвижности— нормальная селезенка (вѣсъ = 150—250 grm., объемъ = 221, 5 к. ст., длина = 12—14 ctm., ширина = 8—9 ctm., толщина = 3—4 ctm.—Оболонскій ¹¹⁾) мало доступна насилію и, если случаются травматическія поврежденія и разрывы, то они очень рѣдки. Чаще всего бывають разрывы болѣзненно измѣненной селезенки. На это указывается, какъ въ учебникахъ по общей и частной патологій и

хирургіи и судебной медицины, такъ и въ отдѣльныхъ монографіяхъ по этому вопросу. Н. А. Оболонскій ¹¹⁾ говоритъ, что разрывы селезенки встрѣчаются при tumor lienis, при angioma lienis, наблюдались случаи разрыва селезенки въ концѣ беременности или при родовомъ актѣ, при typhus recurrens, typhus abdominalis, malaria. Далѣе онъ говоритъ, что „разрыву способствуетъ потеря упругости капсулы (perisplenitis). Разрывъ болѣзненно измѣненной селезенки можетъ быть самопроизвольный, травматическій и при сильномъ мышечномъ напряженіи. Но и нормальная селезенка при сильныхъ ударахъ въ животъ, при паденіи съ большой высоты—можетъ подвергаться разрыву. При этомъ нерѣдко наружные знаки насилія отсутствуютъ. Разрывъ въ такихъ случаяхъ неровный, зубчатый, глубокий. Самопроизвольный разрывъ селезенки въ большинствѣ случаевъ поперечный на мѣстѣ наибольшей выпуклости ея. При сильныхъ ушибахъ живота или при паденіи съ большой высоты—разрывъ имѣетъ извилистое направленіе, нерѣдко въ такихъ случаяхъ наблюдается нѣсколько разрывовъ. В. П. Неболюбовъ ¹⁰⁾, поводя итоги своей работы: „Разрывы селезенки въ судебно-медицинскомъ отношеніи“,—въ своихъ положеніяхъ говоритъ:

1) Нормальная селезенка можетъ быть разорвана только при очень тяжелой травмѣ и одновременно съ другими органами и частями тѣла.

2) Въ ряду внутреннихъ органовъ она повреждается рѣже, чѣмъ печень, но чаще другихъ органовъ.

3) Патологически измѣненная и, особенно, увеличенная селезенка разрывается значительно легче.

4) Наиболѣе всего благоприятствуютъ разрывамъ измѣненія селезенки при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ лихорадеѣ, тифѣ а также мильярная бугорчатка, кавернозное расширеніе сосудовъ, абсцессы, опуханіе селезенки во время пищеваренія и беременности съ родовымъ періодомъ.

5) Разрывы такой селезенки, помимо грубыхъ насилій могутъ происходить при самыхъ ничтожныхъ сотрясеніяхъ тѣла и внутренностей, какъ, напр., при чиханіи, кашлѣ и проч.

6) Возможны и, такъ называемые, самопроизвольные разрывы.

7) Въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ разрывы селезенки встрѣчаются значительно чаще. Brewer ¹²⁾ указываетъ, что сильное вѣстоаніе печени и селезенки за край реберъ вслѣдствіе увеличенія—благоприятствуетъ разрыву и обширные и роковые для больного разрывы могутъ происходить отъ сравнительно незначитель-

ныхъ ушибовъ и что размѣры и степень поврежденія гораздо больше зависятъ отъ состоянія самого органа и брюшныхъ мышцъ, чѣмъ отъ силы удара. Mauger¹³⁾ на 116 случаевъ поврежденія селезенки разрывы здороваго органа имѣли только въ 23 случаяхъ, т.-е. въ 19,82%. Edler⁶⁾ указываетъ въ своей статистикѣ, что въ 28% случаевъ разрывовъ—селезенка была болѣзненно измѣнена. Э. Ф. Беллинъ⁹⁾ указываетъ, что на 12 случаевъ разрывовъ селезенки—въ 11 случаяхъ она была патологически измѣнена или увеличена, т.-е. въ 91%. М. М. Крюковъ¹⁴⁾ на 54 случая разрыва селезенки—въ 15 находить указаніе на ея увеличеніе, т.-е. въ 27,7%. Нормальные размѣры селезенки были у него отмѣчены всего въ трехъ случаяхъ (5,5%). Въ остальныхъ случаяхъ указаній на измѣненіе селезенки не было.

В. П. Неболюбовъ¹⁰⁾ на 9 случаевъ неосложненныхъ разрывовъ селезенки отмѣчаетъ патологическое состояніе ея—8 разъ (89%): 7 разъ она была увеличена и мягка и даже одинъ разъ была кашецеобразной консистенціи, одинъ разъ увеличена и плотна. Одинъ разъ селезенка была мала, нормальна, и это, какъ разъ въ случаѣ сдавленія тѣла упавшимъ на дно оврага возомъ, т.-е. при очень значительной травмѣ. Е. Berger¹⁵⁾, въ своей работѣ о поврежденіяхъ селезенки, отмѣчаетъ, что на 132 случая разрыва селезенки въ 93 случаяхъ она была—малярийной, въ 15 случаяхъ была увеличена, но не извѣстно отъ какихъ причинъ, въ 5 случаяхъ разрывъ былъ послѣ брюшнаго тифа, въ 3-хъ случаяхъ при лейкеміи, въ 9 случаяхъ при беременности, въ 2-хъ случаяхъ при циррозѣ печени и по одному случаю при сыпномъ тифѣ, воспаленія легкихъ, врожденномъ сифилисѣ, варикозномъ расширеніи и туберкулезѣ.

За 7 лѣтъ (съ 1901 по 1908 г.) въ практикѣ Казанскаго судебно-медицинскаго кабинета на 242 вскрытія было 4 случая травматическаго разрыва селезенки (2 мужчинъ и 2 женщины). Протоколы этихъ 4-хъ случаевъ я привожу здѣсь съ нѣкоторыми сокращеніями.

1-ый Случай. Вскрытіе 5 сентября 1903 года. Трупъ кр-на Казанской губ., Лаишевскаго у., Григорія Полосцова, около 45 лѣтъ. Тѣлосложенія и питанія средняго. Цвѣтъ покрововъ, слизистыхъ оболочекъ вѣкъ, рта, губъ блѣдный. На задней поверхности туловища находятся темно-фіолетовыя трупныя пятна. Трупное окоченѣніе сильное. Зрачки немного равномерно расширены. Верхнее вѣко лѣваго глаза темно-синяго цвѣта, отечно и при разрывѣ находится кровоподтекъ. Области шеи, головы, груди ничего особеннаго не представляютъ. Животъ немного вздутъ. Задній проходъ запачканъ каломъ. Мягкіе покровы головы тонки, сухи. Кости черепа

средней толщины, цѣлы. Твердая мозговая оболочка сплошь приращена. Продольныя пазухи пусты. Мягкая оболочка прозрачна, сосуды ея слабо наполнены кровью. Мозгъ плотенъ, при разрѣзѣ блѣденъ. Въ мозговыхъ желудочкахъ около чайной ложки прозрачной жидкости, давшей реакцію на спиртъ. Въ остальномъ мозгъ, кромѣ явленій малокровія, ничего особеннаго не представляетъ. Сердце, легкія, кромѣ явленія малокровія, тоже ничего особеннаго не представляютъ. Въ брюшной полости оказалось около 5000 (?) grm. жидкой крови съ рыхлыми сгустками. Печень немного увеличена, на разрѣзѣ съ желтоватымъ оттѣнкомъ, сосуды ея пусты. „Селезенка увеличена—вѣсъ 470 grm., длина 19 cm., ширина $11\frac{1}{2}$ cm., толщина 3 cm. На передне-нижней поверхности селезенки находится разрывъ, который начинается отъ края, идетъ по направленію къзади и нѣсколько къверху, черезъ всю толщю селезенки, на протяженіи около 4 cm. На разрѣзѣ селезенка почти чернаго цвѣта, вся ткань какъ бы пропитана кровью. Ткань марка и мягка“. Почки, желудокъ и кишки ничего особеннаго, кромѣ малокровія, не представляютъ. Кости скелета цѣлы. Свѣдѣній о томъ, при какихъ обстоятельствахъ произошелъ разрывъ селезенки, не имѣется.

2-ой Случай. Вскрытіе 30 октября 1903 г. Трупъ казанской мѣщанки Прасковьи Харитоновой, лѣта не указаны. Ростъ 2 ар. $3\frac{1}{2}$ вер. Окружность груди 1 ар. $1\frac{3}{4}$ вер. Тѣлосложенія удовлетворительнаго. Трупныхъ пятенъ нѣтъ. Трупное окоченѣніе выражено слабо. Зрачки неравномѣрно расширены. Въ области праваго скулового отростка и праваго виска находятся красно-бурыя пятна, величиною 6—8 cm., при разрѣзѣ съ кровоподтекомъ. Въ области лѣваго плеча, надъ правымъ локтемъ, на спинѣ—находятся красныя пятна, на разрѣзѣ съ кровоподтекомъ, величиною отъ 3 до 4 cm. На шеѣ справа имѣется кожная ссадина свѣтло-бураго цвѣта, величиною съ лѣсной орѣхъ и твердая на ощупь. Въ остальномъ покровы трупа ничего особеннаго не представляютъ. Задній проходъ запачканъ. Подъ кожей, въ области виска, имѣется небольшое пропитываніе кровью. Кости черепа не толсты, цѣлы. Твердая мозговая оболочка не приращена. Въ сосудахъ немного темной крови. Мозговые оболочки малокровны. Мозгъ плотенъ, ничего особеннаго не представляетъ. Легкія приращены. Сердце не увеличено, обложено жиромъ, ничего особеннаго не представляетъ. „Въ полости живота содержится около 6 фунтовъ кровянистой жидкости. Селезенка значительно увеличена, плотность ея умѣренна, на разрѣзѣ глинисто-бураго цвѣта, капсула ея разорвана въ 2-хъ мѣстахъ, крови содержитъ много. Печень нормальной величины, крови содержитъ

мало, дольки печени не ясны, поверхность разрѣза блѣдно-бураго цвѣта. На внутренней поверхности селезенки два поперечныхъ разрыва, изъ которыхъ нижній равенъ 6 см. верхній—5 см. Селезенка и печень покрыта множествомъ соединительно-тканыхъ тяжей и перемычекъ и сильно прирощены къ окружающимъ органомъ и между собой“.

Въ желудкѣ, кишкахъ, почкахъ, половыхъ органовъ и мочевомъ пузырьѣ ничего особеннаго не найдено, кромѣ явленій малокровія. На наружной поверхности тѣла въ области селезенки никакихъ поврежденій не обнаружено.

Изъ предварительныхъ свѣдѣній оказалось, что покойная, по профессіи прачка, пришла къ своему сожителю въ ночь съ 26 на 27 октября и легла рядомъ съ нимъ, положивъ на его голову свои руки, но тотъ, проснувшись, оттолкнулъ ее отъ себя и она упала на полъ въ обморокъ. Была положена потомъ на постель, а на другой день утромъ найдена мертвой. Покойная ревновала своего сожителя.

3-ій. Случай. Вскрытіе 16 апрѣля 1907 г. Трупъ мѣщанина Сергѣя Урвакина, около 20 лѣтъ. Цвѣтъ покрововъ крайне блѣдный. Темно-багровыя трупныя пятна расположены только между лопатками. Трупное окоченѣніе развито слабо. Зрачки неравнобѣрно расширены. Слизистыя оболочки блѣдны. Покровы головы, шеи, и груди ничего особеннаго не представляютъ. Животъ вздутъ. Лѣвая нижняя конечность повернута внаружи и удлиннена—по вскрытіи тазобедреннаго сустава оказался старый вывихъ бедра. Задній проходъ и прилежащія части ягодицъ запчканы каломъ. Мягкіе покровы черепа тонки, сухи, блѣдны. На срединѣ, между лѣвыми теменными буграми и сосцевидной мышцей находится небольшой, величиною съ мѣдную пяти копеечную монету, кровоподтекъ. Кости черепа тонки и черепная крышка мѣстами просвѣчиваетъ довольно сильно. Мозговая оболочка малокровна. Гортань дыхательное горло, кромѣ малокровія, ничего особеннаго не представляютъ. Въ правой плевральной полости около 4-хъ стакановъ прозрачной, соломеннаго цвѣта жидкости. Доли праваго легкаго срослись и прирощены довольно толстыми перемычками къ плеврѣ. Все правое легкое покрыто какъ бы оболочкой и увеличено въ объемъ (вѣсъ—820 gm.). Лѣвое легкое не прирощено (вѣсъ—630 gm.). Сердце не увеличено, скудно обложено жиромъ, блѣдно, вяло, желудочки его пусты. Въ полости живота около 6 фуговъ темной, жидкой крови съ значительнымъ количествомъ сгустковъ. Кишки вздуты. Печень не увеличена, вяла, безкровна. Селезенка значительно увеличена. Длина ея около 24 см., ширина около 12 см., вѣсъ 515 gm., Почти на самой срединѣ внутренней поверхности, во всю ширину,

идеть разрывъ капсулы и ткани селезенки, шириною до 7 см. Разрывъ мѣстами переходитъ и по длинѣ селезенки. Съ задней поверхности разрывъ переходитъ на переднюю поверхность на пространство около 4 см., при чемъ край селезенки разорванъ вглубь до 2-хъ см. Ткань селезенки дряблая, марка, расплывчатая, темно краснаго цвѣта съ синеватымъ оттѣнкомъ на разрѣзѣ. Почки, желудокъ, кишки ничего ненормальнаго не представляютъ, кромѣ явленной малокровія. Содержимое мочевого пузыря и желудка дало реакцію на спиртъ. По свѣдѣніямъ полиціи Урвакинъ 14 апрѣля утромъ, выпивши, подрался съ какимъ то татаринѣмъ на улицѣ, который ударилъ его въ область живота сбоку (въ лѣвое подреберье). Съ улицы Урвакинъ былъ отправленъ въ больницу, но по дорогѣ умеръ.

4-ый Случай. Вскрытіе 24 апрѣля 1907 г. Трупъ казанской цеховой Прасковьи Мурашевой, около 30 лѣтъ. Трупное окоченѣніе сильное. Трупныя пятна на задней поверхности тѣла фіолетоваго цвѣта. Слизистыя оболочки блѣдны. Зрачки сильно расширены. Въ височной части головы, на уровнѣ верхняго края ушной раковины, находится рана съ неровными краями, длиною 2 см. Рана проникаетъ до кости и направляется сверху внизъ и впередъ. Изъ полости носа и рта выдѣляется бѣловатая, пѣнистая жидкость. Животъ нѣсколько вздутъ, покровы его блѣдны. Изъ половыхъ органовъ выдѣляется кровянистая жидкость, которой запачканы бедра и задній проходъ. На указательномъ пальцѣ правой руки находится небольшая поверхностная ссадина кожи длиною около 3-хъ см. Въ остальномъ ничего особеннаго не наблюдается. Мягкіе покровы черепа достаточно толсты, сочны. Въ области раны на затылкѣ кровоизліяніе 5 см. въ діаметрѣ. Кости обнажены отъ надкостницы и замѣтна трещина. Кости черепа довольно тонки. Оболочка не приросла. Въ пазухахъ жидкая кровь. Въ правой задней ямкѣ обильное количество жидкой крови и сгустковъ. Трещина черепа начинается отъ шва между затылочной и правой темянной костями, и спускается внизъ до foramen magnum, идя параллельно средней ливніи. Сосуды мягкой оболочки сильно наполнены кровью. Въ области правой доли мозжечка обильное кровоизліяніе. Мозгъ плотенъ, въ остальномъ ничего особеннаго не представляетъ. Легкія приросены. Сердце не увеличено. Въ остальномъ эти органы ничего особеннаго не представляютъ. Въ полости живота съ 1 фунтъ жидкой крови. Печень не увеличена, крови содержитъ немного. Селезенка увеличена, длина 15 см., ширина 11 см., мягка. На переднемъ краѣ селезенки находится неправильной дугообразной формы разрывъ длиною по краю 11 см. Рана проникаетъ вглубь на 3 см. Почки не увличены, нѣсколько малокровны. Слезистая обо-

лочка желудка мѣстами сильно инъецирована. Желудокъ и кишки ничего особеннаго не представляютъ. Матка увеличена, слизистая оболочка ея набухша и покрыта небольшимъ количествомъ кровянистой жидкости. Въ мочевомъ пузырьѣ со стаканъ прозрачной мочи, давшей реакцію на спиртъ.

Изъ полицейскаго протокола извѣстно, что Мурашеву мужъ сначала ударилъ камнемъ въ голову, сшибъ съ ногъ, а потомъ ударилъ въ лѣвый бокъ ногой.

Во всѣхъ приведенныхъ здѣсь 4-хъ случаяхъ селезенка была увеличена и измѣнена, а въ одномъ случаѣ она кромѣ того была вмѣстѣ съ печенью приращена соединительно-тканными тяжами и перемычками къ сосѣднимъ органамъ и между собой. Въ одномъ случаѣ разрыва селезенки было одновременно поврежденіе черепа. Кромѣ этихъ 4-хъ случаевъ разрыва селезенки на 242 вскрытія было всего только одно травматическое поврежденіе внутреннихъ органовъ—разрывъ печени съ одновременнымъ переломомъ 4-хъ реберъ. Соединяя эти случаи съ предыдущими случаями В. П. Неболюбова изъ этого же кабинета, мы находимъ, что на 1539 сохранившихся протоколовъ судебно-медицинскихъ вскрытій при Казанскомъ судебно-медицинскомъ кабинетѣ, за періодъ въ 40 лѣтъ (съ 1867 г.—1908 г.)*), было 20 случаевъ \Rightarrow 1,3% травматическаго разрыва внутреннихъ органовъ, изъ нихъ селезенка была разорвана въ 14 случаяхъ—0,9% на общее число всѣхъ вскрытій и 70% на общее число разрывовъ внутреннихъ органовъ. Такимъ образомъ, выходитъ, что селезенка разрывается чаще, чѣмъ другіе внутренніе органы, но нужно добавить, что разрывъ нормальной селезенки наблюдался всего только 1 разъ (7-ой случай В. П. Неболюбова), а во всѣхъ остальныхъ случаяхъ селезенка была болѣзненно измѣнена и увеличена, т.-е. по своей консистенціи менѣе уступчива, а по положенію своему болѣе доступна всякому механическому воздействию. Такое обиліе травматическихъ разрывовъ селезенки въ г. Казани сравнительно съ разрывами другихъ внутреннихъ органовъ можно поставить въ связь съ господствующей перемежающейся лихорадкой. По даннымъ отчетовъ думскихъ врачей ¹⁶⁾ видно, что перемежающаяся лихорадка наблюдается въ г. Казани круглый годъ и составляетъ въ среднемъ за періодъ въ 12 лѣтъ—16,7% всѣхъ амбулаторныхъ больныхъ, а временами доходитъ до 36,6% (май

*) Въ это число входятъ только вскрытія, произведенныя во время академическаго года, когда присутствуетъ на вскрытіяхъ представитель кафедры судебной медицины.

1894 г.), при чемъ рѣзкое повышеніе числа заболѣваній наблюдается въ апрѣлѣ, маѣ и августѣ мѣсяцахъ. По даннымъ же изъ судебно-медицинскихъ протоколовъ видно, что почти въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ вскрытій у Казанскихъ жителей селезенка увеличена, а иногда даже громадныхъ размѣровъ. Такимъ образомъ, можно снова повторить 7-ое и 1-ое положенія В. П. Неболюбова, что въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ разрывы селезенки встрѣчаются значительно чаще а нормальная селезенка можетъ быть разорвана только при очень тяжелой травмѣ и одновременно съ другими органами и частями тѣла.

Приношу глубокую благодарность многоуважаемому профессору Василю Петровичу Неболюбову за любезное разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ судебно-медицинскаго кабинета.

Л и т е р а т у р а .

- 1) Гофманъ. Учебникъ судебной медицины. Пер. 1901 г.
- 2) Эммертъ. Учебникъ судебной медицины. Пер. 1902 г.
- 3) Штрассманъ. Учебникъ судебной медицины. Пер. 1901 г.
- 4) Tillmans. Руководство въ частной хирургіи. Пер. 1890 г.
- 5) Л. Майеръ. Цит. по Кенигу. Руководство въ частной хирургіи. Пер. 1879 г.
- 6) Edler. Arch. für klinische Chirurgie Bd. 34. 1887 г.
- 7) Fischer. Цит. по E. Berger'у 15).
- 8) Giel. Разрывы внутреннихъ органовъ при дѣйствіи тупой силы. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin 1899 г. Реф. Вѣстникъ обществ. гигиены, судебной и практической медицины. Декабрь 1900 г.
- 9) Э. Ф. Беллинъ. Травматическія поврежденія селезенки въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Харьковъ 1888 г.
- 10) В. П. Неболюбовъ. Разрывы селезенки въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Казанскій Медицинскій Журналъ. Апрѣль 1902 г.

11) Н. А. Оболонскій. Пособиѣе при судебно-медицинскомъ изслѣдованіи трупа и при изслѣдованіи вещественныхъ доказательствъ. 1894 г.

12) Brewer. Цит. по Б. К. Финкельштейну—Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи подкожныхъ разрывовъ селезенки. Русскій Врачъ 1905 г. № 32.

13) Mayer. Цит. по Крюкову, Беллину и Неболюбову.

14) М. М. Крюкову. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи травматическихъ поврежденій селезенки. Дисс. С.П.Б. 1901 г.

15) E. Berger. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 68. 1902 г.

16) Очеркъ развитія городской медицины въ г. Казани. Составленъ думскими врачами 1899 г. Казань.

Леченіе по способу проф. Бира *).

Н. В. Копылова.

При посѣщеніи лѣтомъ 1906 года нѣмецкихъ хирургическихъ и ортопедическихъ клиникъ и больницъ я во многихъ изъ нихъ наблюдалъ леченіе по способу проф. Бира и слышалъ хорошіе отзывы объ этомъ леченіи, а потому у меня явилось желаніе ознакомиться съ этимъ новымъ способомъ леченія у самого автора его, т.-е. въ клиникѣ проф. Бира въ Боннѣ. Это представлялось тѣмъ болѣе удобнымъ, что въ началѣ августа въ Боннѣ объявлены были курсы для врачей, въ коихъ принималъ участіе проф. Биръ.

Пробывъ въ Боннѣ около 2-хъ недѣль и постоянно посѣщая хирургическую клинику, я ежедневно видѣлъ примѣненіе способа какъ на клиническихъ, такъ и на амбулаторныхъ больныхъ. На курсахъ также читались лекціи и дѣлались указанія какъ самимъ профессоромъ, такъ и его помощниками.

Вотъ въ краткихъ словахъ основы примѣненія способа леченія по Бире.

При всѣхъ важнѣйшихъ жизненныхъ явленіяхъ наблюдается гиперемія. Каждый органъ при работѣ дѣлается гиперемичнымъ. Всякій ростъ или регенерація тканей сопровождается гипереміей.

На всякое попавшее въ организмъ постороннее тѣло, будь то грубый предметъ или мельчайшая бактерія, организмъ реагируетъ гипереміей. При всякомъ болѣзненномъ процессѣ, отъ коего организмъ старается освободиться или сдѣлать его безвреднымъ, является гиперемія въ самомъ гвѣздѣ болѣзни или въ окружности его.

Такимъ образомъ на гиперемію мы можемъ смотрѣть, какъ на реакцію организма противъ заболѣванія, какъ на средство самоизлеченія. При наблюденіяхъ надъ гипереміей мы видимъ, что въ однихъ случаяхъ она сопровождается ускореніемъ кровяного тока, въ другихъ—замедленіемъ его. Первое наблюдается при стремленіи организма къ устраненію разныхъ вредныхъ вліяній и при быстрой ростѣ новой ткани, послѣднее же сопровождается усилен-

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 16 февраля 1908 г.

ною дѣятельностію органовъ. Желая такимъ образомъ помогать организму въ его стремленіи въ самоизлеченію, мы должны подражать природѣ и въ однихъ случаяхъ усиливать кровяной токъ, въ другихъ же замедлять его.

Мы знаемъ, что быстро протекающая кровь уноситъ жидкость и форменные элементы съ собою, тогда какъ медленно текущая—оставляетъ свои составныя части на мѣстахъ, гдѣ онѣ могутъ обнаруживать свое дѣйствіе. Мы можемъ пользоваться этими свойствами кровяного тока.

Если чрезъ органъ быстро проходитъ большое количество крови, что сопровождается обыкновенно расширеніемъ артерій—Биръ называетъ активной гипереміей, когда же органъ переполняется вслѣдствіе уменьшенія венознаго оттока—пассивной или застойной гипереміей.

Активная гиперемія производится теплотой въ видѣ горячаго воздуха, пассивная же—легкимъ сдавливаніемъ тонкимъ эластическимъ бинтомъ, накладываемымъ выше той части, на которой желаютъ вызвать гиперемію или же приставленіемъ банокъ, а также помѣщеніемъ части тѣла въ большія аппараты, въ коихъ разрѣжается воздухъ.

Гиперемія проф. Биръ приписываетъ слѣдующіе дѣйствіе:

1) Болеутоляющее; особенно ясно выступаетъ оно при хроническомъ ревматизмѣ въ ящикѣ съ горячемъ воздухомъ, при гонорройныхъ артритахъ по наложеніи бинта для застойной гипереміи, при различнаго рода невралгіяхъ и проч. Гипереміей же объясняется какъ болеутоляющее дѣйствіе тепла, такъ и подобное же дѣйствіе мушекъ и другихъ раздражающихъ наприм. при плевритѣ, а также дѣйствіе банокъ при плевритѣ, lumbago и проч.

Въ этихъ случаяхъ ткани пропитываются жидкостью, что сильно понижаетъ чувствительность нервовъ, подобно тому какъ дѣйствуетъ искусственное пропитываніе при мѣстной анестезіи по Шлейху.

2) Ослабляющее и убивающее бактерій дѣйствіе, что доказывается какъ прямыми опытами на животныхъ, которыя выживали послѣ впрыскиванія стрептококковъ и сибиреязвенныхъ бактерій, если примѣнялась застойная гиперемія (Nötzel), такъ и наблюденіями надъ нарывами, содержащими массу стафилококковъ, которые послѣ примѣненіе застойной гипереміи дѣлались стерильными.

Это объясняется съ одной стороны бактерициднымъ дѣйствіемъ образующагося при застойной гипереміи трансудата, а съ другой увеличеннымъ количествомъ лейкоцитовъ и продуцируемыхъ ими алексиновъ. Происходящая здѣсь концентрація крови усиливаетъ бактерицичныя свойства ея.

3) Резорбирующее дѣйствіе наблюдается во время примѣненія горячаго воздуха при хроническихъ воспаленіяхъ суставовъ и отекахъ послѣ переломовъ, которые быстро проходятъ отъ горячаго воздуха. Собиравшаяся жидкость быстро уносится кровью капилляровъ. Въ данномъ случаѣ примѣняется лишь активная гиперемія, такъ какъ застойная—препятствуетъ всасыванію, и въ случаяхъ примѣненіе ея, гдѣ существуютъ отеки, должно примѣнять массажъ, если нѣтъ инфекціонныхъ началъ.

При зараженныхъ и отравленныхъ ранахъ застойная гиперемія въ видѣ бинта и банокъ можетъ быть примѣнена съ цѣлью задержанія яда или нейтрализаціи его, такъ какъ есть наблюденія что такимъ образомъ дѣлались безвредными даже смертельны дозы стрихнина и особенно кокаина.

4) Разрѣшающее дѣйствіе приходится постоянно наблюдать при леченіи горячимъ воздухомъ ревматическихъ и травматическихъ пораженій суставовъ, причемъ довольно быстро разрѣшаются объемистыя уплотнѣнія и затвердѣнія вокругъ суставовъ и восстанавливается нормальная подвижность. Гипереміей же можно объяснить разрѣшеніе рубцовъ уретры послѣ повторнаго зондированья или рубцовъ влагалища во время родовъ. Издавна извѣстно, что воспаление и нагноеніе дѣйствуетъ разрѣшающимъ образомъ на многія болѣзненные уплотнѣнія, а здѣсь главную роль играетъ гиперемія. Извѣстную роль играютъ при этомъ и энзимы, образующіеся при распаденіи клѣтокъ.

5) Усиливающее питаніе дѣйствіе; такъ при тромбозѣ венъ приходится наблюдать значительное увеличеніе конечностей, происходящее главнымъ образомъ на гипертрофію мышцъ, при воспалительныхъ процессахъ костей наблюдается утолщеніе и удлиненіе ихъ; при гипереміи кожи—усиленной ростъ волосъ.

З а с т о й н а я гиперемія вызывается или наложеніемъ эластическаго бинта или приставленіемъ банокъ. Бинтъ накладывается на конечности выше больнаго мѣста и долженъ препятствовать оттоку крови въ поверхностныхъ венозныхъ сосудахъ. Бинтъ не долженъ вызывать боли, а напротивъ уменьшать существующія. Конечность не должна принимать синеватой окраски и пульсъ долженъ всегда оставаться полнымъ.

Примѣненіе бинта особенно оказалось полезнымъ:

- 1) При острыхъ воспаленіяхъ всякаго рода
- 2) При подострыхъ и неинтензивно выраженныхъ воспаленіяхъ, хотя они развиваются болѣе медленно.

3) При гонорройныхъ, піэмическихъ и острогнойныхъ воспаленіяхъ суставовъ.

Въ этихъ случаяхъ бинтъ держится отъ 20 до 22 ч. въ сутки; въ свободное время члену дается возвышенное положеніе чтобы уменьшить обыкновенно развивающійся отекъ.

На нѣкоторыхъ частяхъ тѣла напр. въ области плеча бинтъ приходится замѣнять жгутомъ; въ такихъ случаяхъ для избѣжанія пролежней приходится часто мѣнять мѣсто наложенія жгута, а иногда довольствоваться 10 часами въ сутки. Первое время по наложеніи бинта воспаленіе усиливается, на что указываетъ болѣе интензивная краснота и отекъ, а иногда и полосы по направленію лимфатическихъ сосудовъ, но всѣ эти явленія быстро начинаютъ проходить, и воспаленіе уменьшается. Продолжительное же усиленіе его указываетъ на присутствіе гнойника, который долженъ быть вскрытъ.

Наблюдается иногда и рассасыванье гнойниковъ, иногда горячіе нарывы дѣлаются холодными (даже стерильными), но вообще лучше вскрывать ихъ, а затѣмъ продолжать леченіе гипереміей.

Особенно хорошіе результаты наблюдаются при начинающемся инфекціонномъ нагноеніи суставовъ, а также при начинающемся нагноеніи послѣоперационныхъ ранъ.

Изъ воспаленій суставовъ лучшіе результаты даетъ острое гонорройное воспаленіе, требующее однако очень тщательнаго и довольно продолжительнаго леченія, хотя уменьшеніе болей часто наблюдается уже въ первыя сутки.

Острый ревматизмъ даетъ подобныя же результаты.

При гнойномъ воспаленіи суставовъ какъ травматическаго, такъ и инфекціоннаго происхожденія гиперемія примѣняется какъ сама по себѣ, такъ и съ предварительнымъ проволкомъ, а иногда и промываніемъ сустава. Въ клиникѣ Бира наблюдались излеченія тяжелыхъ случаевъ въ теченіи 2-хъ недѣль.

Флегмоны сухожильныхъ влагалищъ лечатся гипереміей съ небольшими разрѣзами въ области гнойныхъ скопищъ. Леченіе, при которомъ въ большинствѣ случаевъ удается избѣжать омертвѣнія сухожилій, продолжается отъ 2-хъ до 4-хъ недѣль.

Наблюдались также излеченія во многихъ случаяхъ остраго и рецидивирующаго остеомиэлита.

Старое наблюденіе, что гиперемированныя легкія рѣдко поражаются туберкулезомъ, дало поводъ проф. Бире еще въ 1892 испробовать леченіе застойной гипереміей при туберкулезномъ пораженіи суставовъ и костей. Послѣ продолжительныхъ наблюденій, при которыхъ пришлось видѣть и неудачи, въ настоящее время выработанъ способъ, дающій довольно удовлетворительные результаты при этихъ тяжелыхъ и продолжительныхъ страданіяхъ.

Бинтъ накладывается значительно выше пораженной части; онъ никогда не долженъ вызывать болей, температура ниже бинта не должна быть ниже, чѣмъ на здоровой конечности. Бинтъ держится обыкновенно лишь 1 ч. въ сутки; въ остальное время конечность должна быть оберегаема отъ излишнихъ движеній; при поражении нижнихъ конечностей первое время приходится держать больныхъ въ лежачемъ положеніи. Въ первое время довольно часто образуются горячіе или затечные нарывы, но это вообще не означаетъ ухудшенія и не должно служить поводомъ къ отбѣнѣ леченія. Нарывы вскрываются небольшими разрѣзами, а затѣмъ накладывается легкая повязка; тампонація не примѣняется.

Комбинированное леченіе гипереміей съ впрыскиваніемъ іодоформа или какихъ либо другихъ средствъ не даетъ хорошихъ результатовъ, а потому примѣнять его не слѣдуетъ.



Высасывающія банки для леченія по Бире.

Леченіе вообще продолжительное, ведется годами, въ сравнительно легкихъ случаяхъ излеченіе наблюдалось не раньше 9 мѣсяцевъ. За то во многихъ случаяхъ суставы сохраняютъ нормальную форму и подвижность. Такое излеченіе наблюдалось въ клиникѣ Бира при страданіи:

Запястного сустава	въ—	88%
локтеваго	„ „	—72%
голенно-стопнаго	„ „	—60%

Противопоказаніемъ служитъ начинающееся амилоидное перерожденіе органовъ и тяжелый общій туберкулезъ, гдѣ для спасенія жизни требуется скорѣйшее удаленіе больного члена.

Кромѣ наложенія бинта застойная гиперемія вызывается при-ставленіемъ банокъ или помѣщеніемъ части тѣла въ особые аппара-ты, въ коихъ разрѣжается воздухъ, что и вызываетъ гиперемію.

Банки имѣютъ различную форму, чтобы ихъ удобно было наложить на ту часть тѣла, для которой онѣ предназначаются, а аппараты бываютъ различной величины наприм. для пальца или для цѣлой конечности. Для употребленія при небольшихъ нарывахъ банки имѣютъ обыкновенную употребительную форму, для пальцевъ форму цилиндра, для руки можетъ служить Эсмарховская кружка, для грудной железы довольно большой колоколь или воронка, на-конецъ для цѣлой конечности—спеціально для этого устроенный цилиндрической аппаратъ. При помѣщеніи части тѣла въ цилиндръ отверстіе его снабжается гутаперчевой манжеткой, которая плотно охватываетъ часть тѣла и не пропускаетъ воздухъ въ цилиндръ.

Банки обыкновенно послѣ употребленія дезинфицируются кипяченіемъ, а предъ употребленіемъ помѣщаются въ растворъ сулемы. Часть тѣла, на которую ставятся банки тщательно очища-ется и вокругъ смазывается мазью изъ ланолина и вазелина.

Разряженіе воздуха не должно быть очень сильнымъ, чтобы не вызвать боли, и производится съ паузами въ 3—5 минутъ.

Лечение банками примѣняется:

1) При горячихъ нарывахъ, причемъ нарывы вскрываются небольшимъ разрѣзомъ, а затѣмъ ежедневно на $\frac{3}{4}$ часа приставля-ются банки, съ помощью которыхъ извлекается весь гной. Несмотря на очень маленькіе разрѣзы, нагноеніе быстро прекращается и наступаетъ заживленіе.

Это же леченіе оказываетъ хорошія услуги послѣ укусовъ насѣкомыхъ и животныхъ, быстро удаляя изъ раны всѣ инфекціон-ныя начала.

2) При холодныхъ, туберкулезныхъ нарывахъ и свищахъ въ началѣ леченіе ведется такимъ же образомъ, а затѣмъ, когда гра-нуляціи теряютъ фунгозный видъ и дѣлаются красными, банки при-мѣняются чрезъ 2—3 дня и наконецъ разъ въ недѣлю.

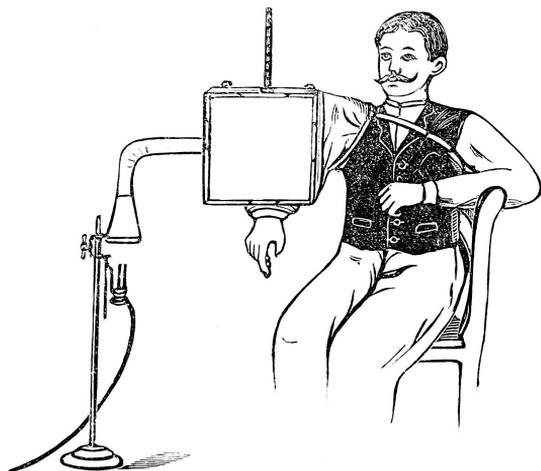
Послѣ снятія банокъ окружающая кожа должна быть тща-тельно очищена эфиромъ или дезинфицирующими средствами. При этомъ леченіи почти не наблюдается вторичной инфекціи при вскры-тіи затечныхъ нарывовъ.

3) При карбункулахъ и фурункулахъ разрѣзовъ не дѣлаютъ, а аккуратно снявъ корки накладываютъ банку такъ, чтобы она заняла и окрестность пораженнаго мѣста; сначала вытягивается немного гноя, а затѣмъ кровяныя сгустки и кровянистая жидкость. Лечение почти безболѣзненно, производится ежедневно по $\frac{3}{4}$ часа

съ нѣсколькими 5 минутными перерывами. Выздоровленіе бываетъ обыкновенно при фурункулахъ на 6, а при карбункулахъ на 12—15 день. Остается лишь самый незначительный рубчикъ.

4) При панариціяхъ палецъ помѣщается въ цилиндръ, и леченіе выкачиваніемъ производится также по $\frac{3}{4}$ часа ежедневно. Образовавшіеся нарывы вскрываются маленькими разрѣзами, и въ большинствѣ случаевъ удается сохранить кости, иногда отдѣляются лишь очень маленькіе севестры. Лечение продолжается обыкновенно 10—14 дней.

5) При *spina ventosa* руку помѣщаютъ въ аппаратъ, сдѣланный изъ Эсмарховской кружки. Лечение обычнымъ способомъ, какъ вообще при костномъ туберкулезѣ со свищами, ведется продолжительное время.



Приборъ для леченія горячимъ воздухомъ по Биру.

6) Очень хорошіе результаты даетъ также леченіе маститовъ, которое ведется слѣдующимъ образомъ. Вся железа помѣщается въ колоколь, изъ коего воздухъ выкачивается насосомъ, что можетъ дѣлать даже сама больная. Грудь быстро краснѣетъ и вдается въ колоколь. У кормящихъ лучше нѣсколько разъ отсасывать молоко обыкновеннымъ насосомъ. Производя леченіе также $\frac{3}{4}$ ч., при началѣ болѣзни удается быстро вызвать разрѣшеніе; при образованіи нарывовъ они вскрываются небольшими разрѣзами, а затѣмъ продолжается леченіе банками.

Послѣ первыхъ же сеансовъ боли быстро стихаютъ, и пациенты получаютъ спокойный сонъ. Въ большинствѣ случаевъ грудь сохраняетъ свою нормальную форму и можетъ служить для кормления. Лечение продолжается отъ 1 до 3-хъ недѣль.

Активная гиперемія вызывается горячимъ воздухомъ въ особо приспособленныхъ ящикахъ. Они приспособлены для отдѣльныхъ частей тѣла: туловища, спины, конечностей, отдѣльныхъ суставовъ, обтянуты внутри полотномъ, пропитаннымъ жидкимъ стекломъ и имѣютъ отверстія для вкладыванія части тѣла или открывающуюся стѣнку, кромѣ того въ нижнюю часть ящика вставляется металлическая трубка, въ которой нагревается воздухъ газовой горѣлкой или спиртовой лампой.

Послѣ помѣщенія части тѣла температура воздуха въ ящикѣ доводится до 100—110°. Такое лечение продолжается отъ $\frac{1}{2}$ до 1 часа въ день, рѣдко 2 раза въ день.

Помѣщенный въ ящикѣ членъ при температурѣ въ 50° начинаетъ сильно потѣть, краснѣть, что вызывается приливомъ крови.

Общая температура рѣдко поднимается на 1°, пульсъ на 10—12 уд. въ минуту.

Въ случаѣ боли или неприятнаго ощущенія слѣдуетъ прекратить подогрѣваніе ящика; очень рѣдкіе обмороки предупреждаются холодными компрессами на голову.

Лечение горячимъ воздухомъ примѣняется въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) При хроническомъ ревматизмѣ и *arthritis deformans*. Здѣсь лечение примѣняется, какъ обыкновенно, по 1 часу въ день. Если страдаютъ нѣсколько суставовъ, то сначала ведется лечение наиболѣе пораженныхъ; часто наблюдается, что въ тоже время наступаетъ улучшение и въ другихъ суставахъ.

При тяжеломъ страданіи всѣхъ 4-хъ конечностей, обыкновенно утромъ помѣщаютъ въ аппаратъ по $\frac{1}{2}$ часа верхнія конечности, а вечеромъ такимъ же образомъ нижнія, если это позволяетъ состояніе больного; въ противномъ случаѣ лечатъ 1—2 сустава и ожидаютъ, пока улучшится общее состояніе. Послѣ мѣсячнаго лечения слѣдуетъ сдѣлать перерывъ на 1—4 недѣли, и въ это время накладываются согревающие компрессы. При обострѣннн на локтевомъ, запястномъ и пальцевыхъ суставахъ слѣдуетъ испытать застойную гиперемію съ бинтомъ, который носятъ въ такомъ случаѣ отъ 10 до 20 час. въ сутки. Появляющійся обыкновенно отекъ устраняютъ легкимъ массажемъ. При тяжеломъ хроническомъ ревматизмѣ всѣхъ суставовъ колѣнный, тазобедренный и плечевой лечатся горячимъ воздухомъ, локтевой, запястный, голенно-стопный и пальцевые—бинтомъ, устраняя отекъ массажемъ.

Нѣкоторое облегченіе болѣй наступаетъ довольно скоро, но для полнаго излеченія требуется продолжительное время, да и въ такомъ случаѣ выздоровленіе наступаетъ не всегда.

2) При тугоподвижности суставовъ отъ травматическихъ причинъ боли при движеніяхъ проходятъ довольно быстро, и движенія совершаются легче. Во многихъ случаяхъ наблюдается почти полное выздоровленіе. Иногда же леченіе приходится продолждть въ особыхъ ортопедическихъ аппаратахъ съ выкачиваніемъ воздуха. Аппараты эти устроены такъ, что при выкачиваніи воздуха одна изъ стѣенокъ ихъ смѣщается и заставляетъ сшибаться тотъ суставъ, для котораго аппаратъ предназначенъ, чаще примѣняется аппаратъ для запястного и колѣннаго суставовъ.

3) При отекахъ и затверденіяхъ, оставшихся послѣ переломовъ, леченіе горячимъ воздухомъ даетъ скорые и прочные результаты.

4) Леченіе скопленія въ суставахъ какъ серозной такъ и кровянистой жидкости дало въ 80% быстрое выздоровленіе; при леченіи не требуется абсолютнаго покоя, достаточно лишь не очень обременять суставы.

5) При сколіозѣ въ Боннской клиникѣ ведется также леченіе горячимъ воздухомъ, что дѣлаетъ суставы позвонковъ болѣе подвижными. Для этой цѣли устроены большой ящикъ, которымъ одновременно могутъ пользоваться 6 человекъ. затѣмъ слѣдуетъ гимнастическія упражненія и ползанье (kriechen), которое примѣняется съ хорошимъ результатомъ.

6) При невралгіяхъ главнымъ образомъ тройничнаго и сѣдалищнаго нервовъ леченіе горячимъ воздухомъ почти всегда приноситъ быстрое облегченіе, а во многихъ случаяхъ и выздоровленіе.

Кромѣ того леченіе гипереміей пытаются примѣнить и при многихъ другихъ болѣзняхъ, но такъ какъ и самимъ авторомъ этого леченія показанія и способы примѣненія еще недостаточно разработаны, то пока еще лучше не затрогивать этихъ вопросовъ.

Примѣненіе гипереміи къ леченію болѣзней какъ въ видѣ бинта и банокъ, такъ и горячаго воздуха, требуетъ навыки и опытности, а недостаточное знакомство съ техникой часто служитъ причиной разныхъ неудачъ и осложненій, а между тѣмъ эти неудачи приписываются самому способу. Лишь послѣ основательнаго ознакомленія и тщательнаго примѣненія можно ожидать и хорошихъ результатовъ.

Противопоказаніемъ къ леченію гипереміей служатъ сильная слабость, истощеніе, диабетъ. У такихъ больныхъ при леченіи весьма легко образуются пролежни и омертвѣніе кожи.

Что касается моихъ личныхъ наблюдений въ Боннской клиникѣ, то они относятся главнымъ образомъ къ острымъ заболѣваніямъ. Я видѣлъ довольно много фурункуловъ, нѣсколько карбункуловъ, панариціевъ и маститовъ. Многіе изъ этихъ больныхъ послѣ двухнедѣльнаго амбулаторнаго леченія представлялись почти здоровыми. Особенный интересъ въ этомъ отношеніи представляли карбункулы и маститы, съ которыми такъ долго приходится заниматься при обыкновенномъ леченіи, между тѣмъ какъ по способу Бира леченіе идетъ удивительно быстро. Иное впечатлѣніе получило отъ леченія туберкулеза суставовъ и особенно костей. У этихъ больныхъ, которыхъ впрочемъ мнѣ пришлось видѣть немного, и послѣ годового леченія улучшение было столь неясно выражено, и мнѣ казалось, что такіе же результаты можно было получить и при другихъ способахъ. Въ данномъ случаѣ приходится довѣрять тѣмъ сообщеніямъ, которыя давались въ клиникѣ и изложены въ работахъ Бира и его учениковъ.

Въ Казанской клиникѣ мнѣ удалось провести леченіе у 10 больныхъ съ панариціями и у 5 съ маститами.

У всѣхъ больныхъ съ панариціями были произведены были небольшіе разрѣзы, затѣмъ леченіе велось ежедневно въ теченіи 30—45 минутъ. Обыкновенно боли, бывшія довольно сильными, стихали на 3—4 день, нагноеніе было незначительно, раны заживали на 10—14 день, и секвестровъ не наблюдалось.

У 2-хъ больныхъ съ начинающимися маститами удалось предупредить образованіе гнойниковъ. Боли быстро прошли, и чрезъ недѣлю наступило выздоровленіе. У 3-хъ больныхъ гнойники образовались уже до обращенія ихъ въ клинику, и пришлось сдѣлать небольшіе разрѣзы, а затѣмъ ежедневно велось леченіе по Бире. Нагноеніе быстро стало уменьшаться, боли почти прошли, и раны заживали безъ замедленія. Выздоровленіе наступило между 15—20 днями.

Хотя въ клинику является довольно много больныхъ съ туберкулезомъ суставовъ, но это большею частію пріѣзжіе, мало интеллигентные и настолько бѣдные пациенты, что лечить ихъ амбулаторно по способу Бира неудобно, принимать же въ клинику нѣтъ никакой возможности, а потому этого вида леченія организовать не удалось.

Ознакомившись съ способомъ леченія по Бире, мы видимъ, что леченіе тепломъ въ видѣ горячаго воздуха и банками также старо, какъ медицина; польза его несомнѣнна, и Бире принадлежитъ заслуга распространенія этого стараго леченія и изысканія новыхъ способовъ и показаній его примѣненія.

Леченіе застойной гипереміей—способъ новый, и потому спорный. Одни, какъ наприм. проф. Кюстеръ на послѣднемъ сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ, считаютъ этотъ способъ большимъ открытіемъ въ медицинѣ и ставятъ Бира на ряду съ Листеромъ, другіе напр. Бергманъ и его школа отрицаютъ за этимъ способомъ почти всякое значеніе... Трудно сказать, какое значеніе будетъ имѣть способъ леченія гипереміей въ будущемъ, во всякомъ случаѣ способъ этотъ теперь вполне заслуживаетъ изученія и дальнѣйшей разработки техники и показаній его примѣненія, а прекрасные результаты леченія нѣкоторыхъ болѣзней даютъ право желать ему распространенія.

Краткое сообщеніе о 4 случаяхъ аппендицита съ демонстраціей удаленныхъ органовъ *).

Проф. Н. А. Гергена.

Господа многоуважаемые сочлены, когда 31 января я дѣлалъ заявленіе нашему секретарю о своемъ докладѣ, я имѣлъ въ виду демонстрировать въ Обществѣ два тогда только что удаленныхъ оперативнымъ путемъ червеобразныхъ отростка; но съ того времени за послѣднюю недѣлю мы произвели въ больницѣ еще 2 такихъ операціи, и вслѣдствіе этого сегодня я могу демонстрировать Вамъ уже 4 препарата. Что касается больныхъ, отъ которыхъ получены препараты, то больные еще лежатъ въ постеляхъ. Самой первой по времени оперированія больной лишь послѣ завтра исполнится 2 недѣли, и она можетъ оставить постель лишь черезъ 4—5 дней послѣ этого срока.

Всѣ случаи, о которыхъ будетъ идти рѣчь, за исключеніемъ развѣ послѣдняго, съ клинической стороны не представляютъ собою ничего выдающагося,—принадлежатъ къ обычной больничной практикѣ; равнымъ образомъ и наши оперативные приемы, примѣненные въ этихъ случаяхъ,—способы погруженія культи червеобразнаго отростка, лигатура сосудовъ, этажное зашиваніе раны—это наши обычные приемы, выработавшіеся въ послѣдніе годы; они не всегда однообразны, какъ видно изъ приведеннаго краткаго описанія случаевъ,—въ зависимости отъ клиническаго теченія аппендицита мы примѣняемъ по крайней мѣрѣ 4 различныхъ типическихъ разрѣза, но тѣмъ не менѣе и съ оперативной стороны 4 случая эти не представляютъ ничего особеннаго.

Цѣль моего доклада такимъ образомъ не та, чтобы сосредоточить вниманіе г.г. членовъ на демонстрируемыхъ препаратахъ, а та чтобы по поводу демонстраціи сдѣлать предложеніе г.г. членамъ Общества:

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей въ субботу 9 февраля 1908 г.

не признають-ли они желательнымъ и возможнымъ поставить вопросъ о леченіи аппендицита такъ сказать программнымъ на текущей годъ, и не согласятся-ли г.г. члены Общества общими силами и совместнымъ трудомъ разработать вопросъ объ аппендицитѣ такъ, чтобы придти къ возможному согласію во взглядахъ на болѣзнь и на необходимость при ней того или другого рациональнаго леченія. Съ этой точки зрѣнія извинительна и краткость описанія слѣдующихъ 4-хъ случаевъ аппендицита.

Случай первый относится къ молодой дѣвицѣ Г. 16 лѣтъ, воспитанницѣ Нижегородскаго Института. Первый разъ она заболѣла аппендицитомъ въ октябрѣ 1906 года и лечилась подъ наблюдениемъ институтскаго врача. Припадки болѣзни состояли въ боляхъ, запорѣ, лихорадкѣ, въ появленіи воспалительной опухоли въ правой подвздошной впадинѣ, при чемъ пользовавшій врачъ не колебался въ опредѣленіи болѣзни какъ воспаления червеобразнаго отростка. Послѣ этого заболѣванія остались запоры, съ которыми приходилось бороться назначениемъ слабительныхъ и клистировъ.

Въ октябрѣ 1907 года болѣзнь повторилась; на этотъ разъ боли были особенно жестоки, т^о въ теченіи двухъ недѣль держалась около 40° съ десятичными, также появилась воспалительная опухоль въ правой подвздошной впадинѣ, и послѣ выписки Г. изъ лазарета въ 1/2 декабря (въ больницѣ она пролежала 2 мѣсяца) врачъ потребовалъ чтобы Г. подверглась, во избѣжаніе дальнѣйшихъ случайностей, оперативному удаленію червеобразнаго отростка.

Въ концѣ декабря Г. обратилась ко мнѣ, и я могъ констатировать остатки экссудата и болѣзненность правой подвздошной области, сильные запоры.

Цѣлый мѣсяць больная оставалась у меня подъ наблюдениемъ, при чемъ была регулирована дѣятельность кишечника и проводилась строгая діета—исключалась возможность переполненія кишечника каломъ.

26 января Г. поступила въ лечебницу д-ра Клячкина, а 28 подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано удаленіе червеобразнаго отростка. Брюшная полость вскрыта черезъ влагалище правой прямой мышцы. Слѣпая кишка была вытянута въ рану; червеобразный отростокъ представлялъ плотное и тѣсное сращеніе со стѣнкой кишки, располагаясь кнаружи отъ нея. Сращенія на видъ представляютъ собою совершенно организованную соединительную ткань; такими-же вновь образованными соединительно-тканными пластами покрытъ и серозный покровъ

слѣпой кишки. Послѣ раздѣленія сросеній, перевязки сосудовъ брыжжейки и отжиганія червеобразнаго отростка, культия его закрыта упомянутыми соединительно-тканными пленками посредствомъ укрѣпленія ихъ струнными швами.

Операционная рана закрыта этажнымъ струннымъ швомъ. Течение послѣоперационное совершенно гладкое, за исключеніемъ того, что на 5-ый день назначалось слабительное—горькая вода, но дѣйствія не было. Вчера 8 февраля сняты швы, и больной разрѣшено ворочаться въ постели, а встанетъ она еще не скоро. Надо сказать что наружный разрѣзъ кожи въ этомъ случаѣ былъ очень великъ—20 см.

Удаленный червеобразный отростокъ представлялъ слѣды бывшаго воспаленія въ видѣ фиксировавшихся его соединительно-тканныхъ пленокъ. Внутри отростка въ двухъ мѣстахъ видны на свѣтъ темные конкременты, гдѣ очевидно начинается образованіе камней. Подъ микроскопомъ конкременты оказались состоящими изъ кристалловъ известковыхъ солей.

Случай второй—гимназистъ Р. 15 л. Припадки воспаленія въ правой подвздошной ямѣ и запоръ существуютъ уже 3 года. Тяжелый припадокъ былъ въ началѣ декабря 1907 года, я видѣлъ тогда больного, констатировалъ наличность воспалительной опухоли у червеобразнаго отростка и обѣщалъ оперировать черезъ нѣсколько недель, назначивъ строгій пищевой режимъ и систематическое употребленіе слабительныхъ.

Больной поступилъ 26 января въ городскую Александровскую больницу, а 30 января оперированъ подъ хлороформнымъ наркозомъ. Тотъ же путь черезъ влагалище праваго прямого мускула живота. Культия отожженнаго червеобразнаго отростка закрыта складкой *lig. ileo-colici*. Этажный шовъ на брюшную рану. Послѣоперационное теченіе гладкое. На 5-ый день назначена тамариндовая лепешка, послѣ чего больного хорошо прослabilo.

Патолого-анатомическія измѣненія и въ этомъ случаѣ сводились къ присутствію вновь образованныхъ воспалительныхъ пленокъ, распространявшихся какъ по червеобразному отростку такъ и по слѣпой кишкѣ. Кромѣ того при расщепленіи червеобразнаго отростка периферическій конецъ его оказался рубцово-заросленнымъ, а въ рубцовой ткани 2 небольшихъ грануляціонныхъ гнѣзда.

Случай третій—дѣвица 18 л. Н. 1½ года страдаетъ воспаленіемъ въ правой подвздошной ямѣ. За 1½ года было по крайней мѣрѣ 6 рѣзко выраженныхъ приступовъ, при чемъ больная по нѣ-

сколько недѣль должна была лежать въ постелѣ. Половые органы патологическихъ измѣненій не представляютъ. 1 февраля Н. послѣ консультаціи въ гинекологической и терапевтической клиникахъ поступила въ женское отдѣленіе городской Александровской больницы.

Прощупываніемъ констатируется подвижный, нѣсколько болѣзненный червеобразный отростокъ. Операция произведена 3 февраля причѣмъ сдѣланъ разрѣзъ на 3 поперечныхъ пальца надъ Пупартовой связкой, и широкія мышцы живота раздѣлены послойно по направленію волоконъ.

Длинный червеобразный отростокъ съ ясными слѣдами бывшихъ воспаленій, какъ на немъ и его бѣжжейкѣ такъ и на стѣнкѣ кишекъ, отожженъ Пакаленомъ, а культя закрыта посредствомъ Ламбертовъ швовъ изъ струнныхъ нитей. Послойное зашиваніе раны. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи упадокъ сердечной дѣятельности, потребовавшій впрыскиваній кофеина, но уже со слѣдующаго дня состояніе больной улучшилось и позволяетъ надѣяться на благоприятный исходъ операціи*). Удаленный отростокъ представляетъ воспалительныя измѣненія какъ со стороны серозной, такъ и слизистой оболочекъ. Длина его превышала 10 см.

Случай четвертый нѣсколько сложный. Больной В. молодой человекъ 22 л. еще въ октябрѣ мѣсяцѣ 1907 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы съ діагнозомъ: Pleuritis exsudativa dextra, parotitis sinistra, appendicitis.

30 ноября В. переведенъ въ хирургическое отдѣленіе съ признаками большого гнойника въ брюшной полости, развившагося видимо изъ правой подвздошной области. Тупость распространяется на всю передне-нижнюю стѣнку живота, заходитъ влѣво за среднюю линію, и пробнымъ проколомъ на этомъ мѣстѣ полученъ гной. Ординаторъ В. И. Котеловъ сдѣлалъ 3 декабря 1907 г. разрѣзъ по средней линіи и выпустилъ около 4 литровъ гнойно-фибринознаго экссудата. Наблюдавшаяся у В. лихорадка прекратилась лишь на 2 дня, а съ 5-го декабря появилась съ новой силой, удерживая ясный гектическій типъ.

6 февраля 1908 г. т. е. 3 дня тому назадъ д-ръ Котеловъ при моемъ участіи повторилъ операцію, но на этотъ разъ былъ сдѣланъ разрѣзъ на 3 пальца надъ и параллельно Пупартовой связкѣ, причѣмъ по разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ оказалось, что паріетальная брюшина плотно срослена съ петлями подлежащихъ кишекъ. Не безъ малыхъ усилій удалось отпрепаровать кистовидно-раздутый, плотно

*) Н. выписалась изъ больницы 21 февраля совершенно выздоровѣвъ.

сросшійся съ кишечными петлями, червеобразный отростокъ, наложить лигатуры на сморщенную брыжжейку и отжечь его Пакеле-номъ, за чѣмъ послѣдовало погруженіе культи инвагинирующими швами. Рана въ брюшной стѣнкѣ зашита этажнымъ швомъ, хотя и не на всемъ протяженіи; средняя часть раны, гдѣ временно вставленъ тампонъ, осталась незашитой.

Червеобразный отростокъ въ этомъ случаѣ представлялъ много своеобразнаго въ отношеніи своего положенія и состоянія стѣнокъ. Онъ былъ плотно сросенъ со слѣпой и тонкой кишками, вдвинувшись между ними такъ, что слѣпая кишка лежала вправо и кнаружи а тонкая влѣво и внутрь—къ средней линіи. Въ операционномъ полѣ, на сколько оно было открыто, толстыя и тонкія кишки были сросены не только съ червеобразнымъ отросткомъ но также между собой и съ паріетальной брюшиной.

Червеобразный отростокъ отходилъ отъ передне-внутренняго конца слѣпой кишки, направлялся первоначально внутрь и вглубину, и на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ дѣлалъ крутой изгибъ подъ острымъ угломъ и измѣнялъ направленіе изъ глубины, при положеніи больного на операционномъ столѣ, кверху—къ брюшной стѣнкѣ. Эта болѣе длинная часть отростка была расширена до діаметра мизинца, видимо вслѣдствіе скопленія въ его полости жидкости и одновременнаго утолщенія стѣнокъ. На мѣстѣ перегиба отростокъ былъ почти неподвижно фиксированъ рубцово-перерожденной брыжжейкой и проходившими здѣсь, хотя и не замѣтными въ рубцахъ, сосудами отростка. Послѣ перевязки сосудовъ на этомъ трудномъ для оперирования мѣстѣ, послѣ перевязки остальной части брыжжейки, прикрѣпленіе послѣдней было отрѣзано и легко уже было отжечь отростокъ и зашить рану.

Червеобразный отростокъ представляется длиннымъ—болѣе 10 см. и къ периферическому концу сильно расширеннымъ, въ то время какъ начальная его часть нормальной толщины. Граница узкой и расширенной частей соотвѣтствуетъ мѣсту бывшаго перегиба; и судя по невозможности продавить жидкость изъ периферическаго расширеннаго отдѣла въ центральный, на мѣстѣ бывшаго перегиба слѣдуетъ признать облитерацию просвѣта. Мало того, на этомъ мѣстѣ на нижней, обращенной къ брыжжейкѣ, поверхности отростка ясно видны слѣды бывшаго прободенія по присутствію рубцовой ткани и по растяженію ея при нажиманіи на расширенный периферическій конецъ. Въ этомъ мѣстѣ бывшаго прободенія стѣнка очень тонка и по вскры-

тѣи ея изъ периферическаго отдѣла отростка выдѣлилась густая, мутная бѣловатаго цвѣта слизь въ количествѣ около $\frac{1}{2}$ чайной ложки.

Не менѣ замѣчательно въ этомъ случаѣ послѣоперационное теченіе. Не смотря на то что при операциіи не было вскрыто какое-либо новое гнойное скопленіе, t^0 тѣла у больного послѣ операциіи рѣзко понизилась и продолжаетъ оставаться и до сего дня въ предѣлахъ ниже нормы. Изъ сравненія температурныхъ кривыхъ за послѣднія недѣли особенно бросается въ глаза разница между гектической лихорадкой за январь мѣсяцъ и стчасти субнормальной температурой въ дни послѣдующіе за операцией.

Если-бы четверо нашихъ больныхъ консультировались въ нашемъ Обществѣ, то смѣю думать, Общество почти единогласно признало-бы законность и рациональность примѣненной оперативной терапіи, но взгляды отдѣльныхъ врачей не были бы въ такой мѣрѣ согласны, если-бы консультацію вести вдвоемъ у постели больного, и причина этому была-бы малая популярность хирургической терапіи при аппендицитѣ вообще и малая, не всегда полная освѣдомленность врачей терапевтовъ по этому вопросу. Недавно оставившій кафедру клинической терапіи въ Казанскомъ университетѣ терапевтъ считалъ умѣстнымъ хирургическое леченіе аппендицита лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда развивались припадки септического перитонита, и въ этихъ условіяхъ, когда больному оставалось жить лишь нѣсколько часовъ, имѣлъ обыкновеніе говорить окружающимъ, что терапевтическія средства исчерпаны и надо обратиться за помощью къ хирургу. Я, вызванный однажды къ больной, находившейся въ такомъ состояніи, и консультируя съ этимъ терапевтомъ, соглашался оперировать больную на другой день, если у нея обнаружатся хотя какія нибудь реактивныя явленія, позволяющія надѣяться на благопріятный исходъ операциіи, но конечно на другой день больную не оперировалъ, потому что ночью она умерла.

Такой взглядъ на предѣлы хирургическаго вмѣшательства при аппендицитѣ, какъ только что приведенный, весьма прискорбенъ и граничить съ тою крайностью, какъ если-бы кто требовалъ исключительно одной оперативной терапіи для всѣхъ случаевъ аппендицита, не справляясь ни съ временемъ ни съ формой заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Выяснить истину, спокойнымъ разсужденіемъ установить границы и необходимость оперативнаго леченія, установить принципы и примѣнимость выжидательнаго и діететическаго леченія, указать наконецъ на лѣкарственныя средства, хотя бы и китайскаго происхожденія, которыя могутъ купировать и предупредить возвраты

аппендицита, если такія средства есть, вотъ по моему мнѣнію благодарная задача, которую взяло-бы на себя наше Общество врачей, согласившись въ рядѣ засѣданій всесторонне обсудить вопросъ объ аппендицитѣ.

Оставляя въ сторонѣ детали того, какъ могла-бы быть выполнена эта задача, я считалъ-бы необходимымъ указать во 1) на значительный запасъ наблюдений, касающихся аппендицита, которыя могутъ представить стдѣльные члены Общества, и во 2) на возможность поручить отдѣльнымъ лицамъ приготовить сводные рефераты по отдѣльнымъ пунктамъ вопроса объ аппендицитѣ; чтеніемъ сводныхъ рефератовъ начиналось-бы обсужденіе вопроса въ нашемъ Обществѣ, а самыя рефераты освѣщались-бы нашими наблюдениями, сдѣланными здѣсь въ Казани и доложенными лично членами Общества врачей. Результатомъ совмѣстнаго обсужденія вопроса явится ббольшая согласованность во взглядахъ терапевтовъ и хирурговъ у постели больного, и въ широкихъ слояхъ мѣстнаго общества распространятся болѣе правильныя представленія объ этой болѣзни.

Я не предрѣшаю вопроса о преимуществахъ хирургическаго и лѣкарственнаго леченія аппендицита. По моему личному мнѣнію, основанному на наблюденіи десятковъ случаевъ аппендицита, оба способа примѣнимы и законны въ извѣстныхъ предѣлахъ и при извѣстныхъ условіяхъ; но есть рядъ случаевъ, гдѣ оперативное леченіе становится неизбежно показаннымъ и заслоняетъ по своей раціональности всякую лѣкарственную и діететическую терапію.

Выяснить эти условія, очертить границы неизбежно показаннаго оперативнаго вмѣшательства и было-бы задачей Общества, если оно согласится принять къ обсужденію поднимаемый мною вопросъ; я также просилъ-бы г.г. членовъ высказаться относительно наиболѣе полезнаго и желательнаго по ихъ мнѣнію плана работы Общества, если послѣдуетъ согласіе Общества на разработку этого вопроса совмѣстными силами.



Недѣлю тому назадъ *), предлагая Обществу заняться разработкой вопроса объ аппендицитѣ, я докладывалъ о 4 оперированныхъ мною

*) Сообщение о пятомъ случаѣ аппендицита было сдѣлано въ засѣданіи Общества врачей въ субботу 16-го февраля 1908 г.

въ послѣднее время больныхъ. Сегодня я могу демонстрировать препаратъ еще одного, пятого случая очень интереснаго, оперированнаго мною въ прошедшій понедѣльникъ т. е. 5 дней тому назадъ. Это былъ случай такъ называемой ранней операціи, и вотъ какова краткая исторія всей болѣзни, закончившейся, не смотря на операцію, смертельнымъ исходомъ.

Ребенокъ 6 л. Михаилъ Л. По словамъ родителей впервые заболѣлъ въ субботу 9 февраля, въ 2 ч. дня. Еще утромъ ребенокъ игралъ и бѣгалъ по комнатамъ, завтракалъ въ 12-омъ часу и послѣ завтрака по обыкновенію легъ спать. Во второмъ часу онъ проснулся въ слезахъ съ жалобами на боли въ животѣ, имѣлъ рвоту и съ того времени лишился сна. Немедленно былъ приглашенъ фельдшеръ, назначившій слабительное, а въ воскресенье на слѣдующій день врачъ, подтвердившій назначеніе фельдшера и обнадежившій родителей благоприятнымъ исходомъ болѣзни. Въ ночь на понедѣльникъ ребенокъ ни минуты не спалъ, было послабленіе, рвота и сильныя боли въ животѣ припадками. Я былъ позванъ къ больному докторомъ А. Г. Побѣдимскимъ въ 10 ч. утра въ понедѣльникъ, и нашелъ очень хорошо упитаннаго ребенка въ положеніи на спинѣ съ осунувшимся и блѣднымъ лицомъ, t^0 тѣла 38,3 пульсъ 132 въ минуту слабый; вздутый животъ; сильное напряженіе мускулатуры правой половины живота и болѣзненность при надавливаніи на довольно большомъ протяженіи надъ правой Пупартовой связкой. Остановившись на мысли, что здѣсь имѣлась вѣроятно прободная форма аппендицита, и имѣя въ виду, что со времени начала болѣзни не прошло еще 2-хъ сутокъ, считая положеніе больного очень опаснымъ, если не предпринять оперативнаго леченія, я предложилъ произвести операцію, для чего больнои былъ на рукахъ доставленъ въ лечебницу д-ра Клячкина, и въ 2 часа дня въ понедѣльникъ операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ. Вотъ главнѣйшія особенности какъ операціи такъ и констатированныхъ при ней патологическихъ измѣненій въ брюшной полости. Разрѣзъ на 2 пальца надъ и параллельно Пупартовой связкѣ. Разрѣзъ мускуловъ въ этой-же линіи. Разрѣзъ нѣсколько утолщенной и гиперемированной напряженной брюшины; при этомъ вылилось $\frac{1}{2}$ рюмки жидкаго, сѣраго цвѣта нѣсколько вонючаго экссудата; сильная воспалительная гиперемія какъ паріетальной такъ и висцеральной брюшины; предлежала слѣпая кишка, на поверхности ея небольшое количество пленокъ; безъ труда вытянуть въ рану червеобразный отростокъ, сильно опухшій, воспаленный, въ двухъ мѣстахъ,

ближе къ свободному концу и при основаніи покрытый грязнымъ, похожимъ на дифтеритическій, налетомъ. При прощупываніи въ расширенной средней части отростка констатируется камень. Лигатуры на брыжжейку, лигатура на основаніе отростка, тампонада раны и ближайшей окружности брюшной полости, и наконецъ частичное зашивание раны.

Вечеромъ т^о тѣла нѣсколько поднялась, а пульсъ спустился до 120, но ночью состояніе больного ухудшилось, и въ 9 ч. утра во вторникъ онъ умеръ при явленіяхъ слабости сердца.

Демонстрируемый препаратъ имѣеть особую цѣнность какъ воспроизводящій патолого-анатомическую картину тяжелаго (деструктивнаго) аппендицита въ первые 48 часовъ. Самый случай указываетъ на возможность развитія разлитого воспаления брюшины еще до истеченія 2-хъ сутокъ. Болѣе надежный результатъ можно было бы получить, оперируя въ этомъ случаѣ въ теченіе первыхъ сутокъ т. е. еще утромъ въ воскресенье.

При операціи у больного было взято 2 кубика крови изъ локтевой вены для изслѣдованія на содержаніе въ крови микробовъ, но взятая порція оказалась стерильной. Определить число лейкоцитовъ не удалось вслѣдствіе чисто случайныхъ причинъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

Милостивый Государь

Господинъ Редакторъ!

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать прилагаемое заявленіе съ проектомъ устава постоянного суда чести при Пироговскомъ Обществѣ:

X Пироговскій съѣздъ врачей поручилъ Правленію «избрать комиссію, въ которую привлечь также товарищей по желанію, для разработки вопроса о судахъ чести и выработанный проектъ внести на утвержденіе XI Пироговскаго съѣзда». Коммиссія, въ которой приняли участіе юристы, закончила свою работу и представляетъ настоящій проектъ вниманію врачей, приглашая ихъ высказать свои соображенія, какъ общаго характера о постоянномъ судѣ чести, такъ и объ отдѣльныхъ статьяхъ настоящаго проекта. Всѣ замѣчанія и отзывы должны направляться до 1 октября 1908 года въ Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова (Москва, Арбатъ, Денежный пер., д. 28, кв. 5); согласно этимъ отзывамъ проектъ будетъ снова пересмотрѣнъ комиссіей и внесенъ на утвержденіе предстоящаго XI Пироговскаго съѣзда.

Проектъ устава Постояннаго Суда Чести при Всероссійскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова.

§ 1. При Всероссійскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова учреждается Постоянный Судъ Чести.

Прим. По мѣрѣ образованія мѣстныхъ отдѣленій Общества, учреждаются и мѣстные суды (автономные, избираемые на общихъ

собраніяхъ членовъ мѣстныхъ отдѣленій Общества), которые руководствуются основаніями настоящаго устава.

§ 2. Постоянный Судъ исполняетъ функціи:

- 1) судовъ чести;
- 2) третейскихъ судовъ въ тѣхъ случаяхъ, если организація обыкновеннаго третейскаго суда по выбору тяжущихся почему либо не могла быть осуществлена.

§ 3. Въ кругъ компетенціи Постояннаго Суда входятъ:

1) дѣла, возникающія по заявленіямъ указанныхъ въ § 4 п. а различныхъ врачебныхъ группъ и организацій о нарушеніяхъ врачами—членами или не-членами Общества—врачебной этики.

2) споры и недоразумѣнія:

- а) между членами Всероссийскаго Общества врачей;
- б) между членами Общества, съ одной стороны, и врачами, но не-членами Общества, съ другой;
- в) между членами Общества, съ одной стороны, и лицами, не принадлежащими къ сословію врачей, съ другой.

§ 4. Въ постоянномъ Судѣ дѣло возбуждается:

а) по заявленію различныхъ врачебныхъ группъ (§ 3, пунктъ 1) какъ организованныхъ (больничные совѣты, медицинскія общества, санитарные совѣты и т. д.), такъ и неорганизованныхъ (5 и больше человекъ);

б) по заявленію обѣихъ сторонъ, указанныхъ въ § 3 п. 2-а, б, в;

в) по заявленію кого либо изъ лицъ, указанныхъ въ § 3 п. 2-а, в;

г) по заявленію только членовъ Общества въ случаяхъ, указанныхъ въ § 3 п. 2-б.

§ 5. Постоянный Судъ состоитъ изъ 20 человекъ (членовъ суда).

§ 6. Члены Постояннаго Суда избираются на общихъ собраніяхъ членовъ Общества, при чемъ 15 изъ нихъ должны быть изъ числа Московскихъ членовъ Общества, а 5—изъ числа иногороднихъ; слѣдующіе 10—по большинству голосовъ за избранными въ члены Постояннаго Суда—числятся кандидатами.

§ 7. На каждомъ общемъ собраніи членовъ Общества половина членовъ Постояннаго Суда выбываетъ (въ первый разъ по жребію); выбывшіе члены не лишаются права быть вновь избранными.

§ 8. Постоянный Судъ можетъ отказаться отъ разбирательства дѣла:

а) по формальнымъ основаніямъ (см. §§ 3, 4);

б) по недостаточности поводовъ для возбужденія дѣла въ порядкѣ, предусмотренномъ § 19 (п. 2, а).

§ 9. Число членовъ Постояннаго Суда въ судебномъ засѣданіи должно быть нечетнымъ и во всякомъ случаѣ не меньше трехъ; всякія рѣшенія въ судебномъ засѣданіи принимаются простымъ большинствомъ голосовъ.

Прим. Въ случаѣ необходимости выѣзда на мѣста, судебное разбирательство можетъ быть организовано такимъ образомъ, что изъ состава Постояннаго Суда выѣзжаетъ на мѣсто только одинъ членъ, двое же другихъ судей избираются тяжущимися сторонами съ согласія Постояннаго Суда изъ мѣстныхъ врачей.

§ 10. Члены Постояннаго Суда—при имѣющихся на то у кого либо изъ нихъ основаніяхъ—отводятъ себя отъ участія въ томъ или иномъ дѣлѣ.

§ 11. Тяжущимся сторонамъ предъявляется очередной списокъ судей, назначенныхъ для даннаго дѣла, въ количествѣ 5 человекъ, и каждой изъ сторонъ представляется право вычеркнуть изъ этого списка одного судью.

§ 12. Засѣданія Постояннаго Суда могутъ быть закрыты при желаніи обѣихъ сторонъ.

§ 13. Въ своемъ постановленіи Постоянный Судъ:

а) приводитъ мотивированную квалификацію бывшихъ на его рассмотрѣніи фактовъ;

б) если находитъ нужнымъ, устанавливаетъ обязательность для тяжущихся сторонъ тѣхъ или другихъ практическихъ шаговъ, вытекающихъ изъ этой квалификаціи;

в) какъ крайнюю мѣру Судъ можетъ примѣнить исключеніе изъ числа членовъ Общества въ порядкѣ, предусмотрѣнномъ § 19 (п. 2, б).

§ 14. Если та или другая сторона не подчиняется рѣшенію Постояннаго Суда, то этотъ случай разсматривается въ порядкѣ, предусмотрѣнномъ § 19 (п. 2, в).

§ 15. Если дѣло возникаетъ по жалобѣ противъ врача, не состоящаго членомъ Общества, или противъ лица, не принадлежащаго къ сословію врачей (см. § 3 пунктъ 1 и пунктъ 2 б. и в.), то Постоянный Судъ:

а) входитъ въ сношенія со стороной, на которую подана жалоба, съ цѣлью выясненія вопроса о способѣ разрѣшенія возникшаго дѣла;

б) въ случаѣ отказа стороны въ этомъ, выноситъ свое заключеніе на основаніи поступившихъ въ его распоряженіе и собранныхъ имъ матеріаловъ.

§ 16. Рѣшенія Постояннаго Суда окончательныя и апелляціи не подлежатъ.

§ 17. Рѣшенія Постояннаго Суда печатаются въ «Журналѣ» Общества, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда того не желаютъ обѣ стороны.

Прим. Рѣшенія Постояннаго Суда могутъ печататься сторонами и въ другихъ изданіяхъ.

§ 18 Расходы по процессу (выѣздъ на мѣста, въ нѣкоторыхъ случаяхъ расходы по письмоводству и печатанію рѣшеній) оплачиваются сторонами; расходы исчисляются самимъ Постояннымъ Судомъ и вносятся впередъ обѣими сторонами.

Прим. 1. При исчисленіи расходовъ, въ случаѣ выѣзда на мѣста, проѣздъ Судей рассчитывается по 2-му классу; кромѣ того, назначаются суточные деньги въ размѣрѣ 3—5 руб., въ зависимости отъ мѣстныхъ условій.

Прим. 2. На случай возможныхъ расходовъ въ распоряженіе Постояннаго Суда общимъ Собраніемъ членовъ Общества дѣлается ежегодное смѣтное назначеніе въ размѣрѣ 200 рублей.

§ 19. Пленарное засѣданіе Постояннаго Суда:

1) а) выбираетъ изъ своей среды бюро Постояннаго Суда (предсѣдатель, секретарь и проч.);

б) устанавливаетъ наказъ, опредѣляющій общій порядокъ дѣятельности Постояннаго Суда: распредѣленіе очередей, созывъ пленарныхъ засѣданій, вопросы о направленіи судебныхъ дѣлъ, объ отчетно сти, о денежныхъ расходахъ и т. под.;

2) рассматриваетъ и рѣшаетъ дѣла:

а) объ отказѣ въ принятіи дѣла къ производству (§ 8); пунктъ б);

б) объ исключеніи изъ числа членовъ Общества (§ 13);

в) о неподчиненіи рѣшеніямъ Суда (§ 14);

г) всѣ дѣла, вносимыя на его рѣшеніе очереднымъ составомъ Постояннаго Суда.

§ 20. Постоянный Судъ имѣетъ свою печать съ надписью: Печать Постояннаго Суда Чести при Всероссийскомъ Обществѣ врачей въ память Н. И. Пирогова.

§ 21. Постоянный Судъ печатаетъ ежегодный отчетъ о своей дѣятельности.

Предсѣдатель Ф. Рейнъ.

Секретарь А. Чертовъ.

Милостивый Государь

Г. Редакторъ!

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать въ Вашемъ изданіи слѣдующее обращеніе:

X-й Пироговскій съѣздъ, бывшій въ Москвѣ въ апрѣлѣ 1907 года, постановилъ открыть приѣмъ пожертвованій на образованіе фонда имени Н. В. Склифосовскаго. Проценты съ собранной суммы назначаются для выдачи премій за лучшія работы по хирургіи. Лицъ, желающихъ принять участіе въ составленіи даннаго фонда, Правленіе проситъ направлять свои пожертвованія по слѣдующему адресу: Москва, Арбатъ, Денежный пер. домъ Киселевой (№ 28) кв. 5, Правленіе Пироговскаго Общества.

Въ полученіи пожертвованій высылаются установленныя квитанціи и списокъ жертвователей публикуется въ «Журналъ» Пироговскаго О-ва.

Предсѣдатель Правленія Ф. Рейнъ.

Секретарь А. Чертовъ.

ПРОГРАММА

Поволжнаго Областного Противо-холернаго Съѣзда.

1. Съѣздъ созывается Самарской Губернской Земской Управой въ г. Самарѣ съ 20 по 29 апрѣля 1908 года.

2. Въ съѣздѣ принимаютъ участіе представители вѣдомствъ и учреждений губерній: Астраханской, Саратовской, Самарской, Симбирской, Казанской, Нижегородской, Костромской, Ярославской, Тверской, Тамбовской, Пензенской, Оренбургской, Уфимской, Пермской, Вятской и Уральской области.

3. Членами съѣзда состоятъ:

а) представители земствъ и земскихъ (въ неземскихъ губерніяхъ—сельскихъ) врачей, губернскихъ и уѣздныхъ тѣхъ губерній, которыя принимаютъ участіе въ съѣздѣ,

б) представители городскихъ управленій и городскихъ врачей губернскихъ городовъ тѣхъ же губерній, а также г. г. Царицына, Вольска, Камышина, Сызрани, Рыбинска, Челябинска и Екатеринбурга,

в) представители губернскихъ врачебныхъ управленій,

г) представитель В ы с о ч а й ш е утвержденной Комиссіи по борьбѣ съ чумной заразой,

д) представитель медицинского факультета И м п е р а т о р с к а г о Казанскаго Университета,

е) представители желѣзныхъ дорогъ, проходящихъ чрезъ вышеуказанныя губерніи и врачебно-санитарныхъ службъ тѣхъ же дорогъ,

ж) представители Казанскаго Округа путей сообщенія, санитарнаго надзора на р.р. Волгѣ и Камѣ и два представителя, по указанію округа, отъ судовладѣльцевъ,

з) представители фабричной инспекціи, по указанію Министерства Финансовъ и фабричныхъ врачей по указанію мѣстныхъ губернскихъ земскихъ управъ,

и) представитель Института Экспериментальной медицины,

і) представители главнаго переселенческаго управленія и переселенческихъ врачей,

к) представители Казанскаго военнаго округа и военныхъ врачей того же округа,

л) представители Казанскаго, Московскаго и Оренбургскаго учебныхъ округовъ,

м) общественные дѣятели, врачебно-медицинскія учебныя общества и специалисты, пожелавшіе представить доклады по программнымъ вопросамъ съѣзда, допускаемые Самарской Губернской Земской Управой.

4. Вѣдѣнію съѣзда подлежитъ разсмотрѣніе вопросовъ:

а) эпидемиологія холеры,

б) патологія, клиника и лечение холеры,

в) бактериологія холеры, распознаваніе, вакцинація,

і) выясненіе условій, благопріятствующихъ распространенію эпидеміи,

д) условія признанія мѣстностей угрожаемыхъ и неблагополучныхъ по холерѣ,

е) організація предупредительныхъ мѣропріятій — оздоровленіе мѣстностей, улучшеніе водоснабженія, очистка питьевыхъ источниковъ, врачебно-наблюдательные пункты, санитарныя каюты и вагоны, осмотры поѣздовъ и судовъ, снабженіе медицинскимъ персоналомъ пассажирскихъ пароходовъ, предохранительныя прививки, організація бактериологическихъ изслѣдованій и т. п.,

ж) прекращеніе и отсрочка начала учебныхъ занятій во время эпидеміи,

з) прекращеніе ярмарокъ во время эпидеміи,

и) популяризація мѣръ предосторожности противъ зараженія холерой — народныя чтенія, бесѣды, распространеніе гигиенической литературы, участіе въ этомъ духовенства и учительскаго персонала,

і) санитарныя попечители и попечительства, ихъ польза и практическое примѣненіе,

к) організація санитарныхъ совѣщаній при губернскомъ и уѣздныхъ земствахъ на время эпидеміи,

л) дезинфекція въ городахъ и селахъ, сжиганіе, обеззараживаніе сточныхъ водъ, удаленіе нечистотъ, загрязненіе проточныхъ водъ и ихъ самоочищеніе,

м) изоляція и эвакуація въ городахъ и селахъ,

н) організація борьбы съ эпидеміей; общій характеръ, принимавшихся мѣръ; эпидемическіе отряды, способъ ихъ приглашенія и сформированія, холерныя больницы, питательные пункты, пользованіе больныхъ, снятыхъ съ поѣздовъ и пароходовъ,

о) краткосрочныя курсы для эпидемическихъ врачей по бактериологіи,

п) подготовка низшаго персонала — санитаровъ, сидѣлокъ и т. п.,

р) взаимоотношеніе губернскихъ и уѣздныхъ земствъ, городовъ и учреждений, принимающихъ участіе въ борьбѣ съ эпидеміей. Недостатки существующей организаціи борьбы и необходимость желательныхъ въ ней улучшеній,

с) взаимоотношенія участковаго и эпидемическаго врачебнаго персонала,

т) страхованіе врачебно — медицинскаго персонала и его недостатки,

у) регистрація больныхъ,

ф) отчетность и ея організація,

х) організація фармацевтической части,

ц) матеріальныя средства борьбы съ эпидеміей.

5. Предсѣдательствуетъ на сѣздѣ Предсѣдатель Губернской Земской Управы.

6. Занятія сѣзда публичны.

7. Протоколы и труды сѣзда печатаются подъ наблюденіемъ Самарской Губернской Земской Управы.

И Н С Т Р У К Ц І Я

Бюро Противо-холернаго Областнаго Сѣзда.

1. Губернской Земской Управой для подготовительныхъ работъ и руководства областнымъ противо-холернымъ сѣздомъ организуется бюро въ составѣ Предсѣдателя и Членовъ Управы и приглашенныхъ врачей.

2. Во время сѣзда въ составъ бюро входятъ Предсѣдатели секцій по вопросамъ, разсматриваемымъ въ подлежащей секціи.

3. Бюро разсматриваетъ, одобряетъ и группируетъ доклады, представленные сѣзду, намѣчаетъ секціи и программы занятій послѣднихъ, организуетъ выставку при сѣздѣ.

4. Доклады, направляемые въ сѣздъ, должны быть объемомъ не болѣе какъ на 20 минутъ чтенія и представляются въ бюро или въ законченномъ видѣ, или же основнымъ положеніемъ.

5. Секретари какъ общихъ Собраній сѣзда, такъ и секцій избираются участниками сѣзда.

6. Бюро редактируетъ протоколы и труды сѣзда совместно съ предсѣдателями и секретарями секцій.



ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

9-го Февраля 1908 года.

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

Присутствовали—Орловскій, Заболотновъ, Идельсонъ, Казанскій, Рождественскій, Копыловъ, Котеловъ, Шибковъ, Зувъ, Владиміровъ, Сухаревъ, Троицкій, Левханьянцъ, Клячкинъ, Кузнецовъ, Гликманъ, Эскинъ, Опокинъ, Чебоксаровъ, Горяевъ, Захарьевскій, Панъ, Чалусовъ, Любенецкій.

Посѣтитель *М. М. Хомяковъ*. Небный валикъ у инородцевъ Поволжья (съ демонстраціей препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Заболотновъ. Я съ большимъ удовольствіемъ выслушалъ Вашъ докладъ. Я самъ въ теченіе своей врачебной дѣятельности видѣлъ многія изъ этихъ народностей, и, прослушавъ Вашъ докладъ, приобрѣлъ интересъ къ выставленному Вами вопросу. Можно было бы сначала думать о патологическомъ процессѣ въ костяхъ, но, какъ Вы упоминаете, Вирховъ ничего патологическаго въ нихъ не находилъ. Интересно, что у папуаса небный валикъ найденъ въ 100%, а въ нашей мѣстности колебаніе этого % простирались отъ 92% до 26%; хотя нужно признать, что Ваши цифры очень малы по количеству

и поэтому трудно сдѣлать общія заключенія. Не играетъ-ли здѣсь роль культура? Одинъ черепъ могъ принадлежать культурному чело-вѣку, который ѣсть концентрированную пищу, а другой—простолюдину, который питается растительною пищею. Но можно-ли все объяснять мускулатурою, которая, конечно, играетъ роль, но едва-ли она все. Я, видя много народностей, могу сказать, что это—чува-шинъ, а это—черемисянинъ, даже если онъ и занимается интеллигент-ной профессіей. Если встать на Вашу точку зрѣнія, то у живот-ныхъ должна быть разница въ небномъ валикѣ, но Вы говорите, что этого нѣтъ.

Посѣтитель проф. В. П. О с и п о в ъ попросилъ поясненій у до-кладчика относительно сравнительной частоты шелей и валика. Вы говорите, что по типу черепа можно намѣтить типъ шва на твердомъ небѣ. На какомъ матеріалѣ получены % швовъ у долихоцефаловъ и у брахицефаловъ.

Х о м я к о в ъ. Основнымъ матеріаломъ были 200 череповъ, но у нѣкоторыхъ я не могъ получить index'a, такъ какъ не доставало для этого нѣкоторыхъ костей. Поэтому собственно всего было 135 череповъ.

О с и п о в ъ. Вашъ выводъ требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, у Васъ вѣдь не было мезоцефаловъ. Теорія Нистрома м. б. права, но и дру-гія условія играютъ роль. Вы возражаете противъ признаковъ вырожде-нія, но вѣдь ученіе Lombroso сильно пошатнулось. Если принять во внима-ніе видныхъ юристовъ List'a и Ferri, то понятно, почему у нихъ уста-новилось на этотъ счетъ особое мнѣніе. Какъ психіатръ, я долженъ сказать, что у душевно больныхъ имѣются признаки, которыхъ у здо-ровыхъ нѣтъ. Рѣзкія измѣненія твердаго неба, напр., волчья пасть могутъ, конечно, указывать на дегенерацію субъекта. Вѣдь у Васъ % отсутствія валика=3, быть можетъ это и есть для Вашихъ племенъ явленіе не нормальное. Мы принимаемъ во вниманіе при признакахъ вырожденія и расовыя особенности.

Х о м я к о в ъ. Я не говорю вообще противъ юристовъ, а только противъ школы уголовно-антропологической. Это ученіе укоренилось и во французской школѣ. Я больше говорю противъ отдѣльныхъ по-слѣдователей той или иной школы. Нельзя, напр., согласиться съ мнѣ-

ніемъ одного американца, который говоритъ, что руки длинныя бываютъ у воровъ, короткія ноги у убійцъ и т. д. Я возражаю противъ ученія Weinberg'a. Я говорю, что небный валикъ встрѣчается вездѣ у нашихъ тюркскихъ и финскихъ племенъ. Я думаю, что рахитъ играетъ немалую здѣсь роль.

К а з а н с к і й. Едва ли можно исключить заболѣваніе сифилисомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется валикъ въ видѣ ограниченаго возвышенія.

С у х а р е в ь. Мои познанія относительно небнаго валика несистематичны. Я нашель въ анатоміи, что небный валикъ часто представляетъ аномаліи. Что касается верхней челюсти, то какъ говоритъ Гиртль она есть наковальня, слѣдовательно она можетъ легко подвергаться измѣненіямъ—подъ вліяніемъ тѣхъ условій, на которыя Вы указываете. Интересно было бы изслѣдовать на живыхъ субъектахъ небный валикъ. Не мѣшало бы также указать Вамъ и на дуги зубныя.

П р е д с ѣ д а т е л ь. Наше Общество давно уже не слышало докладовъ по антропологіи, и это отчасти объясняетъ, что настоящій докладъ всѣхъ такъ заинтересовалъ и вызвалъ столь оживленныя пренія. Уже нѣкоторые изъ возражавшихъ благодарили Васъ за Вашу докладъ, я повторяю это какъ предсѣдатель Общества, отъ лица его, и не могу не высказать Вамъ, съ какимъ удовольствіемъ я самъ прослушалъ Вашу докладъ, видя какъ осторожно и послѣдовательно дѣлали Вы Ваши выводы. Дѣйствительно, какъ Вы говорите, и антропологія переживаетъ моментъ переоцѣнки всѣхъ цѣнностей, и прежнее ученіе Вроса съ его *index*'ами, характерными для скелета той или другой расы, уступаетъ мѣсто новымъ взглядамъ, согласно которымъ дѣйствіе различныхъ механическихъ моментовъ, влеченіе мускуловъ оказываютъ вліяніе на созданіе той или другой формы черепа. Но до какой степени все это вѣрно? Уже П. П. Заболотновъ указалъ Вамъ, что онъ, живя въ свое время среди инородцевъ чувашъ и черемисъ, на столько освоился съ особенностями, характеризующими то и другое племя, что и сейчасъ, видя субъекта, даже въ одеждѣ интеллигентнаго человѣка, скажетъ: это—чувашенинъ а это черемисянинъ. Вспомнимъ также, какъ 2—3 года тому назадъ, во время несчастной войны съ Японіей, мы видѣли на картинахъ въ иллюстрированныхъ журналахъ японскихъ солдатъ въ одинаковой формѣ. Этотъ типъ людей съ малой

растительностью на лицѣ съ широкими скулами, узкою щелью глазъ, съ короткой шеей представлялся настолько характернымъ, что изображеніе отдѣльныхъ лицъ поражало своимъ сходствомъ; казалось, что всѣ японцы созданы какъ-бы на одно лицо, и неученые люди, не имѣющіе понятія ни объ антропологии ни объ анатоміи, этотъ расовый типъ отмѣчали. Расовые особенности въ такой рѣзкой формѣ и въ крупныхъ чертахъ несомнѣнно существуютъ, и констатированіе ихъ безспорная заслуга Вроса, хотя-бы онъ нѣсколько переоцѣнилъ значеніе нѣкоторыхъ своихъ *index*’овъ. Другое дѣло мелкія особенности, распространяющіяся на небольшіе участки скелета, гдѣ при томъ-же могутъ дѣйствовать различныя патологическія вліянія. Напр. измѣненіе формы большого пальца на ногѣ, извѣстное подъ названіемъ *hallux valgus*, Вы найдете у многихъ субъектовъ, населяющихъ извѣстные кварталы большихъ городовъ, но эти измѣненія не будутъ характерны для населенія этихъ кварталовъ какъ антропологическій признакъ, а будутъ указывать лишь на склонность обитателей къ узкой, модной на прямой подошвѣ обуви. Чрезвычайно разнообразны патологическія и физиологическія вліянія на образованіе конфигураціи верхней челюсти. М. В. Казанскій указалъ на экзостозы, причиной которыхъ можетъ быть сифилисъ; Вы сами привели мнѣніе Jürgensen’a, разсматривавшаго валикъ какъ старческое измѣненіе черепа, и на 2 черепахъ, которые Вы демонстрируете намъ, рѣзко выраженный небный валикъ сопровождается какъ разъ рѣзкой атрофіей зубныхъ отростковъ и прилежащей пластинки твердаго неба даже съ образованіемъ на этомъ мѣстѣ отверстій. Естественно, что твердое небо атрофируется у краевъ, когда вывалились зубы, но оно не можетъ атрофироваться по средней линіи, такъ какъ сверху имѣется давленіе со стороны сошника, и вотъ по средней линіи остается возвышеніе, о которомъ Вы намъ докладываете. Вѣроятно не для всѣхъ случаевъ этотъ взглядъ Jürgensen’a справедливъ, но иногда онъ имѣетъ видимо полныя основанія. На развитіе формы верхней челюсти и въ частности твердаго неба оказываютъ большое вліяніе аденоидныя разрашенія носоглотки и хроническая закупорка носа. Гдѣ носоваго дыханія нѣтъ и оно совершается черезъ ротъ, зубная дуга развивается неправильно, зубы не находятъ достаточно помѣщенія въ зубномъ отросткѣ верхней челюсти, и обыкновенно клыки выходятъ изъ ряда и рѣжутся кнаружи, вслѣдствіе чего въ этомъ мѣстѣ получается какъ-бы двойной рядъ зубовъ. Твердое небо въ этихъ случаяхъ высоко и узко. Равнымъ образомъ долихоцефалія и брахицефалія не

остаются безъ вліянія на форму неба и сопровождаются болѣе длиннымъ и узкимъ или короткимъ и широкимъ твердымъ небомъ. Здѣсь можетъ имѣть значеніе эмбриологическая точка зрѣнія. Нельзя ли думать, что въ послѣднемъ случаѣ, при брахицефалии, двѣ половинки неба, выростая навстрѣчу другъ другу, скорѣе истошаютъ энергію роста въ поперечномъ направленіи чѣмъ въ случаѣ долихоцефалии, и вслѣдствіе этого на мѣстѣ сліянія двухъ половинокъ неба появляется щель, углубленіе, которое Вы отмѣчаете, и наоборотъ при узкомъ небѣ долихоцефаловъ, энергія мезобластического роста еще не истощается совершенно по сліяніи двухъ половинокъ, и мы можемъ наблюдать развитіе нѣкотораго количества костнаго вещества въ видѣ возвышенія *thorus palatinus*, на подобіе того, какъ это наблюдается на мѣстѣ сліянія сошника съ отвѣсной пластинкой рѣшетчатой кости, гдѣ часто бываютъ костные гребни вслѣдствіе излишняго образованія на этомъ мѣстѣ кости. Во всякомъ случаѣ вопросъ о развитіи формы верхней челюсти очень сложный, и какъ кажется, Вы совершенно правы, утверждая что *thorus palatinus* не представляетъ собою характернаго антропологическаго признака. Позволяю себѣ еще разъ поблагодарить Васъ за Ваше сообщеніе и просить Васъ не отказать напечатать его въ нашемъ Журналѣ.

Проф. *Н. А. Геркенъ*. «О двухъ случаяхъ аппендицита (съ демонстраціей препаратовъ).

Пренія открываетъ товарищъ прдсѣдателя Заболотновъ.

Орловскій предложилъ въ виду важности доклада *Н. А. Геркена* и поздняго времени отложить обсужденіе до слѣдующаго засѣданія, поставивъ на повѣстку.

Горяевъ предложилъ пренія продолжать.

Открытой баллотировкой постановлено пренія отложить до слѣдующаго засѣданія.

Административная часть.

1) Доложена просьба казначея Общества д-ра *В. В. Владимірова* перемѣстить его на должность секретаря «Каз. Медич. Журнала», а на его мѣсто перемѣстить секретаря «Каз. Медич. Журнала» *О. Г. Пана*, соглашающагося на это.

Постановлено просьбу удовлетворить и считать казначеемъ Общества О. Г. Пана, а секретаремъ «Каз. Мед. Журнала» В. В. Владимірова.

2) Протоколъ прелыдущаго засѣданія прочитанъ и утверждень.

3) Выслушана благодарность Л. Я. Любимовой за поднесенный ей сборникъ посвященный памяти Н. М. Любимова, и постановлено выдать ей, по ея просьбѣ, 15 экземпляровъ этого сборника.

4) Заслушано заявленіе д-ра Кутлубаева о желательности устройства лекцій по холерѣ для врачей волюско-камскаго райіона.

Постановлено, по предложенію проф. Орловскаго, внести это заявленіе на обсужденіе въ слѣдующемъ засѣданіи.

5) Баллотировка въ дѣйствительные члены Общества докторовъ:

Климовича—15 избират.; 2 неизб.

Элинсона—16 избир.; 0 неизб.

Шоломовича—18 избир.; 2 неизб.

6) Предложенъ въ дѣйствительные члены Общества проф. В. П. Осиповъ.

7) Заслушано и принято предложеніе проф. Орловскаго о томъ, чтобы вновь поступающія въ члены Общества врачей лица сообщали для напечатанія въ журналъ свои краткія *curricula vitae*.

Предсѣдатель **Н. Геркенъ.**

Секретарь **А. Фаворскій.**

Ипполитъ Казиміровичъ Климовичъ изъ дворянъ Гродненской губ., р. въ 1869 г. Окончивъ классическую гимназію въ 1890 г. съ медалью, поступилъ на медицинскій факультетъ Московскаго Университета, въ которомъ окончилъ курсъ со степенью лекаря и званіемъ уѣзднаго врача. Затѣмъ занимался сначала въ качествѣ экстерна, а съ 1896 года въ качествѣ ординатора въ Московской Городской Яузской больницѣ, въ терапевтическомъ отдѣленіи которой имъ руководилъ прив.-доцентъ Московскаго У—та П. М. Нечаевъ. Съ конца 1896 года служилъ сперва городскимъ, а съ 1899 года—уѣзднымъ врачомъ въ

г. Цивильскѣ Каз. губ. Въ 1901 г. переведенъ на ту же должность въ Казань и служилъ тамъ до конца 1906 г., причемъ во время Русско—Японской войны былъ отозванъ на военную службу въ г. Челябинскъ. Съ 1907 года занимается частной практикой по внутреннимъ болѣзнямъ въ г. Казани.

Абрамъ Ароновичъ Элинсонъ,—сынъ купца, род. 1867 г. Среднее образованіе получилъ въ Оренбургской Гимназіи,—спеціальное на медицинскомъ факультетѣ Казанскаго У—та (съ 1887—1892 г). Съ четвертаго курса съ особенной любовью занимался офтальмологіей подъ руководствомъ проф. Е. В. Адамюка, въ клиникѣ котораго и остался въ качествѣ ординатора—экстерна по окончаніи курса. Въ 1896 г. защитилъ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: «Сосудо-двигательные нервы сѣтчатки». Съ 1898 г. служитъ ординаторомъ глазного отдѣленія Казанской Губернской Земской больницы, съ перерывомъ за время Русско-Японской войны, когда отбывалъ военную службу въ качествѣ полкового врача на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Александръ Сергѣевичъ (Давидовичъ) Шоломовичъ, Род. въ г. Керенскѣ Пензенской губ. въ 1877 г. Среднее образованіе получилъ въ Пензенской второй Гимназіи, спеціальное на медицинскомъ факультетѣ Казанскаго У—та (съ 1897 по 1903 год). Въ теченіе 1904—5—6-го г. г. служилъ ординаторомъ Карамзинской Колоніи душевно-больныхъ г. Симбирска, причемъ отзывался для отбыванія военной службы на Русско-Японскую войну. Съ 1-го Декабря 1906 года состоитъ ординаторомъ при кафедрѣ психіатріи проф. В. П. Осипова.

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

16-го Февраля 1908 года.

Предсѣдательствоваль проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Озворскомъ.

Присутствовали—Панъ, Соколовъ, Идельсонъ, Казанскій, Левханьянцъ, Надель—Пружанская, Горяевъ, Шибковъ, Островскій, Блудштейнъ, Гликманъ, Клячкинъ, Цыпкинъ, Опокинъ, Котеловъ, Кутлубаевъ, Эскинъ, Первушинъ и человѣкъ 50 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Дѣйств. членъ *Копыловъ*. «Леченіе по способу проф. Вег'а» (съ демонстраціей аппаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Цыпкинъ. Я самъ занимался этимъ способомъ. Въ моемъ распоряженіи было 22 случая самаго разнообразнаго матеріала. Я пользовался при леченіи и бинтомъ, причемъ результаты получились не вполне утѣшительные. Очевидно, нужно обладать большой техникой, чтобы достигъ хорошихъ результатовъ. При mastitis получается результатъ хорошій, но не всегда. При paratitum также результаты далеко не всегда хорошіе. По моему, необходимо различать, какой mastitis и какой paratitum, чтобы судить объ успѣхахъ примѣненія способа Вег'а. Напр. при каждомъ панариціи разница между результатами при

старомъ способѣ и способѣ Bier'a нѣтъ. Въ одномъ случаѣ панариція съ заболѣваніемъ сустава я получилъ результатъ только на 30-й день, приче́мъ получилась тугоподвижность сустава. Въ одномъ случаѣ mastitis я получилъ эффектъ на 5-й день, въ другомъ на 9-й день; 3-й случай—гдѣ былъ инфекціонный mastitis, я лѣчилъ 1 мѣсяць. Что касается вопроса о примѣненіи способа Bier'a при діабетѣ, то я считаю его еще не рѣшеннымъ. При флегмонѣ тендинозной я тоже не видѣлъ успѣха. При флюсахъ особенно быстро наступала анестезія, при незаживающихъ переломахъ успѣха нѣтъ. Что касается вопроса о бактерицидности при гипереміи пассивной, то многіе авторы относятся къ ней скептически.

Д о к л а д ч и к ъ. Я изслѣдовалъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ вліяніе венозной гипереміи на культуру стафилококковъ, приче́мъ обнаружилось, что венозная гиперемія оказываетъ убивающее дѣйствіе на нихъ.

Цыпкинъ. Надо различать характеръ процесса. Въ случаяхъ инфекціоннаго мастита нѣкоторые авторы не видѣли успѣха.

Клячкинъ. Я вижу, что методъ Bier'a—методъ старый. Напр. леченіе горячимъ воздухомъ было примѣнено Шерштейномъ въ Одессѣ противъ невралгій. Bier упрекалъ, что его методъ не примѣняютъ у душевно и нервныхъ больныхъ. Bier употреблялъ его при chorea съ хорошимъ результатомъ; при epilepsiae—же этого успѣха нѣтъ. Быть можетъ этотъ способъ имѣетъ значеніе при леченіи головныхъ болей. Невропатологи употребляли безсознательно сдавливаніе сонныхъ артерій при головныхъ боляхъ съ хорошимъ успѣхомъ. Мы давно уже употребляемъ активную гиперемію въ видѣ мушекъ и т.-д. По Bier'у можетъ быть и люмбальная пункція имѣетъ значеніе тоже благодаря вызываемой имъ гипереміи.

Казанскій. Мнѣ думается намъ необходимо выяснить сущность дѣйствія этого способа. Быть можетъ мы не знаемъ патологии процесовъ, напр., чѣмъ отличается маститъ простой отъ инфекціоннаго?

Геркенъ разъясняетъ условный смыслъ этой классификаціи, не пользующейся общимъ признаніемъ.

Опокинъ. Я хотѣлъ бы сказать нѣсколько словъ по поводу теоретической стороны эффекта лѣченія застойной гипереміей по Вieg'у... Какъ на VII съѣздѣ россійскихъ хирурговъ, такъ и отдѣльными представителями нѣмецкой хирургіи во главѣ съ хирургомъ-патологомъ Lехег'омъ уже не разъ высказывались вѣскія мнѣнія, которыя заставляютъ думать, что теоретич. основы способа недостаточно ясны и стоятъ какъ бы въ противорѣчій съ понятіемъ о воспаленіи. Вieg, являясь своего рода умозрительнымъ реформаторомъ вопроса о воспаленіи, правда заставилъ многихъ авторовъ серьезно обратить вниманіе на иногда темные пункты главы о воспаленіи, и это его заслуга.

Дѣло въ томъ, что по вопросу о расщепляющемъ дѣйствиі застойной гипереміи, нужно сказать, что способъ Вieg'a не близится къ природѣ, какъ на это указываетъ Вieg. Тотъ грануляціонный поясъ, который создаетъ природа, оказывается далеко не щадится при дѣйствиі застойной гипереміи. Бактеріи, токсины, эндотоксины при отсутствіи антитоксиновъ идутъ болѣе безпрепятственно выше и вредно отзываются на организмъ. Та форма псевдороджистаго воспаленія, которая наблюдается въ мѣстѣ дѣйствиі застойной гипереміи, зависитъ отъ токсическаго вліянія на сосуды, которые значительно расширяются, t^o въ это время (послѣ снятія бинта) также очень высока. Д-ръ Оппель на съѣздѣ русскихъ хирурговъ высказался, что въ лѣченіи застойной гипереміей имѣетъ больше всего значеніе высасываніе и какъ бы самопромываніе раны, но въ тѣхъ случаяхъ замѣчаетъ Минщъ, гдѣ t^o пала, а лучше и къ этой мѣрѣ не прибѣгать, такъ какъ между фасціями мышцами, положимъ на предплечьи, лимфа скопляясь увеличиваетъ гидравлическое давленіе, даются условія для механическихъ затековъ.

Далѣе, обращаясь къ эффекту лѣченія застойной гипереміей, важно сказать, что въ борьбѣ съ мѣстнымъ процессомъ имѣетъ больше значенія новая кровь новая лимфа. Съ внѣшней мѣстной вредностью борется весь организмъ. Самый серьезный моментъ въ лѣченіи застойной гипереміей всетаки скорѣй всего можно признать высасываніе, и жгутъ Вieg'a лишь только усиливаетъ дѣйствиі всасывающей повязки.

Копыловъ. У насъ были тяжелые панариціи, а кожныхъ не было. Вопросъ теоретически пока не вырѣшенъ. Несомнѣнно Вieg увлекается, и я не полный сторонникъ его, но тѣмъ не менѣе способъ его заслуживаетъ распространенія.

Предсѣдатель. Докладъ д-ра Копылова имѣетъ для насъ особое значеніе въ силу того, что докладчикъ, какъ мы слышали,

былъ въ клиникѣ Вieg'a и такъ сказать у первоисточника могъ сдѣлать наблюденія, касающіяся способа Вieg'a. Что-же говорить намъ докладчикъ? Оказывается вся постановка леченія по Вieg'у въ клиникѣ его такова, что непредубѣжденному наблюдателю бросается въ глаза увлеченіе автора своимъ способомъ. Вieg въ случаяхъ сколіоза примѣняетъ леченіе горячимъ воздухомъ, и какъ мы слышали отъ докладчика—«приказалъ вынести всѣ приборы и машины издавна употребляемые хирургами при леченіи сколіоза». Господа, это очевидное увлеченіе, хотя и понятное всякому, кто знаетъ, какъ вообще заманчиво всякое обобщеніе идеи.

Что касается научныхъ основъ метода леченія застойной гипереміей, то какъ выяснилось изъ преній въ настоящемъ засѣданіи многое изъ относящагося сюда еще не провѣрено и высказанныя мнѣнія часто противорѣчивы. Но нѣкоторые безспорные факты подтверждающіе дѣйствительную пользу приѣмовъ Вieg'a напр. высасыванія гноя горшками, легко констатируются при внимательномъ наблюденіи. Насасываніе горшками болѣзненно и не достигаетъ цѣли укороченія болѣзни, если при чирьѣ напр. примѣнять насасываніе съ первыхъ-же дней, когда не обнаружилась еще головка чирья, и наоборотъ, примѣняя насасываніе, когда послѣдняя обнаружилась, мы можемъ наблюдать, какъ капля за каплей выдѣляется гной изъ очага, какъ постепенно выдѣляется смертвѣлая клѣтчатка. Въ этомъ случаѣ, примѣняя высасываніе по Вieg'у въ теченіи 1—2 дней, мы излѣчиваемъ болѣзнь, ибо удаляемъ гной и омертвѣлую клѣтчатку; и въ самостоятельно протекающихъ случаяхъ чирья, всякая болѣзненность пропадаетъ, какъ только будетъ отторгнуто все подлежащее отторженію. Такой эффектъ удаленія гноя провѣренъ тысячеклѣтними наблюденіями, только мы старались достигнуть его хирургическими разрѣзами, особеннымъ расположеніемъ противоотверстій, извѣстнымъ положеніемъ больного члена, а здѣсь та же цѣль достигается высасываніемъ. Поэтому поводу я напомнимъ сообщеніе проф. Феноменова объ одномъ врачѣ прошлаго столѣтія въ Поволжьѣ, который излечилъ трудную больную съ нагноеніемъ въ тазу, высасываніемъ гноя черезъ трубочку ртомъ.

Другое дѣло, когда говорятъ о леченіи застойной гипереміей посредствомъ наложенія жгута и требуютъ при этомъ строгаго соблюденія правилъ, безъ чего, утверждаютъ, не можетъ быть достигнутъ и цѣлебный эффектъ. Если мнѣ говорятъ, что при правильно наложенномъ жгутѣ, пульсъ нисколько не долженъ мѣняться и конечность не должна синѣть, то я буду склоненъ думать, что при

подобномъ наложеніи жгута никакого застоя не происходитъ, что здѣсь кроется нѣкоторый самообманъ. Тысячелѣтнимъ опытомъ и ежедневнымъ наблюденіемъ провѣряется тотъ фактъ, что даже отъ застоя венозной крови при опущенной внизъ и воспаленной рукѣ (напр. при панарііи) сейчасъ усиливаются боли, и всякій такой больной инстинктивно поднимаетъ и укладываетъ больную руку у себя на груди. Ежедневнымъ опытомъ мы хирурги убѣждаемся, что нѣтъ болѣе дѣйствительнаго противовоспалительнаго и болеутоляющаго средства при острыхъ воспаленияхъ на конечностяхъ, какъ подвѣшиваніе ихъ по Фолькману, и потому мнѣ кажется въ этой рекомендаціи застойной гипереміи при острыхъ процессахъ лежитъ какое то недоразумѣніе. Возможно, что наложеніемъ жгута по правиламъ никакая застойная гиперемія и не вызывается.

Въ преніяхъ не упоминалось о леченіи туберкулеза суставовъ застойной гипереміей; это не значить, что наши сочлены хирурги не прибѣгали и не примѣняли застойной гипереміи въ этихъ случаяхъ. Но результаты далеко не всегда такъ ободрительны, чтобы польза леченія представлялась очевидной. Возможно, что улучшения, которыя наблюдаются у малосостоятельныхъ больныхъ, поступающихъ въ больницы и клиники, происходятъ исключительно вслѣдствіи того, что въ больницѣ пациентъ получаетъ мясо и вообще нѣсколько болѣе питательный столъ,—одного этого во многихъ случаяхъ достаточно, чтобы получилось рѣзкое улучшение въ теченіи суставной бугорчатки. Докладчикъ Н. В. Копыловъ сказалъ намъ, что онъ не могъ замѣтить улучшения въ состояніи здоровья бугорчатнаго больного, пользованнаго въ клиникѣ Bier'a на глазахъ у докладчика,—улучшенія, на которое указывали и которое замѣчали врачи клиники.

Какъ-бы то ни было, какъ выяснилось изъ дебатовъ, примѣненіе высасывательныхъ банокъ Bier'a составляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ цѣнное пріобрѣтеніе. Такъ леченіе нарывовъ грудной железы укорачивается, и что главное не бываетъ этихъ повторно развивающихся нарывовъ, истощающихъ терпѣніе больного и врача. О хорошихъ результатахъ леченія мастита высасывающими банками было заявлено здѣсь, и многіе видѣли хорошіе результаты отъ такого леченія. Равнымъ образомъ хорошіе результаты при леченіи флегмонъ синовиальныхъ влагалищъ сухожилій, результаты, недостижимые нашими обширными хирургическими разрѣзами, составляютъ крупный плюсъ въ пользу леченія этихъ процессовъ именно по методу Bier'a.

2) Проф. *Н. А. Геркенъ* демонстрировалъ удаленный операцией *appendix vermicularis*. Операция была сдѣлана черезъ 2 сутокъ отъ начала болѣзни. Симптомы заболѣванія характерны для остраго деструктивнаго аппендицита. Случай окончился летально. Оперировать слѣдуетъ по возможности раньше, т.-е. хотя-бы въ первые сутки. Далѣе докладчикъ повторилъ свое предложеніе Обществу заняться разработкой вопроса объ аппендицитѣ, поручивъ отдѣльнымъ членамъ выполненіе специальныхъ рефератовъ по этому вопросу. Открываются пренія по докладу проф. Геркена объ аппендицитѣ. Предсѣдательство передается секретарю Общества А. Фаворскому при секретарѣ О. Панѣ.

Проф. В. Ф. Орловскій: Считаю не безынтереснымъ дополнить картину болѣзни того случая, который представилъ намъ докладчикъ подъ № 4. дооперационнымъ ея теченіемъ. Больной поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы съ явленіями правосторонней плевропневмоніи; такъ какъ однако одинъ изъ врачей больницы высказалъ подозрѣніе, не имѣется ли въ данномъ случаѣ брюшнаго тифа, то на состояніе брюшной полости и особенно области слѣпой кишки мною при изслѣдованіи больного было обращено особенное вниманіе. Изслѣдованіе въ этомъ направленіи однако показало, что ощупываніе слѣпокишечной области, равно какъ давленіе на точку *Mac-Burney*'я и точку *Lenzmaun*'а, которая соотвѣтствуетъ мѣсту отхожденія червообразнаго отростка отъ слѣпой кишки, по крайней мѣрѣ, для большинства случаевъ, не сопровождается болѣзненностью ни въ мѣстѣ давленія ни въ отдаленныхъ участкахъ живота. Изслѣдованіе слѣпокишечной области по недавно предложенному методу *Blumberg*'а, получившему одобреніе со стороны такого компетентнаго лица, какъ *Ewald* дало также отрицательный результатъ. Въ виду этихъ данныхъ предположеніе о брюшномъ тифѣ и о какомъ-либо вообще процессѣ въ области слѣпой кишки было мною отвергнуто. Спустя нѣкоторое время у больного появился гнойникъ въ лѣвой околушной железѣ, вскрытый В. И. Котеловымъ, причеъ въ гною на ряду съ стафилококками обнаружены диплококки *Fränkel*'я. Изслѣдованіе крови по независящимъ причинамъ произведено не было. Еще до вскрытія нарыва было замѣчено накопленіе въ брюшной полости свободной жидкости, увеличивавшееся съ каждымъ днемъ; ему сопутствовали незначительныя разлитыя болевья ощущенія со стороны всей брюшной полости. Пробный проколъ далъ гнойную жидкость. Передавая въ виду этого больного

въ хирургическое отдѣленіе я просилъ В. И. Котелова при операциі обратити особенное вниманіе на область червеобразнаго отростка. При этомъ я исходилъ изъ слѣдующихъ соображеній. Общеизвѣстно, что червеобразный отростокъ является наиболѣе частымъ источникомъ перитонитовъ у мужчинъ; а съ другой стороны, мы знаемъ изъ изслѣдованій Adria'n'a, Simonina, Kretz'a и др., что аппендицитъ можетъ присоединяться къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, какъ ревматизмъ, ангина, рожа, скарлатина, паротитъ и т. д., Являлось въ виду этого предположеніе, не имѣемъ ли мы и здѣсь дѣло съ метастатическимъ заболѣваніемъ червеобразнаго отростка, осложнившимся перитонитомъ. То обстоятельство, что явленія аппендицита были невыражены, не могло заставить отказаться отъ такого предположенія, такъ какъ наблюденія Marchand'a, Tuffier'a, Klesk'a и др. показали, что червеобразный отростокъ можетъ на вскрытіи обнаружить значительныя воспалительныя измѣненія, гдѣ при жизни никакихъ болевыхъ ощущеній не было, гдѣ, слѣд., аппендицитъ протекалъ скрытно. Операциа, какъ мы слышали, подтвердила правильность моихъ предположеній. Случай такимъ образомъ интересенъ въ нѣсколькихъ отношеніяхъ: 1) онъ показываетъ, что аппендицитъ можетъ протекать скрытно, не давая рѣзкихъ болевыхъ ощущеній, даже при осложненіи гнойнымъ перитонитомъ 2) онъ подтверждаетъ, что аппендицитъ можетъ присоединиться къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ; 3) онъ показываетъ, насколько необходимо быть осторожнымъ при оцѣнкѣ показаній къ терапевтическому и хирургическому вмѣшательству.

Послѣ этихъ замѣчаній я позволю себѣ высказаться по поводу предложенія докладчика подвергнуть вопросъ объ аппендицигахъ подробному изученію въ нашсмъ Обществѣ съ тѣмъ, чтобы придти по этому вопросу къ опредѣленнымъ заключеніемъ. Я всецѣло присоединяюсь къ этой мысли. Дѣйствительно, въ ученіи объ аппендицитѣ имѣется еще много спорныхъ пунктовъ не только для лицъ различной специальности, напр., терапевтовъ и хирурговъ, но и среди дѣятелей одной специальности. Такъ, напр. въ отношеніи столь существенно важнаго вопроса какъ леченіе, такой талантливый клиницистъ, какъ Dieulafoy утверждаетъ, что «il n'existe pas de traitement medicale de l'appendicite,» такъ какъ, по его мнѣнію, аппендицитъ не есть лишь мѣстная болѣзнь, а общее инфекціонное заболѣваніе, локализованное лишь въ опредѣленномъ органѣ, но всегда способное дать цѣлый рядъ неблагопріятныхъ осложненій въ видѣ пораженій печени, почекъ, кровеносныхъ сосудовъ, желудка и т. д. Въ противовѣсъ этому крайнему взгляду приведу мнѣніе другаго клинициста, именно Renvers'a, которое гласитъ: «не безъ оружія

стоимъ мы у кровати больного аппендицитомъ; напротивъ, мы стоимъ вооруженные опытомъ, что въ правильномъ примѣненіи клизмъ, покоя и средствъ, успокаивающихъ боли и перистальтику кишечника, мы имѣемъ средство не только облегчить состояніе больного, но и создать условія, при которыхъ излеченіе наступаетъ само собой». Въ виду ряда подобныхъ разнорѣчій совмѣстное обсужденіе въ нашемъ Обществѣ всѣхъ вопросовъ, касающихся аппендицита, на основаніи литературныхъ данныхъ и личнаго опыта нашихъ сочленовъ—терапевтовъ, хирурговъ, гинекологовъ, патологоанатомовъ и т. д., представляется мнѣ задачей въ высокой степени желательной. Принимая однако во вниманіе серьезное значеніе предварительной работы, быть можетъ, лучше было бы назначить подготовку соотвѣствующихъ докладовъ не къ сентябрю, какъ предлагаетъ инициаторъ проф. Н. А. Геркенъ, а къ веснѣ будущаго года, объявивъ вопросъ объ аппендицитѣ программнымъ въ нашемъ Обществѣ; тогда для совмѣстнаго обсужденія мы могли бы пригласить и товарищей Поволжья, устроить такимъ образомъ при нашемъ Обществѣ съѣздъ врачей Волжско-Камскаго края.

И д е л ь с о н ь считаетъ желательнымъ разработать и профилактику appendicitis. Между прочимъ за причину его считаетъ культуру, такъ какъ негры и краснокожіе не болѣютъ имъ. Быть можетъ здѣсь играетъ роль обиліе пищи, отсутствіе правильности пищеваренія, состояніе зубовъ, неправильная утилизація брюшнаго пресса при дефекаціи. Существуетъ мнѣніе, что appendix есть пережитокъ антропоморфическихъ формъ.

Ч а л у с о в ь. Вопросъ объ аппендицитѣ былъ программнымъ на съѣздѣ въ Берлинѣ, гдѣ онъ занялъ много времени. Считаю, что, разъ поставивъ себѣ программный вопросъ, наше Общество и въ будущемъ сохранить этотъ порядокъ работы и думаю, что намъ не слѣдуетъ отказываться отъ намѣчаемаго пути. Съ своей стороны могу заявить; что я согласенъ написать рефератъ по одному или нѣсколькимъ вопросамъ тѣмъ болѣе, что имѣю довольно большой собранный матерьялъ по вопросу объ аппендицитѣ.

Г е р к е н ь. Я не желалъ-бы обсуждать доложенные случаи по существу и давать въ этомъ направленіи разъясненія; не считалъ-бы также полезнымъ откладывать начало работы до слѣдующаго года. Черезъ годъ можетъ быть выбрано новсе бюро Общества, и неизвѣстно,

какъ оно отнесется къ заготовленной уже въ видѣ рефератовъ работѣ. Вообще приходится торопиться жить; и я не думаю, чтобы предполагаемая работа была не по силамъ Обществу. Конечно, если г.г. младшіе преподаватели и вообще члены Общества откажутся взять на себя написаніе рефератовъ,—литературную обработку вопроса, тогда начинаніе наше можетъ кончиться неудачей, лучше отъ него отказаться; но кажется этого нельзя предполагать. Кромѣ того мы можемъ привлечь врачей Волжско-Камскаго района къ нашему дѣлу, ознакомивъ ихъ съ нимъ путемъ разсылки письма и пригласивъ ихъ присылкой матерьяловъ, исторій болѣзней, препаратовъ и докладовъ принять участіе въ предпринимаемомъ нами дѣлѣ, и это будетъ первымъ шагомъ сближенія нашего Общества съ врачами всего Волжско-Камскаго края. Поэтому я полагаю-бы, что не слѣдуетъ откладывать начало работы до весны или далѣе до осени, а нынѣ-же выработать программу рефератовъ и распредѣлить порученія написать ихъ непременно къ осени съ тѣмъ, чтобы осенью-же приступить къ обсужденію вопроса въ рядѣ засѣданій. Выработка программы можетъ быть поручена бюро Общества, исполненному, если это будетъ признано необходимымъ, тѣми или другими лицами.

Предсѣдатель предлагаетъ Обществу врачей или избрать комиссію для разработки этого вопроса или же поручить это бюро Общества съ тѣмъ, чтобы оно представило свои соображенія къ слѣдующему засѣданію.

Проф. Орловскій предлагаетъ соединиться для этой цѣли бюро Общества врачей съ бюро Общества младшихъ преподавателей для разработки программы вопроса.

Предсѣдатель ставитъ на голосованіе свое предложеніе съ поправкой проф. Орловскаго; предложеніе принимается единогласно.

Административная часть.

Предсѣдательствуетъ снова проф. Геркенъ.

1) Послѣ обсужденія предложенія д-ра Кутлубаева объ организаціи курсовъ по холерѣ для врачей Волжско-Камскаго района, Обще-

ство постановило: въ виду отсутствія матеріальныхъ средствъ и научныхъ лабораторій въ распоряженіи Общества отклонить это предложеніе.

2) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія отъ 7-го апрѣля 1907 года.

3) Принято къ свѣденію заявленіе (черезъ предсѣдателя Общества) профъ Груздева о выходѣ его изъ членовъ Общества, согласно примѣчанію къ § 29 устава Общества.

4) М. В. Казанскій предложилъ увѣковѣчивать память умершихъ членовъ Общества печатаніемъ некрологовъ, и просилъ доложить Обществу о результатахъ подписки въ пользу семьи умершаго д-ра Овчинникова, бывшаго членомъ Общества.

5) Предсѣдатель, какъ редакторъ «Казанскаго Медицинскаго Журнала», обратился къ членамъ Общества со слѣдующимъ заявленіемъ. Съ самаго возникновенія Казанскаго Медицинскаго Журнала страдалъ неполнотою и такъ сказать случайностью отдѣлъ рефератовъ въ этомъ журналѣ: или они были чересъ-чуръ спеціальны, напр. исключительно по психіатріи, или они были отрывочны, по совершенно не связаннымъ между собою вопросамъ, и не всегда своевременны. Причина такого нежелательнаго явленія, неблагоприятно отражающагося на судьбѣ журнала, понятна. Хорошіе рефераты можно имѣть, если платить за работу, а журналъ средствъ для этого не имѣетъ. Кромѣ того нашъ журналъ, выходящій не всегда своевременно, даже случайные свои рефераты даетъ послѣ того, какъ о реферируемыхъ работахъ уже были сдѣланы сообщенія въ «Русскомъ Врачѣ» или «Медицинскомъ Обзорѣніи». Мнѣ кажется, что мы должны пока рѣшительно прекратить печатаніе рефератовъ объ отдѣльныхъ работахъ, появляющихся въ иностранной медицинской литературѣ. Но этотъ отдѣлъ Журнала можно оживить, если г. г. желающіе будутъ давать сводные рефераты, какъ нѣмцы говорятъ: «Sammelreferaten», т. е. если въ связной формѣ будутъ реферированы 5, 10, 20 болѣе важныхъ работъ за послѣдніе годы по какому нибудь одному вопросу, представляющему въ данное время особый интересъ въ той или другой спеціальности. Напр. изъ хирургической литературы въ настоящее время могъ-бы быть представленъ сводный рефератъ по вопросу о новыхъ направленіяхъ въ леченіи переломовъ длинныхъ трубчатыхъ костей; объ успѣхахъ вправленія застарѣлыхъ

вывиховъ черезъ разрѣзы и т. д. Эти сводные рефераты, касаясь болѣе важныхъ но мало выясненныхъ вопросовъ прикладной медицины, могли-бы получить большое значеніе для извѣстнаго круга читателей, и интересъ къ нашему Журналу и спросъ на него могъ-бы возрасти. Необходимо кромѣ того, чтобы члены Общества печатали свои оригинальные труды въ нашемъ Журналѣ; иначе, если всякую болѣе цѣнную въ научномъ отношеніи статью мы станемъ направлять въ Петербургъ или Москву, что-же придется печатать въ органѣ Общества—«Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ?».

6) Баллотировка въ члены Общества:

проф. В. П. Осиповъ—18 избир. о неизб.

И. М. Тимофеевъ—17 изб. 1 неизб.

А. К. Цинкъ—15 изб. —2 неизб.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

Иванъ Михайловичъ Тимофеевъ. Сынъ фельдшера, род. въ 1876 году въ Казанскомъ уѣздѣ. Среднее образованіе закончилъ во второй Казанской Гимназіи въ 1896 году, специальное—на Медицинскомъ Факультетѣ Казанскаго У—та въ 1903 году, послѣ чего прослужилъ два года врачомъ въ Самарской губерніи. Лѣтомъ 1905 года поступилъ въ Александровскую больницу г. Казани сверхштатнымъ ординаторомъ, а лѣтомъ 1906 года перешелъ на ту же должность въ хирургическую клинику профессора В. И. Разумовскаго, гдѣ съ Іюля 1907 года утверждёнъ штатнымъ ординаторомъ. Въ 1908 году выдержалъ испытаніе на степень доктора медицины.

Александръ Карловичъ Цинкъ. Сынъ учителя гимназіи, род. въ 1879 году въ г. Эривани. Среднее образованіе закончилъ въ 1-ой Пензенской Гимназіи въ 1895 году, специальное—на Медицинскомъ Факультетѣ Казанскаго У—та въ 1900 году со степенью лекаря съ отличіемъ. По окончаніи курса занимался въ Пензенской Земской Губернской больницѣ, преимущественно въ хирургическомъ отдѣленіи, которымъ въ 1905 и въ половинѣ 1906 г. завѣдывалъ самостоятельно. Въ то же время состоялъ секретаремъ Пензенскаго Медицинскаго Общества. Съ осени 1906 года занимается въ качествѣ сверхштатнаго ординатора въ хирургическомъ отдѣленіи проф. Н. А. Геркена въ Александровской больницѣ г. Казани.