

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. А. Н. КАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ III.
НОЯВРЬ-ДЕКАБРЬ.
1903 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета
1903.



Дозволено цензурою. Г. Казань, 20 января 1904 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Бактеріологическое изслѣдованіе воздушной пыли въ усадьбѣ Казанскаго военнаго госпиталя и въ его зданіяхъ.

д-ра А. Д. Никольскаго,

старшаго ординатора казанскаго военнаго госпиталя.

Давно извѣстно, что русскіе города не отличаются чистотою. По изслѣдованіямъ профессора Мкобія въ Харьковѣ, въ осеннее время, осѣдаетъ изъ воздуха въ теченіе 24-хъ часовъ столько пыли, сколько въ Парижѣ осѣдаетъ въ теченіи цѣлаго года. Нечистота нашихъ городовъ зависитъ отъ плохого надзора за уборкою нечистотъ съ улицъ, отъ плохого мощенія и отъ недостаточной поливки ихъ лѣтомъ въ сухое время. Очень много городовъ у насъ совсѣмъ не мощеныхъ и поливка улицъ не вездѣ производится. Казань одна изъ самыхъ большихъ и лучшихъ городовъ въ Россіи, хотя и вымощенъ, по первобытному способу, известнякомъ, во лѣтомъ улицы въ немъ не поливаются, кромѣ глянпой, Воскресенской; да и посаѣдняя улица только изрѣдка и по немногу поливается.

Прибывши въ Казань на службу въ началѣ Апрѣля я былъ пораженъ обиліемъ пыли на улицахъ, которая тучами носится въ сухіе дни и въ изобиліи проникаетъ въ дома; естественно я заинтересовался вопросомъ, насколько велико количество микробовъ въ ней. Мѣстомъ изслѣдованія я избралъ усадьбу Казанскаго военнаго госпиталя, который расположенъ на очель бойкомъ мѣстѣ, на шоссе, по которому постоянно едутъ трамваи и экипажи, въ особенности весною и лѣтомъ, когда большая часть Казанской публики ѣздитъ въ излюбленное загородное мѣсто, въ „Швейцарію“ и возвращается назадъ. Въ это время года такъ много бываетъ пыли

въ усадьбѣ госпиталя, что листья деревьевъ послѣдней покрываются толстымъ слоемъ пыли.

Въ засуху при малѣйшемъ вѣтрѣ трудно бываетъ пройти мимо госпиталя въ облакахъ пыли, которая засоряетъ глаза и затрудняетъ дыханіе.

По правую сторону госпитальной усадьбы и сзади нея находится довольно большіи не замощенныя площади съ проѣзжими не замощенными дорогами, съ которыхъ также въ изобиліи несется пыль въ усадьбу госпиталя. Такимъ образомъ для ознакомленія съ богатствомъ микробовъ въ воздушной пыли г. Казани госпитальная усадьба, обильно запыляемая съ трехъ сторонъ является самымъ подходящимъ мѣстомъ. Способъ изслѣдованія я избралъ лучший изъ существующихъ — способъ Petri. Приготовилъ воздушный насосъ изъ двухъ литровыхъ эрленмейеровскихъ колбъ, соединенныхъ съ цилиндромъ, наполненнымъ прокаленнымъ пескомъ (слой песку въ длину 6 сантиметровъ) и, переливая изъ одной колбы въ другую литръ воды, по закону сифона, пропускалъ воздухъ черезъ песочный фильтръ, въ которомъ и задерживались изъ него все микробы. Фильтръ съ микробами переносилъ въ пробирки съ растонленной 10% мясолопной желатиной, которую и разливалъ въ чашкахъ Petri. По выросаніи на поверхности желатины колоній микробовъ считывалъ ихъ по способу Вольфогеля и подвергалъ дальнѣйшему микроскопическому изслѣдованію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по усмотрѣнію, изъ колоній приготавливались культуры для опредѣленія видовъ микробовъ, а иногда изъ полученныхъ культуръ дѣлались прививки живогнымъ для испытанія патогенности.

Я бралъ для изслѣдованія воздухъ съ различныхъ пунктовъ госпитальной усадьбы, подвергающейся запыленію, какъ со стороны шоссе, такъ и со стороны двухъ вышеупомянутыхъ площадей и избиралъ дни погожіе, когда бываетъ пыль.

Кромѣ этого подвергалъ изслѣдованію и воздухъ внутри зданій госпиталя, чтобы прослѣдить запыленіе ихъ извнѣ.

Изслѣдованіе воздушной пыли я началъ въ началѣ Апрѣля настоящаго года, въ сухую погоду, когда на улицахъ, уже основательно просохшихъ послѣ весенней грязи, носилась первая пыль.

Первый опытъ я произвелъ 8-го Апрѣля. Взялъ пробу воздуха у шоссе передъ фронтомъ госпиталя. Изъ этой пробы (по переводѣ кубическаго пространства въ одинъ литръ воды на куб. метръ) на поверхности желатины получилось 87,480 колоній въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха. Такой переводъ сдѣланъ во всѣхъ остальныхъ опытахъ; повсюду цифры означаютъ количество колоній микробовъ въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха.

Этотъ посѣвъ, какъ и всѣ послѣдующіе, произросталъ въ темномъ шкафѣ при комнатной температурѣ. Колоніи сосчитывались и изучались по мѣрѣ выроста, не доводя до сѣшенія колоній съ разжижающими желатину видами.

Второй опытъ сдѣланъ 24 Апрѣля. Изъ этой пробы выросло 104,247 колоній.

Третій опытъ сдѣланъ былъ 28 Апрѣля. Взято было для изслѣдованія три пробы воздуха: одна у шоссе, и по одной пробѣ въ палатахъ 1-го и 2-го терапевтическихъ отдѣленій.

Изъ 1-ой пробы выросло 262,410 колоній, изъ 2-й пробы 727,748, а изъ 3-й 562,788 колоній.

Четвертый опытъ сдѣланъ былъ 4-го Мая. Взято было для изслѣдованія три пробы воздуха: одна изъ палаты 1-го терапевтическаго отдѣленія и по одной пробѣ изъ палатъ глазнаго и венерическаго отдѣленій. Изъ 1-й пробы получилось 234,009, изъ 2-й 229,635, изъ 3-й 374,248 колоній.

Изъ сравненія этого опыта съ предыдущимъ (3-мъ опытомъ) оказалось, что въ 4-мъ опытѣ получилось изъ воздуха госпитальныхъ палатъ въ двое меньше колоній, чѣмъ въ 3-мъ опытѣ. Такое уменьшеніе количества микробовъ въ воздухѣ госпитальныхъ палатъ въ 4-мъ опытѣ возможно объяснить усиленнымъ провѣтриваніемъ черезъ открываніе настежь оконъ съ наступленіемъ теплаго времени. Что такое объясненіе вѣроятно, доказываетъ слѣдующій 5-й опытъ, произведенный 8-го Мая, въ которомъ количество колоній микробовъ получилось еще въ нѣсколько разъ меньше, чѣмъ въ предыдущемъ 4-мъ опытѣ. А именно 8-го Мая подвергнуто было изслѣдованію пять пробъ воздуха изъ госпитальныхъ палатъ: 1-го и 2-го терапевтическихъ отдѣленій, изъ палаты заразнаго, хирургическаго и ушнаго отдѣленій. Изъ 1-й пробы получилось 80,919 кол. изъ 2-й 22,599, изъ 3-й 32,805, изъ 4-й 143,740, а изъ 5-й 274,960 колоній. Последнія двѣ цифры колоній изъ воздуха палатъ хирургическаго и ушнаго отдѣленій почти не отличаются отъ цифръ предыдущаго опыта, вѣроятно, потому, что въ хирургическомъ и въ ушномъ отдѣленіяхъ палаты съ потолками много ниже, почему и содержаніе воздуха въ нихъ меньше, чѣмъ въ палатахъ терапевтическихъ отдѣленій, помѣщающихся въ главномъ корпусѣ.

Слѣдующій 6-й опытъ произведенъ былъ 15-го Мая. Взято было пять пробъ воздуха: у шоссе, изъ палаты 2-го терапевтическаго и заразнаго отдѣленій и по одной пробѣ изъ сада для администраціи госпиталя и изъ сада въ лагерь больныхъ. Въ этомъ опытѣ изъ пробы у шоссе получилось громадное количество колоній 2,154,019 и, вѣроятно, потому, что въ это время, въ Маѣ,

бываетъ особенно сильное движеніе по шоссе въ излюбленную городскимъ населеніемъ „Швейцарію“.

Цифры остальныхъ пробъ не отячуются отъ цифръ предыдущихъ опытовъ, кромѣ большой цифры изъ воздуха палаты заразнаго отдѣленія—918,540. Такая большая цифра, вѣроятно, получилась потому, что въ палатѣ заразнаго отдѣленія, изъ которой взята была проба, въ то время помѣщалось большое число больныхъ. 7-ой опытъ произведенъ былъ 17-го Мая; взято было только двѣ пробы: одна опять у шоссе и одна изъ сада администраціи госпиталя. Изъ 1-ой пробы получилось опять громадное количество колоній—1,109,350, а изъ 2-й небольшое число колоній. Въ 8-мъ опытѣ, произведенномъ 19-го Мая, взято было пять пробъ: изъ 1-го и 2-го терапевтическихъ отдѣленій, изъ хирургическаго и ушнаго отдѣленій и изъ сада лагеря больныхъ. Цифры этихъ опытовъ не отличаются отъ цифръ предыдущихъ опытовъ въ Маѣ мѣсяцѣ.

Въ слѣдующемъ 9-мъ опытѣ, произведенномъ 21 Мая, взято было для изслѣдованія 4-ре пробы воздуха: изъ сада администраціи и изъ бараконъ: хирургическаго и 1-го и 2-го терапевтическихъ отдѣленій, передъ переводомъ въ нихъ больныхъ изъ зимнихъ помѣщеній. Цифры колоній микробовъ получились очень малыя, вѣроятно, потому, что бараки эти передъ переводомъ въ нихъ больныхъ изъ зимнихъ помѣщеній были основательно выметены и провѣтрены.

Здѣсь же слѣдуетъ пояснить, что лѣтніе бараки находятся сзади зимнихъ помѣщеній госпиталя, въ довольно большомъ паркѣ, т. е. находятся вдали отъ пыльнаго шоссе и защищены высокими деревьями отъ пыли вышеупомянутыхъ площадей, справа и сзади госпитальной усадьбы. Въ іюнѣ и въ Іюлѣ не было произведено опытовъ, такъ какъ въ эти мѣсяцы я уѣзжалъ изъ г. Казани. Дальнѣйшее изслѣдованіе воздушной пыли продолжено было въ началѣ Августа мѣсяца.

8-го Августа сдѣланъ былъ 10-й опытъ, а именно взято было 5 пробъ воздуха: изъ сада администраціи, изъ сада больныхъ и изъ бараконъ хирургическаго и 1-го и 2-го терапевтическихъ. Цифры этого опыта показали, что чрезъ 2 мѣсяца воздухъ въ баракахъ, занимаемыхъ больными, сильно загрязнился, а именно: въ хирургическомъ баракѣ ухудшился въ 30 разъ, въ 1-мъ терапевтическомъ въ 47 разъ, а во 2-мъ терапевтическомъ въ 9 разъ противъ вышеприведенныхъ цифръ опыта 9-го, 21-го Мая.

11 Августа произведенъ былъ 11-й опытъ; взята была только одна проба воздуха у шоссе и получилось много меньше колоній микробовъ, чѣмъ это было въ Маѣ мѣсяцѣ, а именно въ 11-мъ опытѣ получилось 524,880 колоній, а въ Маѣ въ 6-мъ опытѣ было

2,154,019 кол. т. е. въ 4 раза больше, чѣмъ въ 11-мъ опытѣ; въ 7-мъ опытѣ было, 1,109,350 т. е. въ 2 раза болѣе.

Такое уменьшеніе числа колоній микробовъ въ воздухѣ въ Августѣ возможно объяснить значительнымъ уменьшеніемъ пыли въ воздухѣ вслѣдствіе уменьшенія движенія по шоссе съ выѣздами большинства обитателей г. Казани въ концѣ Мая на дачи.

Слѣдующій 12-й опытъ былъ произведенъ 26-го Августа, причѣмъ взято было 9 пробъ для изслѣдованія, а именно: шоссе и изъ вновь отремонтированныхъ палатъ въ зимнихъ помѣщеніяхъ, черезъ три сутокъ послѣ перевода въ нихъ изъ лѣтнихъ барачковъ — изъ палатъ 1-го и 2-го терапевтическихъ отдѣленій, венерическаго, заразнаго, хирургическаго, ушного, изъ обоихъ вышеупомянутыхъ садовъ.

Въ этомъ опытѣ рѣзко бросается въ глаза значительное уменьшеніе цифръ бактеріальныхъ колоній въ воздухѣ палатъ послѣ ремонта ихъ.

Такой же результатъ съ небольшимъ увеличеніемъ числа колоній получился и въ послѣднемъ 13-мъ опытѣ, произведенномъ 31-го Августа, когда для изслѣдованія взято было 9 пробъ воздуха изъ тѣхъ же мѣстъ, какъ и въ предыдущемъ опытѣ.

Для удобства обозрѣнія опытовъ прилагается таблица. При изслѣдованіи колоній на желатинныхъ пластянкахъ въ чашкахъ Petri подъ микроскопомъ и въ культурахъ на различныхъ питательныхъ средахъ получились различныя виды плѣсневыхъ грибовъ, чаще всего *Mucor mucedo* и *Penicillium glaucus*, розовыя дрожжи, очень много кокковъ; часто попадалась *sarcina lutea* и различныя хромогенныя виды. Не стану подробно описывать каждый выдѣленный изъ колоній видъ, такъ какъ почти всѣ были сапрофитическіе виды. Изъ патогенныхъ въ изслѣдованной пыли попадались: *Aspergillus niger* и *fumigatus*, бѣлый и желтый *Staphylococcus* въ палатахъ хирургическаго и венерическаго отдѣленій.

Изъ обзора прилагаемой таблицы можно сдѣлать слѣдующіе выводы: особенно богата микробами пыль воздуха передъ фронтомъ госпиталя, со стороны шоссе; въ половинѣ Мая, въ опытѣ 6-мъ, изъ этой пыли получилось 2,154,019 колоній въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха, а въ опытѣ 7-мъ — 1,109,350 колоній.

По изслѣдованіямъ Flugge (Grundriss. d. Hyg. 3 изд. Leipzig 1894 стр. 148) въ свободной атмосферѣ въ среднемъ получалось отъ 500 до 1000 колоній микробовъ въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха. Потомъ съ уменьшеніемъ движенія по шоссе въ „Швейцарію“, послѣ переселенія большей части Казанской публики на дачи, количество микробовъ въ пыли у шоссе постепенно падаетъ и 26 Августа въ опытѣ 12-мъ получилось 99,144 микро-

ба въ одномъ кубическомъ метрѣ воздуха. Последняя минимальная цифра—99,144 по моему изслѣдованію въ 99 разъ съ лишнимъ больше вышеприведенной максимальной цифры Flugge—1000 микробовъ въ 1-мъ кубическомъ метрѣ воздуха. Далѣе, громадно количество микробовъ въ воздухѣ палаты Казанскаго военнаго госпиталя, а именно: въ опытѣ 3-мъ, 28 Апрѣля, изъ воздуха палаты 1-го терапевтическаго отдѣленія получилось 737,748 колоній микробовъ въ 1-мъ кубическомъ метрѣ, а изъ воздуха 2-го терапевтическаго отдѣленія 562,788 въ 727 разъ слишкомъ болѣе вышеприведенной максимальной цифры Flugge (1000 микробовъ въ 1 кубическій метръ), а вторая—562,788 въ 562 раза слишкомъ болѣе той же цифры Flugge. Далѣе число микробовъ въ воздухѣ палаты госпиталя уменьшается; въ Маѣ, въ опытѣ пятомъ, произведенномъ 8 го числа, изъ воздуха палаты 1-го терапевтическаго отдѣленія получилось 80,919 колоній а изъ воздуха палаты 2 го терапевтическаго отдѣленія—22,599 колоній. Такое уменьшеніе, я полагаю, слѣдуетъ объяснить усиленіемъ провѣтриванія палатъ въ Маѣ черезъ частое открываніе оконъ съ наступленіемъ теплаго времени года, хотя въ маѣ и бываетъ у госпиталя наибольшее количество пыли, что видно изъ опытовъ 6-го и 7-го, но изъ этой массы пыли большая часть осаждается на высокихъ деревьяхъ парка, находящагося у шоссе передъ зданіями госпиталя. Въ августѣ, въ тѣхъ же отдѣленіяхъ госпиталя (въ 1 и 2-мъ терапевтическихъ) послѣ лѣтняго ремонта палатъ получилась еще меньшая цифра колоній микробовъ—15,850 изъ палаты 1-го терапевтическаго отдѣленія и 11,664 изъ 2-го терапевтическаго отдѣленія (опытъ 12-й 26-го Августа).

Далѣе въ тѣхъ же палатахъ черезъ 4 дня число микробовъ значительно возросло: въ 1 терапевтическомъ отдѣленіи получилось 49,444 колоній, а въ 2-мъ терапевтическомъ 57,210 колоній. Съ дальнѣйшимъ пребываніемъ больныхъ во вновь отремонтированныхъ помѣщеніяхъ число микробовъ должно еще болѣе увеличиться, что и видно изъ опытовъ 3 го 28-го Апрѣля—737,748 колоній въ 1-мъ терапевтическомъ и 562,788 во 2-мъ терапевтическомъ, послѣ пребыванія больныхъ въ этихъ отдѣленіяхъ въ теченіи всей осени, зимы и весны. Малая цифра колоній микробовъ получились изъ воздуха лѣтнихъ барачныхъ помѣщеній, находящихся въ довольно большемъ паркѣ сзади зимнихъ зданій госпиталя и именно: въ 9 опытѣ 21-го Мая изъ воздуха хирургическаго барака получилось 213 колоній, изъ воздуха барака 1-го терапевтическаго—470, а изъ барака 2-го терапевтическаго—740. Изслѣдованіе воздуха въ этихъ баракахъ произведено было послѣ основательной очистки ихъ и провѣтриванія передъ переходомъ въ нихъ больныхъ изъ зимнихъ помѣщеній. Съ занятіемъ этихъ ба-

раковъ больными въ дальнѣйшемъ воздухъ въ нихъ значительно загрязнился, а именно 8-го Августа въ хирургическомъ баракѣ получилась 6,561 колоній, въ 1 терапевтическомъ 22,599, и во 2-мъ терапевтическомъ—7,290 колоній.

Тѣмъ не менѣе даже въ концѣ лагернаго времени въ баракахъ госпиталя воздухъ оказался въ нѣсколько кратъ чище въ бактеріальномъ отношеніи, чѣмъ въ палатахъ зимнихъ помѣщеній: напримѣръ, въ баракѣ 1-го терапевтическаго отдѣленія 8-го Августа (опытъ 10-й) воздухъ содержалъ въ 32 раза меньше колоній микробовъ, чѣмъ воздухъ въ палатѣ 1-го терапевтическаго отдѣленія въ зимнемъ помѣщеніи 28-го Апрѣля (опытъ 3-й).

Въ заключеніе постоянного изслѣдованія позволяю себѣ сказать, что если бы въ Казани было достаточное водоснабженіе, т. е. если бы хватало воды для поливки улицъ въ достаточной мѣрѣ, то воздухъ улицъ не загрязнился бы до такой чрезвычайной степени, какъ это показало настоящее мое изслѣдованіе.

Выше сказано, что въ моихъ опытахъ получались почти одни только непатогенные микробы, но установлено, что при нѣкоторыхъ условіяхъ (Vincent, Ann. de l'Institut. Pasteur 1898 № 11) и непатогенные виды становятся патогенными, почему и нельзя признавать воздухъ, содержащій въ изобиліи микробы, безвреднымъ; кромѣ этого, какъ извѣстно, при ростѣ микробовъ развиваются вредные газы—углекислота, сѣроводородъ, амміакъ и т. под. газы. вредные для дыханія людей.

Т А Б

Мѣсяцъ.	Числа.	№№ Опытовъ.	ВОЗДУХЪ ВЪ ЗДАНІЯХЪ КАЗАНСКАГО ВОЕННАГО					
			Передъ фронтъ зданій го- спиталей.	Въ 1-мъ терапевти- ч. отдѣ- леніи.	Въ 2-мъ терапевти- ч. отдѣ- леніи.	Въ глазномъ отдѣленіи	Въ венери- ч. отдѣ- леніи	Въ вараномъ отдѣле- ніи.
А П Р Ъ Л Ъ	8	1	87,480					
	24	2	104,247					
	28	3	262,440	737,748	562,783			
М А	4	4		234,009		229,635	374,248	
	8	5		80,919	22,599			32,805
	12	6	2,154,019		98,415			918,540
	17	7	1,109,350					
	19	8		109,350	65,610			
	21	9						
А В Г У С Т Ъ.	8	10						
	11	11	524,880					
	26	12	99,144	15,850	11,664		80,919	13,214
	31	13	300,349	49,444	57,210	48,843	94,041	27,119

Л П Ц А.

ГОСПИТАЛЯ И ВЪ БЛИЖАЙШЕЙ ЕГО ОКРУЖНОСТИ.

Въ хирургич. отдѣленіи.	Въ унѣномъ отдѣленіи.	Въ административномъ саду	Въ саду больныхъ.	Въ хирург. баракѣ.	Въ 1-мъ терапевт. баракѣ.	Въ 2-мъ терапевт. баракѣ.	Въ венерическомъ баракѣ.
ческомъ	мѣтрѣ		воздуху.				
143,740	274,960	51,759	182,437				
		65,640					
180,003	128,050		165,612				
		513,675		213	470	740	
		314,928	420,904	6,561	22,599	7,290	
21,917	7,433	56,113	10,935				
49,876	44,213	448,541					

Случай врожденнаго отсутствія почки (*aplasia s. agenesis renis*).

П. Я. Овчинникова.

Односторонняя недостаточность или совершенное отсутствіе почки, встрѣчающіяся въ первомъ случаѣ какъ пріобрѣтенный дефектъ, во второмъ—какъ врожденный порокъ, имѣютъ существенное клиническое, практическое значеніе. Съ практической точки зрѣнія представляется очень опаснымъ заболѣваніе органа при отсутствіи парного ему, такъ какъ въ этомъ случаѣ не можетъ наступить компенсація дефекта. Особенно опасны острые случаи, какъ, напримѣръ, анурія при закупоркѣ мочеточника, острое воспаление, охватывающее органъ *in toto*, травма, вызывающая остановку дѣятельности органа и т. п. На опасность отъ закупорки одного мочеточника камнемъ указываетъ еще Mosler ¹⁾. Въ позднѣйшей литературѣ, описывающей случаи односторонняго отсутствія почки, встрѣчаются указанія на наступленіе полной ануріи вслѣдствіе закупорки мочеточника камнемъ. Въ прѣжніе годы эта анурія кончалась летальнымъ исходомъ вслѣдствіе отсутствія надлежащихъ терапевтическихъ приѣмовъ, между тѣмъ какъ въ настоящее время, съ развитіемъ діагностической техники мочевого аппарата и съ выработкой приѣмовъ леченія, подобные случаи и диагносцируются съ несомнѣнностью путемъ цистоскопіи ²⁾ и под-

¹⁾ Einseitiger Nierendefect. Arch. der Heilkunde 1863.

²⁾ Hutchinsson на симптомъ быстрого наступленія полной ануріи, при отсутствіи заболѣванія пузыря, думаетъ основывать діагностику односторонняго почечнаго дефекта. Suppression of urine as a consequence of renal calculus. The Lancet. 1877 г.

даются лечению. Укажу на два примѣра. Въ случаѣ д-ра Schwenngers'a, относящемся къ 1881 году ¹⁾, хотя и былъ поставленъ прижизненный діагнозъ, но болѣзнь окончилась смертью. Въ случаѣ д-ра Кренса пывѣшного года ²⁾, путемъ цистоскопiи съ убѣдительностью было доказано правостороннее отсутствiе отверстiя мочеточника (а стало быть и почки), а путемъ катетеризацiи лѣваго мочеточника удалось оказать больной радикальную помощь.

Прижизненная діагностика односторонняго отсутствiя почки до сихъ поръ однако крайне рѣдка, и въ большинствѣ случаевъ этотъ порокъ обнаруживается, какъ случайная находка на секціонномъ столѣ. Какъ часто констатируется одностороннее отсутствiе почки, можно судить по слѣдующимъ цифрамъ. У Brown'a, на примѣръ, на 12000 аутопсiй врожденное отсутствiе почки найдено всего въ 3 случаяхъ (стало быть—0,025‰); у Morris'a—въ 2 случаяхъ изъ 8068 вскрытiй (0,0248‰); у Sangalli—нѣсколько чаще (на 5348 секціи 3 случая, то есть 0,056‰). Еще болѣе % даютъ цифры Menzies'a (на 1790—два, то есть 0,111‰) и особенно Koofes'a (1 на 600, то есть 0,166‰) и Ballowitz'a (1 на 617, то есть 0,162‰) ³⁾. Въ русской литературѣ также можно найти кое какiя указанiя по этому вопросу. Такъ, изъ отчетовъ по патолого-анатомическому театру Кронштадтскаго госпиталя за два года (86 и 87) видно, что на 1136 аутопсiй встрѣтилось два случая односторонней агенезiи (то есть 0,176‰) ⁴⁾. Докторъ В. П. Неболюбовъ говоритъ, что „при судебно-медицинскихъ вскрытiяхъ въ Казацкомъ университетѣ (до описанiя встрѣтившагося ему случая) не было отмѣчено ни одного... хотя вскрытiй было болѣе 1000“ ⁵⁾. Профессоръ Романовъ, сообщая результаты патолого-анатомическихъ вскрытiй, произведенныхъ при Томскомъ Университетѣ съ 1880 по 1900 г.г., упоминаетъ объ одномъ случаѣ *agenesiae renis*

¹⁾ Schwengers Anuria completa in Folge von Verschluss des rechten Ureter durch ein Concrement bei vollständigen Mangel einer linker Niere. Berl. Klin. Wochenschr. 1881 г. № 34.

²⁾ Кренсъ. Къ лечению такъ называемый капсулезный анурии. Къ патологiи анурии отраженной. Русскiй врачъ 1903 г. № 18.

³⁾ Цифры упомянутыхъ авторовъ взяти у Ballowitz'a въ его «Ueber angeborenen einseitigen, vollkommenen Nierenmangel» Virch. Arch. Bd. 141.

⁴⁾ М. А. Лукинъ. Отчетъ по анатомическому театру Кронштадтскаго морского госпиталя за 1886 и 1887 г.г. Медицинскiя прибавленiя къ Морскому Сборнику 1887 г. и 1888 г.

⁵⁾ В. П. Неболюбовъ. Случай врожденнаго недостатка одной почки. Дневникъ Общества врачей при Казацкомъ Университетѣ 1890 г. № 4.

sinistri среди 990 вскрытій (0,101% ¹⁾). Что касается нашего патолого-анатомическаго института, то съ 1871 года здѣсь сдѣлано болѣе 3800 вскрытій ²⁾ и среди нихъ врожденное одностороннее отсутствіе почки встрѣтилось всего одинъ разъ. Описание этого случая, съ любезнаго разрѣшенія глубокоуважаемаго учителя проф. П. М. Любимова, я и представляю въ данной замѣткѣ.

21 марта нынѣшняго 1903 года мною вскрытъ трупъ 41 лѣтняго мужчины А. С., поступившій въ патолого-анатомическую часовню съ клиническимъ диагнозомъ: *malaria chronica. t. recurrens* (?). Протоколъ вскрытія:

Наружный осмотръ. Вѣсъ трупъ—94 кіл; ростъ—163 ctm; объемъ груди—81 ctm. Питаніе значительно понижено, тѣлосложеніе правильное, средней степени. Трупное окочевѣніе рѣзко выражено. Посмертная краснота въ видѣ отдѣльныхъ розовато-синеватыхъ пятенъ на отложившихся мѣстахъ сини. Кожа суха, съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Въ правой надглазничной области—ограниченная, возмывающаяся въ видѣ полушара опухоль, величиною въ крупный волочій орѣхъ, мягко эластична, легко подвижна. Лежитъ непосредственно подъ кожнымъ покровомъ. При изодированіи снаружи бѣловато-блестяща; совершенно шаровидна послѣ выдущенія. Въ разрѣзѣ имѣетъ оболочку, толщиной mmtr. 2, плотную, блестящую; центральныя массы грязно желтовато-сѣроватаго цвѣта, мягки, марки.

Полость груди. Положеніе органовъ правильное. Околосердечная сумка содержитъ немного темножелтой прозрачной жидкости. Сердце вѣситъ 320,0 длина его—12 ctm., ширина—11. Венозные отверстія сердца безъ измѣненій—правое пропускаетъ три, лѣвое два пальца, артеріальныя отверстія хорошо держатъ воду. Полудупные клапаны на а. *pulmonalis* безъ измѣненій, аортальные нѣсколько утолщены. Венозные клапаны не измѣнены. Толщина стѣпокъ сердца въ лѣвомъ желудочкѣ 1,1 ctm. въ правомъ 0,3. Мышцы дряблы, малокровны, съ буровато-желтоватымъ оттѣнкомъ. Полости растянуты, содержатъ желтоватыя и темныя кровяныя сгустки. *Endocardium* чисто. Трабекулы и сосковидныя мышцы утолщены въ обоихъ отдѣлахъ сердца. *Chordae tendineae* безъ измѣненій. На внутренней поверхности аорты видны бѣловатыя, узкія, слегка возвышенныя продольно расположенныя полосы.

¹⁾ Извѣстія Императорскаго Томскаго Университета 1902 годъ, кн. 19.

²⁾ Мною насчитано 3874 вскрытій, но за точность цифры не могу поручиться вслѣдствіе нѣкоторыхъ затрудненій при подсчетѣ.

Плевра правой стороны содержит немного темно-желтой прозрачной жидкости. Справа плевральные листки срослись довольно прочно по всей поверхности органа. Бронхиальные лимфатические узлы увеличены. Бронхи содержат слизистую мокроту. Слизистая оболочка бронхов слегка инъецирована, желтоватого цвета. Сосуды легких не изменены. Правое легкое, весомъ въ 700,0, нормальной формы и цвета; эластически мягкой консистенции; по внутреннему вздутому краю истончено. Въ разрывѣ сферовато-красноватого цвета; вздутые участки блондато-сероватой окраски. При давлении даетъ много кровянистой, мутной жидкости. Въ лѣвомъ легкомъ, весомъ въ 500,0, жидкости меньше и меньше вздуты края.—Полость живота. Брюшина не изменена. Брыжжечные лимфатические узлы значительно набухли. Селезенка весомъ 1020,0; длиною 21, шириною—13, толщиной—6 см. Капсула ее напряжена, по мѣстамъ рубцово втянута, срослена съ паріетальной брюшиной и сальникомъ. Паренхима темно-краснаго цвета съ коричневымъ оттенкомъ, даетъ обильный сокъ. Выступая надъ плоскостью разрыва, она отчасти затупшевышаетъ трабекулы. Мальпигіевы тѣльца ясно выступаютъ въ видѣ довольно значительныхъ блондато-бѣловатыхъ образований.—Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго тракта не изменена, въ желудкѣ и 12 перстной кишкѣ она окрашена въ желтоватый цветъ. Въ полости желудка и въ тонкой кишкѣ найдены двѣ аскариды. Вѣсъ печени 1600,0 длина 20 см., ширина правой доли 20, лѣвой 11 см.; толщина правой 7,2, лѣвой—2,0 см. Капсула не изменена, передній край остръ. Паренхима темновато-желтаго цвета, довольно плотна. По мѣстамъ сѣтчатые островки. Дольки слабо обозначаются. Поджелудочная железа измѣнѣній не представляетъ.

При прощупываніи лѣвой почки для опредѣленія мѣста разрыва брюшины, органа не оказалось на обычномъ мѣстѣ. Поиски ниже и выше обычнаго мѣстоположенія почки не дали положительныхъ результатовъ. По осторожномъ отсепаровываніи брюшиннаго покрова въ ретроперитонеальной клетчаткѣ, почти не содержащей жировой ткани, не найдено ни малѣйшаго слѣда органа ни въ видѣ рудимента, ни въ видѣ какихъ либо остатковъ. Вместе съ почкою не оказалось надпочечника и мочеточника. Ниже по обычному направленію послѣдняго не видно и его остатковъ; съ наружной стороны мочевого пузыря не было слѣдовъ впаденія мочеточника, точно также и со стороны слизистой оболочки. Въ мѣстоположеніи лѣвой почки не найдено никакихъ сосудовъ. Правая надпочечная железа нормальнаго цвета, обычной формы, вѣсколю увеличена соответственно величинѣ почки. Послѣдняя занимаетъ нормальное мѣсто, имѣетъ обыкновенную форму и правильная очер-

тадія. Всѣхъ ся=250,0; длина 13 cm, ширина 7, толщина—4. Капсула снимается легко; двѣтъ органа сѣровато-красный; поверхность гладкая, *vv. stellatae* слабо видны по мѣстамъ. Въ разрѣзѣ ширина коркового слоя—0,8—1,0 cm, ширина пирамидъ (количествомъ 9)—1,2—1,5 cm, высота ихъ 1,0—1,1 cm. Длина лоханки 8,5 cm, она соответственно углублена и расширена. Цвѣтъ коркового слоя свѣтло-розовый, слегка мутноватъ. Пирамиды ясно отграничиваются отъ коркового слоя. Кровонаполненіе нормально. *Art. et v. renalis* одиночны на этой сторонѣ ¹⁾.

Testes нормальной величины и консистенціи, одинаковы на обѣихъ сторонахъ. Сѣменные пузырьки—на мѣстѣ съ той и другой стороны. Наружныя половыя части безъ уклоненій, кромѣ тѣхъ, которой узоети *orificii urethrae externi*.

Результаты изслѣдованія: *Hypertrophia musculi cordis. Endocarditis chronica fibrosa ad vv. semil. aortae. Endoaortitis incipiens. Perisplenitis chronica fibrosa adhaesiva. Infiltratio pigmentosa lienis. Splenitis acuta cum hyperplasia pulpaе albae. Hyperplasia nodorum lymphaticorum bronchialium et mesentericalium. Hydrothorax dexter. Pleuritis chronica fibrosa adhaesiva sinistra. Emphysema, oedema pulmonum. Ascarides. Hyperaemia et infiltratio pigmentosa hepatis. Degeneratio adiposa hepatis. Agenesis renis, glandulae suprarenalis et uretheri sinistri. Degeneratio albuminoidea levis renis dextri.*

Отмѣченный въ этомъ протоколѣ порокъ развитія встрѣчается хотя и не часто, но далеко не единично и извѣстенъ былъ уже давно, еще Аристотелю ²⁾. Въ иностранной литературѣ слѣдано уже нѣсколько сводныхъ таблицъ по этому вопросу; изъ нихъ наиболѣе полныя принадлежатъ—*Beumer'у*, относящаяся къ 1878 г., ³⁾ и *Ballowitz'у*, относящаяся къ 1895 году ⁴⁾ и обнимающая собою 213 случаевъ, болѣе или менѣе извѣстныхъ автору. Сюда онъ прибавляетъ еще 25 случаевъ, извѣстныхъ ему изъ цитатъ, но не по оригиналамъ. Статистическія таблица *Ballowitz'a* содержитъ исключительно лишь случаи односторонняго врожденнаго дефекта. Случай такъ называемой подковообразной почки, а также и тѣ, гдѣ имѣлись слѣды органа въ видѣ рудимента

¹⁾ Соответственно консервированный препаратъ этой почки, взятой вмѣстѣ съ мочеточникомъ и мочевымъ пузыремъ, находится въ музеѣ нашего института.

²⁾ *Ballowitz. Op. cit.*

³⁾ *O. Beumer. Ueber Nierendefecte. Virch. Arch. B. 72.*

⁴⁾ *Op. cit.*

мента или остатка послѣ какого либо заболѣванія, авторъ совершенно справедливо исключаетъ, чего не дѣлаетъ Веимеръ. Подобно Веимеру такая неточность должна быть отмѣчена у Еррингера, для котораго присутствіе рудимента не препятствуетъ отнести такіе случаи къ истинной агенезіи почки¹⁾ и Sankott'a, который, слѣдуя Еррингеру, описываетъ представившійся ему случай увеличенія правой почки, при сохранившемся рудиментѣ лѣвой, какъ случай агенезіи²⁾. Анализируя таблицу Ballowitz'a, можно видѣть прежде всего, что односторонній дефектъ почки встрѣчается какъ у уроковъ (ихъ въ статист. Ballowitz'a отмѣчено 13 случаевъ), такъ и является принадлежностью взрослыхъ, развитыхъ субъектовъ. Но оказывается, что у этихъ субъектовъ очень часто наряду съ *agenesia renis* встрѣчаются и другіе дефекты какъ въ мочевой системѣ, такъ и въ близкой съ нею по эмбриональному развитію—половой. Къ сожалѣнію, не во всѣхъ случаяхъ отмѣчено состояніе половой сферы (въ 100 оно не отмѣчено). А тамъ, гдѣ авторъ дѣлаетъ соответствующую отмѣтку, въ большинствѣ случаевъ (въ 73 изъ 103) оказывается присутствіе того или иного дефекта. На ряду съ этимъ во многихъ случаяхъ имѣетъ съ отсутствіемъ почки часто наблюдается (въ 30 случаяхъ) и отсутствіе надпочечника. Наконецъ, въ нѣсколькихъ случаяхъ отмѣчены, можетъ быть, случайно присоединившіяся уродства (полидактилии, *rectus lupinus*, *labium leporinum*, *situs inversus viscerum*.) Во всякомъ случаѣ совпаденія того или иного дефекта съ *agenesia renis* довольно часты. Надо думать на основаніи этого, что послѣдній дефектъ не является чѣмъ либо случайнымъ, а стоитъ, вѣроятно, въ зависимости отъ общей неправильности въ развитіи плода. И весьма возможно, что многіе изъ случаевъ *agenesia renis*, гдѣ ничто, кромѣ этого порока, не бросается въ глаза, тѣмъ не менѣе сопровождаются какимъ нибудь, можетъ быть, просматривнымъ или микроскопически открываемымъ уродствомъ³⁾. Что касается распределенія данныхъ по полу, то оказывается, что большая часть падаетъ на мужской полъ (113) меньшая на женскій (71); остальное число (29) составляютъ уроки съ неопредѣлившимся поломъ и случаи, гдѣ полъ не отмѣченъ. Распределеніе по возрасту въ данномъ случаѣ, конечно, не имѣетъ никакого значенія. Однако важно отмѣтить, что съ одною почкою люди доживаютъ до глубокой старости. Въ 8 случаяхъ отмѣченъ возрастъ свыше 70 лѣтъ.

¹⁾ Ueber Agenesie der Nieren. Prager medicinische Wochenschrift. 1879 г. Цит. по Sankott'у.

²⁾ Ein Fall von Agenesie der linken Niere mit Dystopie des Nierenrudimentes und Communication des cystenartig endigenden Urethters mit der Samenblase. Deutsches Archiv für klinisch. Medic. Bd. 58.

³⁾ Существованіе односторонняго дефекта почки встрѣчается и у животныхъ—собакъ, овецъ, лошадей, свиней, кроликовъ (Botallius, von Horne, Stoss, Weimann, Harisson и др. Цит. по Ballowitz'у и Barth'у).

Интереснѣе всего знать какъ часто отсутствуетъ та или другая почка и насколько часто встрѣчаются различные дефекты въ мочеполовой сферѣ. Оказывается, что въ 117 случаяхъ отсутствуетъ лѣвая почка, въ 88—правая (8 случаевъ—неизвѣстны). Далѣе у авторовъ упоминается:

въ 73 случаяхъ	отсутствіе	только	почки	
" 53	"	"	почки и мочеточника	
" 10	"	"	почки, мочеточника и надпочечника	
" 8	"	"	почки и сосудовъ ея	
" 42	"	"	почки, сосудовъ и мочеточника	
" 11	"	"	почки, сосудовъ, мочеточника и надпочечника	
" 9	"	"	почки и надпочечника	
Изъ сопутствующихъ аномалій и дефектовъ наблюдались:				
Двѣ почечныя артеріи въ 1 случаѣ.				
Одно отверстіе въ мочевомъ пузырьѣ				
			на соответственномъ мѣстѣ	" 67 сл.
Одно отверстіе на среднѣмъ днѣ				
				" 4 "
Два мочеточника и двѣ лоханки				
				" 1 "
Отсутствіе и недоразвитіе яичка, vas. deferentis и другихъ сѣмянныхъ путей				
				" 27 "
Неопущеніе testis въ scrotum				
				" 2 "
Отсутствіе и недоразвитіе отдѣльныхъ половыхъ частей				
				" 6 "
Общее недоразвитіе половыхъ органовъ				
				" 5 "
Hypospadiā				
				" 1 "
Въ частности отсутствіе и недоразвитіе:				
	"	"	матки	" 3 "
	"	"	яичниковъ	" 7 "
	"	"	трубъ и шир. св.	10 "
Uterus unicornis				" 18 "
"	bicornis			" 7 "
"	bifidus			" 1 "
"	didelphus			" 1 "
"	duplex cum vagina duplic.			" 4 "

Таковы наиболѣе интересныя данныя изъ статистики Bal-lowitz'a

Къ этой статистикѣ можно присоединить еще нѣсколько случаевъ. F ö r s t e r въ своемъ „Die Missbildungen des Menschen“¹⁾

¹⁾ Die Missbildungen des Menschen systematisch dargestellt. Iena 1861 г.

описываетъ случай дефекта лѣвой почки въ трупѣ 7—8 мѣсячнаго мертворожденнаго ребенка. Въ этомъ случаѣ надпочечники оказались на мѣстѣ, и отсутствовали вмѣстѣ съ почкою соответствующіе мочеполовые пути. При этомъ правый мочеточникъ уклоняется отъ своего нормальнаго пути влѣво и впадаетъ въ мочевой пузырь слѣва на мѣстѣ отсутствующаго. Справа нѣтъ слѣдовъ впаденія. Мичка оба присутствуютъ.

Въ 1883 году У а л ь к е р ь описалъ случай отсутствія лѣвой почки, надпочечника и мочеточника съ отсутствіемъ отверстія въ мочевомъ пузырьѣ. Этотъ случай, не представляя отклоненій со стороны половой сферы, интересенъ въ томъ отношеніи, что здѣсь имѣется недоразвитіе лѣвой доли печени ¹⁾. Л у к и н ь ²⁾ упоминаетъ о двухъ истрѣтившихся ему случаяхъ односторонняго почечнаго дефекта. Въ одномъ случаѣ отсутствуетъ правая, въ другомъ лѣвая почка, въ обоихъ случаяхъ вмѣстѣ съ мочеточниками. Въ томъ и другомъ случаѣ надпочечникъ соответственной стороны остается на мѣстѣ. О сосудахъ и состояніи половых органовъ не упоминается. Н е б о л ю б о в ь ³⁾ нашелъ отсутствіе правой почки съ расширеніемъ сосудовъ—другой стороны. Справа найденъ рудиментъ мочеточника, отходящій отъ мочевого пузыря въ соответственномъ мѣстѣ (спаружа) въ видѣ заостреннаго вверху, не имѣющаго просвѣта круглаго тяжа длиною въ 1½ вершка. По сливистой пузыри не имѣетъ слѣда впаденія мочеточника. Половые органы нормальны. П о л я к о в ь, упоминаемый у Ballowitz'a среди авторовъ, извѣстныхъ послѣднему по цитатамъ, сообщаетъ ⁴⁾ объ одномъ случаѣ врожденнаго дефекта правой почки, мочеточника и сосудовъ; при этомъ лѣвая а. renal. развѣтвляется тотчасъ по выходѣ изъ аорты. Правого семенного пузырька нѣтъ. Testes не обследованы. Профессоръ Р о м а н о в ь ⁵⁾ среди описаннаго имъ патологоанатомическаго матеріала упоминаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ отсутствовала лѣвая почка вмѣстѣ съ соответственнымъ мочеточникомъ. Въ настоящемъ году Л а в р о в ь ⁶⁾ описалъ врож-

¹⁾ The Lancet. 1883 г. 13 янв. Нореѣ въ Военно-Мед. журн. т. 146. Стр. 18 Журн. Об.

²⁾ Op. cit.

³⁾ Op. cit.

⁴⁾ И. А. Поляковъ. Рѣдкій случай врожденнаго недостатка одной почки. Протоколы Импер. Кав. Мед. Общ. за 1891 г.

⁵⁾ Op. cit.

⁶⁾ О. А. Лавровъ. Случай отсутствія одной почки у больного гнойнымъ гепатитомъ. Врач. Газ. 1903 г. № 2.

ленный дефектъ лѣвой почки. Вместе съ нею не оказалось мочеточника, сосуда, и надпочечника. Въ половыхъ органахъ ненормальности не обнаружено. Въ этомъ же году мною найдено, какъ я уже говорилъ, отсутствіе лѣвой почки вместе съ мочеточникомъ, надпочечникомъ и сосудами безъ нарушенія нормы въ половыхъ органахъ. Изъ упомянутыхъ 9 случаевъ на лѣвую почку падаетъ 6, на правую—3. Въ одномъ случаѣ найдено отсутствіе почки, мочеточника и надпочечника; въ пяти—почки и мочеточника; въ одномъ почки, мочеточника и сосудовъ и въ двухъ—почки, надпочечника, мочеточника и сосудовъ. Дефектъ въ половыхъ органахъ отмѣченъ однажды, въ трехъ случаяхъ вовсе нѣтъ замѣчаний относительно половой сферы. Въ одномъ случаѣ отмѣчено впаденіе присутствующаго мочеточника на мѣстѣ отсутствующаго.

Если отсутствіе почки доставляетъ изслѣдователю только статистическій матеріалъ, то состояніе другой въ этихъ случаяхъ является интереснымъ объектомъ для макро и особенно микроскопическаго изслѣдованія. Что присутствующая почка въ громадномъ большинствѣ случаевъ какъ врожденнаго, такъ и приобретеннаго отсутствія или атрофіи другой является увеличенной, не подлежитъ сомнѣнію. Въ учебникахъ патологической анатоміи и частной патологіи находимъ согласные отвѣты на вопросъ о состояніи почки при агензій другой въ смыслѣ увеличенія присутствующей. Такъ говорятъ Förster¹⁾, Rokitsky²⁾, Риппдлейнъ³⁾, Klebs⁴⁾, Ziegler⁵⁾, Schede⁶⁾, Niemeyer⁷⁾, Цимсень⁸⁾ Эйхгорстъ⁹⁾. Послѣдній различаетъ три формы врожденнаго дефекта: а) дефектъ почки и мочеточника; б) недостатокъ почки и верхняго отдѣла мочеточника и в) рудиментъ почки съ развитымъ мочеточникомъ. Если послѣдняя рубрика должна

¹⁾ Руководство къ изученію патологической анатоміи СПб. 1856 г. Ср. нѣм. выше Die Missbildungen des Menschen. .

²⁾ Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Bd. 3. Wien. 1871 г.

³⁾ Руководство патологической гистологіи. М. 1888 г.

⁴⁾ Klebs. Руководство къ патологической анатоміи. Рус. пер. 1871 г.

⁵⁾ Ziegler. Lehrbuch der Speciel. patholog. Anatomie. 10. Aufl.

⁶⁾ Руководство практической хирургіи. Подъ редакц. Bergmann'a, Bruns'a и Mikulicz'a. Рус. пер. пер. М. 1903 г. т. 3. ч. 2.

⁷⁾ Lehrbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. Bd. 2. Berlin. 1871 г.

⁸⁾ Руководство къ частн. пат. и терап., составл. подъ ред. Цимсена. Харьков. 1879 г. IX. ч. 2.

⁹⁾ Руководство къ частной патологіи и терапін. СПб. 1891 г. т. II.

быть выкинута, потому что, при существующемъ рудиментѣ, дефектъ уже не будетъ полнымъ, то къ первымъ двумъ формамъ слѣдуетъ прибавить еще другія, хотя и рѣдко встрѣчающіяся. Таковы: а) присутствіе обоихъ мочеточниковъ при одной почкѣ; б) дефекты соответственной половины мочевого пузыря. Наконецъ, слѣдуетъ принимать во вниманіе состояніе почечныхъ сосудовъ.

Просматривая статистическія данныя, находимъ, что дѣйствительно увеличеніе почки весьма часто отмѣчается авторами, наблюдавшими односторонній почечный дефектъ. Изъ 213 случаевъ таблицы Ballowitz'a состояніе присутствующей почки въ отношеніи ея величины отмѣчается слѣдующими цифрами:

почка нормальнаго вѣса	45 случаевъ
почка увеличена	116 "
почка уменьшена	7 "

Изъ 9 случаевъ, прибавленныхъ мною, увеличеніе органа отмѣчено въ 8. Насколько значительнымъ бываетъ это увеличеніе, можно видѣть изъ нижеслѣдующей небольшой таблицы:

А в т о р ы .	Вѣсъ почки.	Длина.	Ширина.	Толщина.
Уалькеръ . .	13 унц.	—	—	—
Benner . . .	—	15,0	7,5	4,0
Falk	—	12,0	9,0	2,0
Schwengers . .	440,0	16,0	7,0	6,5
Guttmann . .	215,0	—	—	—
Eckardt . . .	—	15,0	5,5	3,5
	—	12,5	5,5	3,4
	—	11,5	7,0	4,5
Ballowitz . .	—	13,5	7,2	4,0
	—	12,8	6,5	3,7
	—	13,0	7,5	3,2
Лукинъ . . .	—	12,0	6,5	—
	—	12,5	5,4	—
Неболюбовъ .	330,0	—	—	—
Поляковъ . .	225,0	13,0	6,5	4,5
Лавровъ . . .	—	16,0	10,0	—
Мой случай .	250,0	13,0	7,0	4,0 ¹⁾

¹⁾ Нормальный вѣсъ и размѣры почки не вполне одинаково опредѣляются авторами. Напр., по Perl'ю (Anatomische Studien über compensatorische Nieren-

Теоретически интересенъ вопросъ—и онъ возбуждается многими авторами—какимъ образомъ происходитъ увеличеніе органа при отсутствіи другого; есть ли это простое увеличеніе размѣровъ въ отдѣльныхъ составныхъ частяхъ органа и отдѣльныхъ клѣточныхъ элементахъ, или оно совершается путемъ количественнаго увеличенія элементовъ, или, наконецъ, оба эти процесса одновременно играютъ роль въ увеличеніи размѣровъ почки. Иначе: есть ли увеличеніе почки истинная гипертрофія, или это есть гиперплазія, или то и другое вмѣстѣ. Этотъ вопросъ изучался экспериментально и на патолого-анатомическихъ объектахъ въ случаяхъ приобретеннаго и врожденнаго почечнаго дефекта. Поэтому литература вопроса о компенсаторной гипертрофіи естественно распадается на три группы: а) изслѣдованія односторонней почки при агенезіи другой; б) обследованія органа въ случаяхъ приобретеннаго дефекта (атрофія, экстирпация, гидронефрозъ и др.); в) экспериментальныя изслѣдованія, куда входитъ, съ одной стороны, изученіе состоянія почки при экстирпации другой (у новорожденныхъ и взрослыхъ животныхъ) и съ другой—наблюденія надъ измѣненіями въ почечной ткани при односторонней частичной резекціи. И вкратцѣ ¹⁾ сообщу литературныя данныя сначала двухъ послѣднихъ группъ. Къ изслѣдованіямъ почки въ случаяхъ приобретенной недостаточности относятся слѣд. работы. *Perl* ²⁾ на основаніи 9 обследованныхъ случаевъ увеличенной почки, при исключеніи работы другой вследствие гидронефроза (8 случ.) и зернистой атрофіи (1 сл.), приходятъ къ заключенію, что увеличеніе, развившееся вследствие приобретеннаго дефекта, есть истинная гипертрофія. Въ ея развитіи различныя форменныя элементы при-

Hypertrophie. V. Arch. Bd. 56) вѣсъ почки=170,0—180,0, по *Orth* у (Руководство къ пат.-анатом. діагност. Харьк. 1877 г.) и *Schwenkers*'у (*Op. cit.*)=150,0 по *Подбѣльскому* (*Neelsen*. Основы патолого-анатомической техники. Рус. пер., Каз. 1894 г. Прим. ред.)=149,0. Размѣры органа, по первому автору,=12,0—13,5×6,0—6,5×3—3,5; по второму и третьему=11×5×3—4. по четвертому=11,0—12,0×5,0—6,0×3,4—4,5. Упомянутые въ таблицѣ авторы, ранѣе не цитированные, будутъ цитированы ниже.

¹⁾ Подробное изученіе литературы можно найти въ работахъ послѣдняго времени, напр., у *Bartla* (*Ueber die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Nierenwunden und über die Frage des Wiedersatzes von Nierengewebe*. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 45. Nierenbefund nach Nephrotomie. Тамъ-же Bd. 46); *Sacerdotti* (*Ueber die compensatorische Hypertrophie der Nieren*. V. Arch. Bd. 146); *Вознесенскаго* (Къ вопросу о процессахъ регенераціи въ частично резецированной почкѣ СИБ. 1894); *Юрьева* (О компенсаторной гипертрофіи почки СИБ. 1899 г.) и др. выше цитиров. работахъ.

²⁾ *Op. cit.*

немаютъ неодинаковое участіе. Большее, почти исключительное участіе выпадаетъ на долю витыхъ канальцевъ. E s k a r d t ¹⁾), изслѣдовавъ въ 3 случаяхъ увеличенную почку при одностороннемъ гидронефрозѣ, нашелъ увеличеніе размѣровъ какъ гломеруль, такъ и витыхъ канальцевъ. Въ заключительныхъ выводахъ онъ говоритъ, что компенсаторное увеличеніе почки, при приобретенномъ дефектѣ, зависитъ только отъ гипертрофіи. B a r t h ²⁾), имѣя для изслѣдованія экстирпированную почку черезъ 34 дня послѣ сдѣланной палъ нею частичной резекціи (по поводу туберкулеза) не отмѣчаетъ явленія гипертрофіи, а только говоритъ о истрѣбающихся при микроскопическомъ изслѣдованіи картинахъ размноженія эпителія, но лишь для возстановленія разрушеннаго. Последнее изслѣдованіе приближается къ экспериментальнымъ, рядъ которыхъ еще начать въ очень несовершенной формѣ V a l e n t i n'омъ (1839 г.) ³⁾). Болѣе поздніе эксперименты принадлежатъ слѣд. авторамъ. R o s e n s t e i n ⁴⁾), на основаніи 12 чистыхъ, благополучно протекавшихъ опытовъ, находитъ, что компенсаторное увеличеніе почки послѣ односторонней экстирпации „есть главнымъ образомъ увеличеніе вѣса и въ несравненно меньшемъ числѣ увеличеніе объема“. Онъ говоритъ: „при дополнительной гипертрофіи одной почки вслѣдствіе приобретеннаго дефекта другой не наблюдается никакого увеличенія гломеруль и витыхъ канальцевъ коркового слоя. Гипертрофіи въ большинствѣ случаевъ есть повышеніе вѣса и зависить, кромѣ увеличенія содержимаго органа въ кровь-лимфу—мочусодержащихъ частяхъ, и отъ увеличенія плотности (благодаря повышенному питанію) отдѣльныхъ элементовъ. Только въ очень незначительной части (увеличеніе зависитъ) отъ дѣйствительной гипертрофіи эпителія и межуточной ткани“. G u d d e n ⁵⁾) на основаніи микроскопическихъ картинъ и микрометрическихъ измѣреній дѣлаетъ относительно мальпигіевыхъ клубочковъ такое заключеніе, что они въ увеличенной почкѣ имѣютъ увеличенные размѣры. Что же касается витыхъ канальцевъ, то крайнія варіаціи размѣровъ сѣченія ихъ въ нормальной и увеличенной почкѣ заставляютъ его отказаться отъ точныхъ выводовъ. G r a w i t z u n d I s r a e l ⁶⁾),

¹⁾ Ueber die compensatorische Hypertrophie und das physiologische Wachstum der Niere. V. Arch. Bd. 114.

²⁾ Nierenbefund nach Nephrotomie.

³⁾ Цит. по Rosenstein'y.

⁴⁾ Ueber complementäre Hypertrophie der Niere. V. Arch. Bd. 53.

⁵⁾ Ueber der Extirpation der einen Niere und der Testikel beim neugeborenen Kaninchen. V. Arch. Bd. 66.

⁶⁾ Experimentelle Untersuchung über der Zusammenhang zwischen Nierenkrankung und Herzhypertrophie. V. Arch. Bd. 77.

искусственно вызывая явленія сморщенной почки и хроническаго интерстиціального нефрита, а также производя нефротомію, нашли, что компенсаторное увеличеніе остающагося неповрежденнымъ или одиночнымъ органа зависитъ отъ гиперплазіи элементовъ. „Мы доказали, говорятъ авторы, что при устраненіи секретирующей почечной паренхимы, полученномъ все равно путемъ ли сморщиванія, жироваго перерожденія или экстирпаціи, прежде всего наблюдается компенсаторная гиперплазія другой почки, которая у молодыхъ животныхъ совершенно выполняетъ функцію (обѣихъ почекъ)“. Ribbert ¹⁾ путемъ измѣренія получилъ опредѣленные результаты касательно состоянія элементовъ увеличенной почки. Онъ нашелъ, что интерстиціальная ткань остается безъ измѣненій, и что процессъ локализуется исключительно въ железистыхъ частяхъ. Эти послѣдствія въ случаяхъ увеличенія взрослого органа оказываются гипертрофированными. Наоборотъ, компенсаторный ростъ органа молодого является результатомъ не только гипертрофіи, но и гиперплазіи. Изслѣдованія Sacerdotti ²⁾ даютъ ему основаніе для заключенія, сходнаго съ наблюденіемъ Rosenstein'a, что компенсаторная гипертрофія при односторонней нефрактоміи всецѣло или отчасти зависитъ отъ увеличенія мочеобразовательной дѣятельности почечнаго эпителия. Barth, ³⁾ анализируя микроскопическія картины почки послѣ частичной резекціи, высказывается за гипертрофію органа, выражающуюся въ увеличеніи размѣровъ какъ гломеруль, такъ и витыхъ канальцевъ. Вознесенскій ⁴⁾ дѣлалъ эксперименты частичной резекціи почки. При микроскопическихъ изслѣдованіяхъ онъ находилъ въ периферіи резецированнаго участка гипертрофію гломеруль и витыхъ канальцевъ. Наблюденія Lorenz'a ⁵⁾ одинаковы съ Ribbert'омъ. Первый также находилъ гипертрофію эпителия мочевыхъ канальцевъ и сосудистыхъ клубочковъ во взросломъ органѣ и гиперплазію сосудистыхъ клубочковъ у растущихъ животныхъ. Соединительная ткань не гипертрофируется. Юрьевъ ⁶⁾ въ своихъ экспериментахъ нашелъ, что увеличеніе органа въ объемѣ и вѣсѣ наступаетъ очень быстро. Увеличеніе объема зависитъ, главнымъ образомъ, отъ гипертрофіи отдѣльных элементовъ. Кровенаполненію и увеличенію соединительной ткани онъ отводитъ очень скромное участіе. Гиперплазія,

¹⁾ Ueber compensatorische Hypertrophie der Nieren. V. Arch. Bd. 88.

²⁾ Ueber die compensatorische Hypertrophie der Nieren. V. Arch. Bd. 146.

³⁾ Ueber die hystol. Vorgänge...

⁴⁾ Op. cit.

⁵⁾ Ueber compensatorische Hypertrophie der Niere. Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. X. Цит. по Юрьеву.

⁶⁾ Op. cit.

какъ самостоятельный процессъ въ цѣляхъ компенсаціи, отсут-
ствуетъ.

Данныя цитированныхъ авторовъ не предвѣщаютъ, конечно, вопроса о способѣ увеличенія почки при врожденномъ одностороннемъ дефектѣ, тѣмъ болѣе, что какъ измѣненія почки при приобретенной недостаточности или отсутствіи парнаго органа, такъ и экспериментально вызванныя даже у новорожденныхъ животныхъ весьма мало аналогируютъ съ врожденнымъ дефектомъ, какъ результатомъ порока эмбриональнаго развитія. Тѣмъ не менѣе они даютъ извѣстныя указанія. Мы видимъ прежде всего, что большинствомъ авторовъ находитъ гипертрофію элементовъ, другіе гипертрофію вмѣстѣ съ гиперплазіей и только Grawitz и Israel нашли одну гиперплазію. Важно отмѣтить, что въ случаяхъ приобретеннаго дефекта имѣется только гипертрофія. Не менѣе важно то наблюденіе экспериментировавшихъ авторовъ, что гиперплазія встрѣчается только при экспериментахъ на растущихъ животныхъ, тогда какъ взрослые животныя не давали явленій гиперплазіи. Необходимо поставить это въ связь съ тѣмъ фактомъ, установленнымъ Eeckhardtомъ ¹⁾, что, съ окончаніемъ эмбриональнаго роста, количество гломерулъ въ почкахъ остается одинаковымъ, и новыхъ клубочковъ не образуется. Отсюда можно слѣлать такой выводъ что разъ мы имѣемъ дѣло съ врожденнымъ отсутствіемъ почки у взрослого субъекта (окончившаго эмбриональный періодъ жизни), то не можемъ непосредственно констатировать гиперплазіи. Посмотримъ, что говорятъ намъ литературныя данныя. Rokitanский ²⁾ говоритъ что увеличеніе органа при одностороннемъ врожденномъ отсутствіи обдано какъ утолщенію стромы, такъ расширенію мочевыхъ канальцевъ и увеличенію ихъ эпителія. Wagner ³⁾, трактуя о новообразованіи разнаго рода железистой ткани, относительно почекъ говоритъ, что при гипертрофіи ихъ, а равнымъ образомъ и одной изъ нихъ при отсутствіи другой, „вногда очень замѣтное увеличеніе есть слѣдствіе увеличенія эпителиальныхъ кѣлокъ, расширенія сосудовъ и гипертрофіи соединительной ткани“. Увеличеніе количества послѣдней при компенсаторной гипертрофіи признаетъ также Beer ⁴⁾. Stoss ⁵⁾, изслѣдуя почку

¹⁾ Op. cit.

²⁾ Op. cit.

³⁾ Neubildung von Drüsengewebe. Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin. Bd. 103.

⁴⁾ Die Bindesubstanz der menschlichen Niere im gesunden und krankhaften Zustande. Berlin. 1859 r

⁵⁾ Nierendefect beim Schaf. Deutsch. Zeitschr für Thiermedizin und vergleichende Pathologie Bd. 12. Cit. по Barth'y.

овцы при одностороннемъ врожденномъ отсутствіи другой, находятъ гипертрофію мальпигіевыхъ клубочковъ. Мочевые каналы измѣренію не подвергались. Наоборотъ, Falk ¹⁾ на почкѣ человѣка не нашелъ ни увеличенія размѣровъ сосудистыхъ клубочковъ, ни гипертрофіи мочевыхъ канальцевъ. Больше подробныя изслѣдованія съ значительнымъ количествомъ измѣреній принадлежатъ Reumerу, Guttman'у, Eckardt'у и Leichtenstern'у. Прежде чѣмъ сообщать данныя этихъ авторовъ, я приведу небольшую таблицу приблизительныхъ нормальныхъ размѣровъ отдѣльныхъ элементовъ почечной ткани.

Имена авторовъ	Glomer.	Вит. кан.	Генл. петл. ныхъ деск.		Прям. кан.
Учебн. гистол. Завдовск. и Овсян.	200—300 μ .	до 45 μ .	14 μ .	40 μ .	до 300 μ .
Учеб. Гистол Штерг.	150—220	40—60	9—15	23—28	45—200—300
Lehrbuch der Ge- webelehre. Toldt	200—300	45	14	20—26	до 200—300
Ebner. Kölli- ker's Handbuch.	130—220	42—68	9—15	23—28	—
Perl. Op. cit.	145—225	41—58	—	—	45—85—200
Eckardt. Op cit.	189—213	53—59	—	—	—
Leichtenstern. Op. cit.	180—205	49—79	—	—	Корк. сл. 26—47 Пирам. 29—38.

Изъ таблицы видно, что размѣры почечныхъ элементовъ колеблются въ болѣе или менѣе значительныхъ размѣрахъ. Какъ бы ни были однако широки предѣлы колебанія, все же измѣреніемъ нормальныхъ органовъ устанавливается извѣстный максимумъ, выше

¹⁾ Nierendefect, V. Arch. Bd. 88.

котораго размѣры элементовъ должны считаться увеличенными. Должно замѣтить, что максимальная величина гломеруль, указываемая учебниками Лавдовскаго и Toldt'a, слишкомъ велика.

Перехожу къ цифровымъ даннымъ авторовъ. Веннер ¹⁾ нашелъ въ своемъ случаѣ величину гломеруль въ 167,9—269,8 μ . Витые канальцы не превышаютъ максимума, доступнаго имъ въ нормѣ. Интерстиціальная ткань не измѣнена. Размѣры гломеруль для Веннер'а не кажутся увеличенными, и онъ объясняетъ увеличеніе органа гиперплазіей всѣхъ, составляющихъ его образований (auf einer Hyperplasie der sämtlichen die Niere zusammensetzenden Gewebe). Гуттманъ ²⁾ въ одномъ случаѣ нашелъ увеличеніе размѣровъ сосудистыхъ клубочковъ до 342,9 μ . средней величины. Увеличены были и витые канальцы, средній размѣръ которыхъ=76,1 μ . Эти цифры указываютъ несомнѣнно на присутствіе гипертрофіи, но такъ какъ органъ увеличенъ весьма значительно (принадлежить субъекту 15-лѣтняго возраста и вѣсить 215,1), то авторъ думаетъ, что здѣсь помимо гипертрофіи должна быть и гиперплазія. Его второй случай, гдѣ увеличенія размѣровъ не обнаружено, даетъ право говорить объ одной гиперплазіи. Три случая Эскардта ³⁾ подвергнутые имъ измѣренію, обнаружили слѣд. размѣры элементовъ. Мальпигіевы клубочки=205, 251 и 215 μ . Витые канальцы=62 и 73 μ . Все это цифры, не далекія отъ нормы, и потому авторъ признаетъ лишь незначительную гипертрофію элементовъ, а увеличеніе органа объясняетъ главнымъ образомъ гиперплазіей. Микрометрическія цифры Лейхтенстерна ⁴⁾ для гломеруль таковы: минимальный размѣръ 188 μ ., максимальный 402,6, среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений—311,6 μ . Несомнѣнна гипертрофія этихъ элементовъ. Для витыхъ канальцевъ средняя величина оказывается равною 72,9 μ . Такія цифры заставляютъ автора признавать гипертрофію органа. Но несомнѣнно должна существовать и гиперплазія. Необходимо предположить, что разъ органъ одинъ выполняетъ функцію двухъ, то всѣ его должны быть вдвое большимъ, т. е. почка одна должна бы вѣсить 300,0. А такъ какъ всѣ почки=440,0, то стало бы 140,0 должны бы быть отпесены на счетъ гипертрофіи. Однако въ данномъ случаѣ на гипертрофію слѣдуетъ отнести большее количество вѣса, такъ какъ видимо гиперплазія не была достаточною. Это можно установить слѣд. соображеніемъ. Такъ какъ, по слѣдан-

¹⁾ op. cit.

²⁾ Ueber zwei Fälle von congenitalem Mangel der rechten Niere, complicirt mit Anomalien der Genitalorgane. V. Arch. Bd. 92.

³⁾ Op. cit.

⁴⁾ Ueber Nierenhypertrophie. Berlin. klinisch. Wochenschr. 1881 г. 34 и 35.

ному вычисленію, размеры гломерулъ и витыхъ канальцевъ относятся къ нормальнымъ, какъ 10:6, то при этой гипертрофіи и при полной гиперплазии органъ вѣсилъ бы не 440,0, а по уравненію $500 : x = 6 : 10 = 500,0$. Стало бытъ, недостатокъ въ 60,0 и долженъ бытъ отнесенъ на счетъ недостатка гиперплазии. Такъ и всегда должно бытъ, по мнѣнію автора. Разъ при развитіи почки оказалось въ ней элементовъ вдвое болѣе (*sufficiente Hyperplasia*), то не будетъ гипертрофіи, а разъ наблюдается послѣдняя, стало бытъ, въ эмбриональный періодъ гиперплазіи была недостаточной (*insufficiente Hyperplasia*). „Die Hyperplasie der einen vorhandenen Niere ist congenital und hat ihre Ursache in der ersten Anlage der Nieren, die Hypertrophie dagegen gehört dem extrauterinen Leben ab, und ist die Folge der insuffizienten Hyperplasia“.

Изъ полученнаго авторами матеріала слѣдуетъ, что нельзя говорить ни объ одной гипертрофіи, ни объ одной гиперплазии почки при одностороннемъ дефектѣ. Каждый авторъ, находитъ или гипертрофію или иѣтъ, говорятъ и о гиперплазии; при чемъ однако непосредственныхъ доказательствъ се не предъявляютъ, а теоретически выводятъ ее необходимость. И дѣйствительно, необходимо предположить, что въ эмбриональной жизни одиночная почка должна воспринимать въ себя или развивать двойное или по крайней мѣрѣ увеличенное количество ткани. Иначе: гиперплазіи всегда должна существовать. Другой вопросъ—всегда ли она достаточна. Если она недостаточна, присоединяется къ пей гипертрофія, и исследователь констатируетъ послѣднюю. Въ виду этого соображенія, я долженъ заранѣе признать существованіе гиперплазии и для случая, встрѣтившагося мнѣ. Что бы рѣшить вопросъ—есть ли здѣсь и гипертрофія, я пропвелъ рядъ микрометрическихъ измѣреній. Въ нижеслѣдующемъ представляю микроскопическую картину почки обследованнаго случая.

Мальпигіевы клубочки нормальнаго кровенаполненія; по мѣстамъ нѣсколько сморщены, такъ что между клубочкомъ и капсулой остается довольно значительная полость. Боуменова капсула не утолщена. Интерстиціальная ткань не увеличена, безъ измѣненій. Капилляры, лежащіе между витыми канальцами, по мѣстамъ растянуты кровью. Эпителий витыхъ канальцевъ нѣсколько набухъ, зернистъ. Просвѣтъ канальцевъ не великъ. По мѣстамъ внутренніе концы каптокъ нѣсколько распадаются. Ядра вездѣ окрашены отчетливо; по мѣстамъ диффузно красятся. Гейслевскія клетки и прямые канальцы измѣненій не обнаруживаютъ.

Микрометрическія данныя.

Glomeruli. Первый рядъ наблюденій.

Minimum—160, $\times$ 160,0 μ .

Maximum—298,0 $\times$ 249,0 μ .

Среднее —195,0 $\times$ 248,1 μ .

Второй рядъ наблюдений.

Minimum—166,0×166,0

Maximum—192,0×332,0

Среднее —194,8×267,7

Среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений

Minimum—163,0×163,0

Maximum—220,5×315,0

Среднее —194,9×357,9

Tubuli contorti. Первый рядъ наблюдений

Minimum—42,22

Maximum—88,45

Среднее —71,81

Второй рядъ наблюдений

Minimum—49,95

Maximum—80,75

Среднее —61,75

Среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений

Minimum—46,08

Maximum—84,6

Среднее —66,78

Генлевскія петли

а) нисходящая часть.

Первый рядъ наблюдений

Minimum—5,75

Maximum—19,25

Среднее —10,2

Второй рядъ наблюдений

Minimum—6,7

Maximum—19,25

Среднее —14,43

Среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений

Minimum—6,27

Maximum—19,25

Среднее —12,21

в) восходящая часть

Первый рядъ наблюдений

Minimum—15,4

Maximum—30,8

Среднее —22,6

Второй рядъ наблюдений

Minimum—26,95

Maximum—38,4

Средней —32,19

Среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений

Minimum—21,17

Maximum—34,06

Среднее —27,39

Выводные капилляры (наименьшій размѣръ)

Первый рядъ наблюдений

Minimum—26,95

Maximum—57,65

Среднее —41,72

Второй рядъ наблюдений

Minimum—38,4

Maximum—80,75

Среднее —54,05

Среднее изъ двухъ рядовъ наблюдений

Minimum—32,67

Maximum—69,7

Среднее —47,88

Сопоставляя эти цифры съ нормальными размѣрами почечныхъ элементовъ, находимъ, что въ нашемъ случаѣ имѣется дов. значительное увеличеніе мальпигіевыхъ клубочковъ, менѣе значительное витыхъ капилляровъ и слабое въ генлевскихъ петляхъ. Стало быть, помимо гиперплазій, имѣется въ нашемъ случаѣ и гипертрофія отдѣльныхъ частей почечной ткани.

Въ виду того, что связь между состояніемъ почки и состояніемъ сердца представляется значительной, интересно отмѣтить, въ какомъ видѣ находится сердце въ случаяхъ односторонняго отсут-

ствія почки. Къ сожалѣнію, свѣдѣнія наши въ этомъ отношеніи крайне ограничены. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ авторы не отмѣчаютъ состояніе сердца при одностороннемъ отсутствіи почки. Можетъ быть, это зависитъ отъ того, что сердце не представляетъ измѣненій и потому не вносится въ протоколъ вскрытія; а, быть можетъ, многіе изъ нихъ не ставятъ явленій увеличенія сердца въ непосредственную зависимость отъ состоянія почки. Rokitsky ¹⁾ среди описываемыхъ имъ 5 случаевъ односторонняго отсутствія почки отмѣчаетъ только въ одномъ случаѣ дилатацию сердца. Storch ²⁾ въ описанномъ имъ случаѣ указываетъ, что „стѣнка лѣваго сердца была сильно гипертрофирована“. Существовали ли въ этихъ случаяхъ для гипертрофіи сердца какія либо причины въ другихъ органахъ—неизвѣстно. Наоборотъ, Stiller, ³⁾ описывая встрѣтившійся ему случай врожденнаго отсутствія одной почки, обращаетъ вниманіе на увеличеніе стѣнки лѣваго желудочка (до 1,2 дюйма) и не найдя въ другихъ органахъ ничего, что могло бы служить причиною гипертрофіи, относитъ послѣднюю на счетъ обнаруженнаго почечнаго дефекта. Въ статистической таблицѣ Ballowitz'a еще у трехъ авторовъ есть отмѣтки относительно гипертрофіи лѣваго сердца; при чемъ въ одномъ изъ нихъ констатированъ вмѣстѣ хроническій паренхиматозный нефритъ. Также и въ случаѣ Полякова, хотя сердце и найдено нѣсколько увеличеннымъ, но вмѣстѣ отмѣченъ острый паренхиматозный нефритъ. Такимъ образомъ, несомнѣннымъ случаевъ гипертрофіи сердца при врожденномъ одностороннемъ отсутствіи почки безъ какихъ либо этиологическихъ данныхъ со стороны другихъ органовъ, остается лишь одинъ случай Stiller'a. Что касается моего случая, то состояніе сердца въ немъ таково. Вѣсъ = 320,0. Длина 12, ширина 11 см. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 1,1, праваго 0,3 см. Трабекулы и сосковидныя мышцы представляются утолщенными. Микроскопически мышечные элементы въ большинствѣ очень широки, толсты. Мѣстами встрѣчаются, правда, какъ бы истощенные элементы, но очень мало. Поперечная исчерченность сохранена въ тѣхъ и другихъ. Вездѣ около ядеръ видно довольно значительное скопленіе буроваго-желтаго пигмента. Громадное количество мышечныхъ волоконъ имѣетъ большія округленныя, набухшія, интенсивно красящіяся ядра. Дѣлая микрометрическія измѣренія такого рода мышечныхъ элементовъ, я находилъ слѣдующія цифры. Минимальный діаметръ этихъ

¹⁾ Schmidt's Jahrbücher. Bd. 104.

²⁾ Fälle von Echinococcus in der Leber. Schm. Jahrb. Bd. 122.

³⁾ Zur Pathogenese der Herzhypertrophie. Wiener medicinische Wochenschrift.

волоконъ=6,7 μ , максимальный—19,25 μ . Среднее изъ длиннаго ряда наблюдений=12,29 μ . Что касается атрофическихъ, отдѣльно встрѣчающихся волоконъ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ поперечникъ равняется 2—1,5 μ . Макро и микроскопическія данныя указываютъ на гипертрофію органа. Гдѣ въ данномъ случаѣ причина этого явленія? Состояніе сосудистой системы едва-ли можетъ быть признано за этиологическій моментъ. Кромѣ начального эндортита, здѣсь ничего нельзя было отмѣтить. Состояніе присутствующей почки, гдѣ, кромѣ слабо выраженнаго бѣлковаго перерожденія, не найдено никакихъ измѣненій, не можетъ вызвать столь значительной гипертрофіи. Слабый эндокардитъ на аортальныхъ клапанахъ также едва-ли можетъ считаться причиннымъ моментомъ гипертрофіи. И не настаиваю во что бы то ни стало на объясненіи гипертрофіи сердца въ данномъ случаѣ отсутствіемъ одной почки, но съ другой стороны не вижу данныхъ для его объясненія въ состояніи другихъ органовъ. Какъ бы то ни было, за отсутствіемъ статистическихъ данныхъ, вопросъ о связи односторонней агенезіи почки съ гипертрофіею сердца долженъ пока оставаться открытымъ.—Не даютъ основаній къ неслучайному выводу и экспериментальныя наблюденія, во первыхъ, потому, что экспериментаторами получены различные результаты, а во вторыхъ, въ виду того, что эксперименты этого рода (односторонняя экстирпация почки или односторонняя перевязка почечныхъ сосудовъ, мочеточника) никогда не ставятъ организмъ въ аналогичное положеніе, такъ какъ совершаются надъ развившимся уже организмомъ, хотя бы даже молодымъ. А потому все значеніе ихъ и заслуга должны относиться къ выясненію вопроса о связи измѣненій сердца съ заболѣваніями почекъ, ведущими къ устраненію отъ работы части почечной паренхимы въ организмѣ болѣе или менѣе развитомъ. В е с к т а н н ¹⁾ дѣлалъ опыты перевязки мочеточника и въ 4 мѣсячный срокъ получалъ гипертрофію лѣваго отдѣла сердца. Со h n ²⁾, экспериментировавъ съ перевязкой почечныхъ сосудовъ, гипертрофіи не находилъ. Точно также не констатировалъ гипертрофіи сердца, послѣ экстирпации одной почки, Н а m m o n d ³⁾. Впрочемъ, опыты его имѣютъ мало значенія вслѣдствіе того, что животныя его очень быстро умирали. Но и R o s e n s t e i n ⁴⁾, эксперименты котораго были болѣе удачными, также отвергаетъ развитіе гипертрофіи сердца при односторонней экстирпации почки. G u d d e n ⁵⁾ въ

¹⁾ Schmidt's Jahrbücher. Bd. 106.

²⁾ Klinik der embolischen Gefässenheiten. Цит. по Stiller'y.

³⁾ Ueber Nämie. Schm. Jahrb. Bd. 111

⁴⁾ Op. cit.

⁵⁾ Ibid.

своихъ опытахъ также обращать вниманіе на сердце. Онъ производилъ тщательное взвѣшиваніе лѣваго желудочка по удаленіи предсердія, но не нашелъ разницы въ вѣсѣ органа нормальныхъ и экспериментировавшихся животныхъ (кроликовъ). Однако онъ думаетъ, что въ его опытахъ вызванное удаленіемъ почки повышеніе кровяного давленія быстро выравнивалось, такъ какъ онъ бралъ животныхъ новорожденныхъ. По его мнѣнію, рѣшающимъ вопросомъ должны быть опыты удаленія почки у взрослыхъ животныхъ. Такого рода опыты принадлежатъ Grawitz'у и Isgrae'ю. Эти авторы экспериментировали надъ новорожденными и взрослыми животными и приходятъ къ такимъ результатамъ. Они говорятъ: „компенсаторная гиперплазія почки... у молодыхъ животныхъ настолько совершенно выполняетъ функцію, что даже при высшей степени сморщиванія одной почки не наступаетъ никакой гипертрофіи сердца. Мы нашли далѣе, что у взрослыхъ животныхъ гиперплазія лѣваго желудочка можетъ имѣть мѣсто при сморщиваніи, жировомъ перерожденіи или экстирпаціи почки въ томъ случаѣ, если не наступаетъ гиперплазіи другой, если нормальный вѣсъ органа, производящаго мочу, не повышается. Компенсация должна быть совершенной, какъ и гиперплазія сердца должна соответствовать недостатку въ вѣсѣ метронутой почки“. Опыты послѣднихъ авторовъ болѣе всего, по моему мнѣнію, имѣютъ значеніе въ затронутомъ вопросѣ. Несомнѣнно что если даже у молодыхъ животныхъ сердце можетъ оставаться нормальнымъ при компенсаціи дефекта другою почкою, то тѣмъ болѣе въ эмбриональномъ состояніи, гдѣ приспособленіе остающейся почки возможно въ болѣе совершенномъ видѣ, сердце легко останется нормальнымъ. Но съ другой стороны, если тѣмъ либо будетъ задержана гиперплазія остающейся почки, тѣмъ же компенсируется недостатокъ? Необходимо предположить, что или организмъ приспособится, къ пониженному выдѣленію продуктовъ обмена, а стало быть и къ повышенному содержанію ихъ въ крови, или такъ или иначе долженъ замѣнить дефектъ служащей этой функціи ткани. Однимъ изъ способовъ—повышенная сердечная дѣятельность, а за нею и гипертрофія центрального органа кровообращенія. Стало бытъ, если основываться на экспериментахъ, то надо сказать, что сердечная гипертрофія въ случаяхъ односторонней агенезіи почки можетъ быть и можетъ отсутствовать.

Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца у человѣка.

(съ 3 рисунками).

Д-ра О. Чарушина.

(Окончаніе).

Случай 19. Прогрессивный параличъ. Узлы лежатъ въ хорошо развитой кѣтчатѣ въ видѣ оваловъ или звѣздъ. Межузловая ткань развита слабо. Сосуды гиперемированы. Кѣтки величиною 0.022 *и* неправильно-овальной формы. Протоплазма зерниста, съ розовато-желтымъ оттѣнкомъ; попадаются кѣтки въ видѣ камневидныхъ неправильныхъ зернистыхъ массъ. Ядра не во всѣхъ кѣткахъ замѣчны, нѣкоторые съ свѣтлымъ ободкомъ.

Случай 20. Скарлатина. Мальчикъ 3-хъ лѣтъ. При секціи: отекъ легкихъ. Жировое перерожденіе мышцъ сердца. Фолликулярный эптеритъ. Геморрагическій нефритъ. Апазарка. Скарлатинозные эфлоресценціи и шелушеніе. Мышцы сердца отдѣльны, крапчатъ съ желтоватыми жилками. Въ узлѣ рѣзкая гиперемія сосудовъ съ кровоизліяніями. Межузловая ткань сплошь инфильтрирована грануляціонными элементами. Нервные кѣтки затуманены, величиною 0.014 *и*, продолговатой формы съ неясными очертаніями. Протоплазма мутна, ядеръ не видно.

Вотъ тѣ данныя, которыя мы получали въ нервныхъ узлахъ при обыкновенныхъ способахъ изслѣдованія. Эти методы показали намъ не мало измѣненій и дали намъ возможность говорить объ участіи въ процессахъ нервныхъ ганглий, но при всемъ томъ ограничивались поверхностнымъ наблюденіемъ, не затрагивали самой первой кѣтки, не допускали въ глубь ея, вообще не позволяли уловить точкой структуры этого первоисточника нервной дѣятельности (Муравьевъ).

Все это дало новый методъ Nissl'я, видоизмѣненный Lennhossek'омъ, онъ раскрылъ ее, и ученіе о нервной клѣткѣ рѣзко измѣнилось. Строепіе ея сдѣлалось болѣе сложнымъ и характернымъ, а отсюда и измѣненія въ ней стали яснѣе и демонстративнѣе. Обнаружились въ ней особенныя Nissl'евскія тѣльца—хроматофилы, которые своєю величиною, формою, расположеніемъ, количествомъ: увеличеніемъ или уменьшеніемъ, какъ бы таяніемъ, дали возможность группировать нервныя клѣтки и судить о ихъ внутреннемъ состояніи въ томъ или другомъ направленіи. Остаточная же не окрашенная—ахроматическая субстанція служить поводомъ къ дальнѣйшимъ изысканіямъ и видоизмѣненіямъ этого способа. И въ этомъ направленіи уже получились нѣкоторые результаты, такъ при дополнительной окраскѣ эритрозиномъ (способъ Held'a и Birckh—Hirschfeld'a) промежуточная субстанція воспринимаетъ красный цвѣтъ, при окраскѣ Neutralroth'омъ Erlich'a (Rosin'и) она окрашивается въ желтый цвѣтъ и т. д.

По методу Nissl'я уже немало произведено изслѣдованій сердечныхъ ганглий и съ каждымъ днемъ все увеличивается. Изслѣдовалась сердечная нервная клѣтка и въ нормальномъ состояніи или близкомъ къ нему, (Климовъ, Виноградовъ), что было необходимо для правильнаго сужденія объ измѣненіяхъ и служило контролемъ для дальнѣйшихъ изслѣдованій. Нервная клѣтка сердечныхъ узловъ богата хроматофилами, имѣющими видъ зеренъ или неправильныхъ глыбокъ, распредѣляющихся или равномерно, придавая ей тигроидный видъ, или же стягивающихся въ видѣ двухъ поясовъ перинуклеарнаго и периферическаго. Ядро круглой формы, рѣзко очерчено, помѣщается въ центрѣ клѣтки, имѣетъ одно или два ядрышка, лежащихъ одно возлѣ другого, или же отодвинутыхъ къ противоположнымъ полюсамъ. Относится она авторами по типу къ соматохромнымъ и стихохромнымъ, а по строенію сравнивается съ нервными клѣтками спинно-мозговыхъ узловъ, какъ это признавалась и раннѣе.

Однимъ изъ первыхъ по методу Nissl'я изслѣдовались нервныя клѣтки сердечныхъ узловъ Климовымъ въ трехъ случаяхъ дифтеритическихъ параличей сердца и было имъ найдено слѣдующее: Клѣтки нервныхъ узловъ сердца представлялись болѣе или менѣе диффузно окрашенны, что зависѣло отъ дезагрегаціи (Marinesco) хроматофильныхъ зеренъ и расплавленія ихъ хроматиноваго вещества—хроматолиза. Чаще хроматолизъ ограничивался окружностью ядра (перинуклеарный), оставляя периферическій нетронутымъ, а въ видѣ разбухшихъ, не ясно очерченныхъ комочковъ, образующихъ собою замкнутое кольцо или полукольцо. Рѣже наблюдался периферическій хроматолизъ при существованіи перинуклеарнаго пояса

хроматофилей. Ядра обыкновенно диффузно красились, иногда интенсивнѣе протоплазмы, контуры его то были рѣзкіе, то слабо обозначены. Во многихъ клеткахъ встрѣчалось периферическое положеніе ядра. Въ каждомъ ядрѣ находилось одно или два ядрышка, интенсивно принимающихъ синій цвѣтъ. Форма клетокъ была болѣе или менѣе сильно измѣнена, клетка пріобрѣтала полигональную форму съ образованіемъ перипеллюлярныхъ пространствъ. Внутренняя вакуолизациа встрѣчалась крайне рѣдко. Пигментациа не было яв въ одномъ случаѣ. Въ окружающихъ нервныхъ клеткахъ тканей наблюдалось рѣзкое увеличеніе клеточныхъ образований, отчасти лейкоцитовъ, находящихся и въ капсулѣ и въ перипеллюлярномъ пространствѣ, а такъ же и въ самой нервной клеткѣ. Кровеносные сосуды гиперемизированы, и въ одномъ случаѣ автору пришлось наблюдать кровоизліянія съ значительнымъ разрушеніемъ нервныхъ узловъ.

Д-ръ П. П. Порошинъ изслѣдовалъ сердечные ганглии у собаки при отравленіи хлороформомъ и пришелъ къ заключенію, что измѣненія въ нервныхъ клеткахъ сердечныхъ узловъ разлитого характера; при краткихъ усыпленіяхъ частичный хроматолизъ, а при болѣе длительныхъ сильный возлѣднерный хроматолизъ, доходящій почти до полного исчезанія хроматофильнаго вещества, незначительные остатки котораго попадались лишь у крайней зоны нервной клетки.

Основное вещество нервныхъ клетокъ измѣняется и диффузно окрашивается основными анилиновыми красками, края клеточекъ становятся однородными, иногда же съ вакуолизациею. Ядра нервныхъ клеточекъ сердечныхъ узловъ принимали видъ правильныхъ, не рѣзко очерченныхъ оваловъ, или смятыхъ шаровъ. Въ сердечныхъ мышцахъ встрѣчалось бѣловое перерожденіе и некрозъ, а также и разлитая фрагментациа мышечныхъ волоконъ.

Измѣненіе сосудовъ сердца, особенно мелкихъ вѣточекъ и капилляровъ сердечныхъ узловъ, состояло въ геадиновомъ ихъ перерожденіи, почти какъ постоянное явленіе и, какъ результатъ геадиноза сосудистыхъ стѣнокъ, появлялись разлитыя кровоизліянія въ клетчаткѣ перегородки сердца и въ окружности нервныхъ узловъ.

Проф. Н. Ф. Винogradовъ тоже произвелъ изслѣдованія ганглиозныхъ клетокъ сердечныхъ узловъ въ 5 случаяхъ, въ которыхъ вскрытіе труповъ были произведено черезъ 4½—5 и 6 часовъ послѣ смерти. Нервные клетки во всѣхъ пяти случаяхъ врожденнаго сифилиса имѣли хроматофилы значительно болѣе величины, чѣмъ въ нормальныхъ клеткахъ.

Хроматофилы представлялись въ видѣ крупныхъ глыбъ, располагались въ одинъ или два ряда широкимъ кольцомъ у самой

периферіи клѣтки. Между глыбами хромофиловъ въ периферіи клѣтки, а также и ближе къ центру попадались многочисленные, различной величины, правильно круглой формы, вакуоли. Вокругъ ядра и въ среднемъ поясѣ клѣтки находилась мелкозернистая и блѣдно-красная протоплазма безъ всякаго слѣда хромофиловъ. Основное вещество клѣтокъ красилось въ блѣдно-голубой цвѣтъ. Ядра лежали нѣкоторые въ цѣтрѣ клѣтокъ, нѣкоторые экцентрично, гдѣ было наименьшее количество хромофиловъ, имѣли довольно часто до 4-хъ ядрышковъ, лежащихъ въ основномъ однородномъ веществѣ ядра. Приходилось изслѣдователю наблюдать и болѣе рѣзкое перемѣщеніе ядра къ самой периферіи клѣтки, при одновременномъ скучиваніи хромофиловъ въ противоположномъ полюсѣ, придавая своеобразный видъ такой клѣткѣ. Клѣтка состояла изъ двухъ половинъ, одной блѣдно окрашенной и содержащей ядро, другой интенсивно окрашенной отъ скопленія хромофиловъ. Ядра въ этихъ случаяхъ были зазубрены по краю, вблизи контуры ихъ исчезли и на присутствіе ядра указывали только ядрышки.

Попадались клѣтки съ равномерно распредѣленными гранулами и относились къ разряду хромотофильныхъ клѣтокъ Nissl'я. Такимъ образомъ методъ Nissl'я далъ автору въ сердечныхъ узлахъ перинуклеарный хромотолизъ протоплазмы, перемѣщеніе и краевое расположеніе ядра, измѣненія, наблюдаемыя вообще въ нервныхъ клѣткахъ при этомъ способѣ окраски.

Въ запискахъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ докторъ А. Д. Зотовъ 18 Января 1899 докладывалъ объ измѣненіяхъ сердечныхъ узловъ у дѣтей при просовидной бугорчаткѣ, при чемъ докладчикъ пользовался способомъ окраски по Nissl'ю. Авторъ изслѣдовалъ 7 случаевъ и нашелъ въ случаѣ бугорчаточнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ: процитыванія круглыми и веретенообразными элементами остова узла, блѣдную окраску хромотофильнаго вещества въ видѣ мелкой пыли въ однѣхъ клѣткахъ (дезагреганія по Marincesco) или еле замѣтную окраску въ другихъ (хромотолизъ). Въ случаяхъ просовидной бугорчатки онъ наблюдалъ болѣе рѣзкую инфильтрацію, сдавливающую нервныя клѣтки. Форма клѣточекъ была неправильная, опѣ отставали отъ оболочекъ. Ядро лежало у края клѣточекъ, ядрышки были рѣзко видны. Хромотофильное вещество рѣзко красилось. Менѣе рѣзкія измѣненія при туберкулезѣ мозговыхъ оболочекъ докладчикъ объясняетъ не столь продолжительнымъ дѣйствіемъ яда, какъ при просовидной бугорчаткѣ. Допускаетъ также и вліяніе пониженнаго питанія, что видно изъ опытовъ Д-ра Успенскаго надъ животными при голоданіи и еще дѣйствіе высокой температуры, въ чемъ убѣждаютъ опыты Goldscheider'a и Flatau при нагрѣваніемъ животныхъ, Д-ра Сивре и другихъ.

Въ 1901 году Д-ръ В. К. Полѣповъ изслѣдовалъ сердечные узлы при остромъ и хроническомъ отравленіи какаиномъ у животныхъ и нашелъ расширеніе перицеллюлярныхъ пространствъ, бѣловое и жировое перерожденіе, накопленіе пигмента, болѣе или менѣе рѣзкое окрашиваніе основнаго вещества, ясно выраженный хроматолизъ (по способу Nissl'a), чаще разлитаго характера, рѣже периферическій и перинуклеарный и еще рѣже дезагрегацію, являющуюся преобладающимъ измѣненіемъ въ хроническихъ случаяхъ. Последніе давали тѣже самыя измѣненія, но въ болѣе интенсивной формѣ, кромѣ того наблюдались вакуольныя измѣненія, начальный некрозъ первичныхъ элементовъ сердечныхъ узловъ.

Нами изслѣдованіи по способу Nissl'a, видоизмѣненію Lenhossék'омъ, дали слѣдующія измѣненія, а именно:

1-й случай. Патолого-анатомическій діагнозъ: Геморрагическій внутренній пахименингитъ. Бурная атрофія сердца, атерома аорты. Циррозъ верхушки праваго легкаго. Катарральная хроническая пневмонія. Холодный затечный абсцессъ въ ягодичной области. Амфиондъ паренхиматозныхъ органовъ.

Сердечные узлы окружены фиброзою соединительною тканью, проникающею и въ узлы между клѣтками, капсула утолщена. Клѣтки неправильно-овальной формы, атрофированы, въкоторыя изъ нихъ съ пигментомъ. Протоплазма состоитъ изъ синихъ зеренъ (тѣльца Nissl'a), стянутыхъ въ кучка и раздѣленныхъ между собою свѣтлыми промежутками. Зерна не рѣзко очерчены, расплываются и особенно по периферіи клѣтки, гдѣ виденъ свѣтлый прозрачный поясочекъ, но не однородный, а какъ бы пробитый, периферическій хроматолизъ съ вакуолизациею. Большая часть ядеръ расположена эксцентрично, съ однимъ набухшимъ интенсивно окрашеннымъ ядрышкомъ среди блѣдной прозрачной протоплазмы.

2-й случай. Беременность на 2-мъ мѣсяцѣ. Патолого-анатомическій діагнозъ. Окостѣвающая наружный пахименингитъ. Жировое перерожденіе мышцъ сердца. Пигментная инфильтрація селезенки. Субплевральныя геморрагіи. Отекъ легкихъ. Паренхиматозный гастритъ. Жировое перерожденіе почекъ. Маточная беременность. Жировое перерожденіе мышцъ матки. Кисты яичниковъ. Желтуха.

Клѣтка сердечныхъ узловъ съ диффузною окраскою. Ядра затусованы. Форма клѣтокъ неправильная, изуродованная, попадаютъ въ видѣ сапожка. Nissl'евскія тѣльца расплываются, неправильной формы. Попадаютъ клѣтки, протоплазма которыхъ представляется въ видѣ ноздристаго комка съ свѣтлыми крапинками по периферіи. Ядра съ ядрышкомъ лежатъ эксцентрично.

3 й случай. Патолого-анатомическій діагнозъ. Геморрагическій внутренній пахименингитъ. Хроническій эндокардитъ клапановъ аорты.

Мировое перерожденіе мышцъ сердца. Пигментная инфильтрація и мягкое опуханіе селезенки. Паренхиматозное опуханіе печени и почекъ. Послѣродовой дифтеритической эндометритъ.

Нервные клѣтки диффузно окрашены. Масса лейкоцитовъ вокругъ клѣтокъ и въ полости капсулы. Форма нервной клѣтки большею частью въ видѣ овала, попадаются и въ видѣ песочныхъ часовъ, при чемъ ядра или лежатъ въ центрѣ или въ периферіи. Въ клѣткахъ въ видѣ саночки, ядра помѣщаются въ широкой ея части, гдѣ протоплазма является болѣе зернистой, между тѣмъ, какъ истонченная часть—носикъ является болѣе свѣтлымъ, почти прозрачнымъ.

4-й случай. Патолого анатомическій діагнозъ. Бѣловое перерожденіе мышцъ сердца. Правосторонній серозно-фибринозный плевритъ, острая катарральная пневмонія. Отекъ легкихъ. Фолликулярный энтеритъ. Оспенныя пустулы. Трупъ б—го 14 лѣтъ.

Нервные клѣтки сердечныхъ узловъ большія, кругловатой формы, большею частью съ диффузною окраскою, какъ бы набиты зернами, или посыпаны мелкою синею пылью. получаютъ такъ называемыя пикноморфныя клѣтки, по краю нѣсколько зазубренныя. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ по периферіи свѣтлый поясикъ. Зерна Nissl'a, въ видѣ глубокихъ продолговатой формы, расположенны то колечкомъ по периферіи, то стянуты къ центру. Ядро болѣе блѣдно съ набухшимъ ядрышкомъ, лежитъ эксцентрично.

5-й случай. Патолого анатомическій діагнозъ. Бѣловое перерожденіе мышцъ сердца. Пигментная инфильтрація и мягкое опуханіе селезенки. Паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ. Пролежень. Септицемія.

Нервные клѣтки неправильно шаровидной формы съ зернистою, диффузно красящеюся протоплазмою и бурнымъ пигментомъ въ периферіи, уменьшены въ объемѣ. Ядро съ набухшимъ ядрышкомъ лежитъ эксцентрично, довольно близко къ периферіи, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ даже на краю, а въ одной на половину вытолкнуто.

6-й случай. Патолого анатомическій діагнозъ. Бѣловое перерожденіе мышцъ сердца. Правосторонній слищивый плевритъ. Туберкулезъ легкихъ съ кавернами обѣихъ верхушекъ.

Нервные клѣтки представляютъ изъ себя комковидныя образованія, диффузно красящіяся съ затуманиваніемъ ядра. Попадаются клѣтки, протоплазма которыхъ разрѣжена: свѣтлые участки чередуются съ кучками зеренъ. Форма зеренъ въ видѣ глубокихъ. Видимыя ядра лежатъ эксцентрично, одни нѣсколько сдвинуты, другія совсѣмъ на краю, на пути къ выходу изъ клѣтки. Ядрышки большія, набухшія и довольно зернистыя.

7-й случай. Патолого-анатомическій діагнозъ. Атерома аорты и клапановъ ея. Жировое перерожденіе мышцъ сердца. Жировое перерожденіе и пассивная гиперемія съ бурною атрофіею печени. Старческая атрофія почекъ. Ожега I-й и II-й степени лица, тѣла и конечностей. Трупъ 6—аго 84 лѣтъ.

Первыя кѣтки атрофированы, большинство съ диффузною окраскою. Встрѣчаются кѣтки зернистыя. Зерна овальной формы, лежатъ кучками, по периферіи кѣтки расплываются и даютъ периферическій хроматолізъ въ видѣ свѣтлаго ободка. Ядра пахотятся въ периферіи кѣтки.

8-й случай. Патолого-анатомическій діагнозъ. Трупъ младенца 4-хъ дней. Гиперемія твердой и мягкой мозговой оболочки и сѣраго вещества мозга. Мочекислые инфаркты почекъ.

Первыя кѣтки сердечнаго узла представляются въ видѣ продолговатыхъ комочковъ. Соединительная ткань остова узла кѣточковаго характера. Капсула ихъ тонка, нѣжна, едва различима и плотно облегаетъ протоплазму кѣтки, цѣсто окрашенную, какъ бы набитую зернами (ликсиморфное состояніе). Ядра различны, лежатъ или эксцентрично или въ центрѣ.

9-й случай. Патолого-анатомическій діагнозъ. Левосторонній серозно-фибринозный плевритъ. Ателектазъ лѣваго легкаго. Отекъ праваго легкаго. Хроническій перитенитъ. Сифилитическій циррозъ печени. Гуммы печени.

Первыя кѣтки сердечныхъ узловъ сильно обезображены, взуродованы, атрофированы, попадаются въ видѣ неправильнаго комка, или наукообразной формы или шаровидной. Въ послѣднихъ протоплазма мутнозерниста, къ периферіи постепенно просвѣтлится и дѣлается безцвѣтною въ видѣ гомогенной массы. Въ слежившихся кѣткахъ протоплазма темно окрашена, состоитъ изъ глыбы однороднаго вещества. Попадаютъ кѣтки съ мельчайшими пылеобразными зернышками. Ядра видны только въ шаровидныхъ кѣткахъ и лежатъ эксцентрично. Въ остоѣ узла развитіе грубо-волокнутой соединительной ткани. Сосуды растянуты и гиперемированы.

Случай 10-й. Патолого-анатомическій діагнозъ: Атерома аорты и сосудовъ основанія мозга. Апейризма основной артерій. Хронической интересстиціональный миокардитъ. Паріетальный и вальвулярный эндокардитъ лѣваго желудочка. Бурная атрофія мышцъ сердца и начинающаяся апейризма верхушки лѣваго желудочка. Крупозная пневмонія въ стадіи сѣраго опечененія нижней доли праваго легкаго. Почечные камни и хроническій интересстиціальныи нефритъ.

Кѣтки сердечныхъ узловъ уменьшены въ объемѣ, нѣжнозернисты, блѣдны, ядра лежатъ эксцентрично и слабо воспринимаетъ окраску. Межузловая ткань грубоволокнистаго характера и инфильтрована круглыми кѣтками. Сосуды гиперемированы.

Случай 11. Патолого-анатомическій діагнозъ: Хроническій фиброзный микордитъ. Бурая атрофія и жировое перерожденіе мышцъ сердца. Атерома аорты. Нервные клѣтки лежатъ довольно близко другъ къ другу. Остовъ узла состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани. Сосуды расширены, соприкасаются съ нервными клѣтками, давятъ въ нихъ, и клѣтка мѣняетъ свою форму, дѣлается угловатою, съ выемками и углубленіями. Просвѣтъ сосудовъ заполненъ форменными элементами крови. Форма клѣтокъ кругловатая или сплюснутая, овальная или грушевидная, по краю съ вдавленіями и выступами. Попадаютъ капсулы съ запусѣвшими полостями и на мѣстѣ клѣтокъ видна соединительная ткань, или въ полостяхъ вмѣются свѣтлые прозрачные комочки. Протоплазма клѣтокъ мутная, зернистая. Ядра лежатъ или эксцентрично, или на краю клѣтки, или совсѣмъ отсутствуютъ, и клѣтка тогда представляется въ видѣ неправильнаго, зернистаго комка. Ядра содержатъ чаще одно или два ядрышка. На нѣкоторыхъ клѣткахъ видно, какъ часть протоплазмы въ видѣ зернистаго серпа, крючка или ободка окружаетъ остальную часть, превратившуюся въ свѣтлую однородную массу на подобіи шаровъ или оваловъ. При окраскѣ по видоизмѣненному способу Nissl'a видны хромотофилы и вакуолярныя образованія въ периферіи клѣтки. Одна изъ такихъ клѣтокъ представлена на рисункѣ. (Reichert Oh. ¹/₂ Ok. 4. 1500).

Видна клѣтка съ ядромъ, находится она въ капсулѣ, которую почти заполняетъ: капсула въ видѣ пѣшней тоненькой полоски окаймляетъ клѣтку. Хромотофилы неравномѣрно разсыпаны по протоплазмѣ, вокругъ ядра болѣе скучены, какъ бы притянуты къ нему, вмѣютъ форму неправильныхъ угловатыхъ глыбокъ, лежащихъ или раздѣльно или скученныхъ въ груды. По мѣрѣ удаленія отъ ядра къ периферіи зернышки дѣлаются все мельче, все разсыпнѣе и въ периферической зонѣ мѣстами совсѣмъ пропадаютъ. Край клѣтки представляется однороднымъ, однороднымъ, единъ замѣтнымъ, не вездѣ одинаковой ширины. Въ периферическомъ поясѣ клѣтокъ замѣтны блѣдноватые, мутные, а нѣкоторые полупрозрачные участки—мѣста, лишенные хромотофильныхъ зеренъ, представляють ахроматическую субстанцію, начинающую воспринимать окраску, уцѣлѣвшіе въ ней хромотофилы сливаются въ мутныя комковидныя массы. Въ мутныхъ, безхромотофильныхъ участкахъ при поворотѣ винта микроскопа выступаютъ лейкоциты, лежащіе на клѣткѣ. Ядро расположено въ периферіи клѣтки, овальной формы, содержитъ почти въ центрѣ интенсивно-окрашенное ядрышко. Между ядрышкомъ и его оболочкою протянуты нѣжныя не рѣзко очерченныя ниточки. Между ними и на нихъ видны блѣдно-окрашенныя точки.

Второй рисунокъ—автоматическій нервный узелъ сердца отъ случая сифилиса внутреннихъ органовъ (случ. 9). Группа нервныхъ кѣлокъ окружена и стянута волокнистою фиброзою съ веретенообразными кѣлками соединительною тканью. Нервные кѣлки интенсивно и диффузно окрашены, вкраплены въ соединительную ткань остова, инфильтрированную круглыми элементами. Форма кѣлокъ довольно неправильная и рѣзко обезображена, въ видѣ угловатыхъ комковъ, глыбъ. Одна кѣлка въ видѣ неправильной звѣздочки съ отростками, тянущимися черезъ перицеллюлярное пространство въ капсулѣ ея. Хроматофилы въ нихъ почти не различимы, лежатъ скученно и тѣсно между собою, сливаясь иногда въ одну общую массу. Ядра съ трудомъ замѣтны, при поворотѣ винта выступаетъ кружокъ, напоминающій ядро. Въ другихъ же кѣлкахъ ядро выступаетъ всего рѣзче, ясно контурировано и вокругъ него зернистыя образования—остатки протоплазмы—которые по мѣрѣ удаленія отъ него все уменьшаются и принимаютъ видъ полупрозрачный, мутной массы, граничащей съ эндотелиемъ капсулы. (R. Ob. 7. Ok. 2. ув. 660).

На рисунокѣ третьемъ мы имѣемъ кѣлки, окрашенные каше-нилью, (ув. 660) отъ случая (10), стенозъ лѣваго венознаго отверстия, гипертрофія желудочка, гвѣздная крупозная пневмонія. Первая кѣлка довольно крупна, овальной формы, имѣетъ эксцентрично расположенное ядро, отдѣлена рѣзко выраженнымъ перицеллюлярнымъ пространствомъ отъ утолщенной фиброзной капсулы. Въ полости ея видны лейкоциты, оставившіе слѣды въ видѣ вдавленій по краямъ кѣлокъ. Протоплазма зерниста. Зернистость нѣжная и равномерно распространена по кѣлкѣ, придавая ей мутный видъ. Ядро круглой формы, содержитъ ядрышко и вокругъ послѣднго рѣзко красящіеся зернышки. Этотъ рисунокъ довольно наглядно выдѣляетъ преимущества способа Nissl'я, ограничиваясь мутностью и запыленіемъ протоплазмы, отмѣняя только болѣе грубыя измѣненія какъ то: большую величину кѣлки, утолщеніе капсулы, присутствіе лейкоцитовъ въ полости.

И такъ изъ литературныхъ данныхъ и нашихъ изслѣдованій измѣненія въ сердечныхъ узлахъ можно свести къ двумъ типамъ: одни наблюдались въ острыхъ случаяхъ, другіе—въ хроническихъ. Въ первыхъ мы имѣемъ различные дегенеративные процессы, начиная съ бѣлаго перерожденія и кончая некрозомъ кѣлки; при чемъ въ остовѣ узла наблюдалась гиперемія, кровоизліянія, инфильтрація лейкоцитами; присоединеніе послѣднихъ измѣненій, свойственныхъ острымъ воспаленіямъ, даетъ намъ возможность смотрѣть на нихъ, какъ на воспалительный процессъ сердечныхъ узловъ (Gangliitis cordialis parenchymatosa) острое сосудисто-грануляціонное воспаление промежуточной соединительной ткани узла Каплевскій). Хро-

матофилы при этомъ подвергались измѣненіямъ, претерпѣвая хроматолизъ дезагрегацію и вакуолизацию, (дифтеритъ, скарлатина). Подобныя измѣненія наблюдали П. Н. Ивановскій при возвратномъ тифѣ, К. Н. Виноградовъ при брюшномъ, Вѣтвинскій, Климовъ при дифтеритѣ и снѣтцемиі, Стома при холерѣ, Кузнецовъ при остромъ эндокардитѣ, Васильевъ при водобоязни и др. Получали парепхиматозныя измѣненія въ клѣткахъ и экспериментально при различныхъ отравленіяхъ, такъ Занчевскій и Подѣновъ при отравленіи кокаиномъ, Коцовскій—минеральными кислотами, Афанасьевъ берголетовою солью, Бочаровъ Н. Порошинъ—хлороформомъ, Шлоссъ—эфиромъ. Королеву удалось вызвать при одной только асфиксіи. Тѣже измѣненія находили и въ случаяхъ смерти отъ отравленій—хлороформомъ (К. Н. Виноградовъ О. П. Колд-жеровичъ, Н. Н. Порошинъ), кокаиномъ (К. Н. Виноградовъ).

Но больше измѣненій и рѣзче выраженныхъ дала намъ вторая группа процессовъ—это случаи хроническіе съ развитіемъ соединительной ткани и съ послѣдующимъ обезображиваніемъ и атрофіей нервныхъ клѣтокъ, утолщеніемъ капсулъ до полного заустѣнія ихъ полостей,—соединительно = тканная гиперплазія по Ott'y. Эти измѣненія присущи хроническимъ продуктивнымъ воспаленіямъ, которыя позволено будетъ назвать *Gangliitis cardialis interstitialis chronica*. Nissl'евскія тѣльца при этомъ испытывали рѣзкія измѣненія, состоящія въ неправильномъ распредѣленіи хроматофиль, ихъ величины, формы, скучиванія, стягиванія въ центръ ядра, то гнѣздыя разбрасыванія по периферіи клѣтки. Въ зернахъ происходило размельченіе, вызывая пылеобразное ихъ состояніе—дезагрегацию, для зерна таяли, расплывались, производя хроматолизъ. Послѣдній бывалъ периферическій и перивульсарный, чаще первый, перѣдко сопровождаея вакуолизацией. Вакуоли, были различной величины и количества, при распространенности клѣтка представлялась, какъ бы пробитой дробью, губчатой. Основное вещество, ахроматическая субстанція, то была безцвѣтна, едва замѣтна, то начинала воспринимать окраску и клѣтка тогда становилась диффузно-окрашенной, гранулы не различались, и все сливалось въ мутную, тусклую массу. Въ случаѣ отъ двухъ-дневнаго владенца клѣтки были довольно мелкія и были насыщены, набиты хроматофилами, находясь въ такъ называемомъ пикноморфномъ состояніи. Большая часть клѣтокъ была съ разлитой окраской, что могло завасѣть отъ наступившихъ болѣе грубыхъ измѣненій, различныхъ дегенеративныхъ процессовъ, конечно не безъ вліянія оставалось и время, протекшее съ момента смерти до момента фиксированія. Болѣе рѣзкія измѣненія хроматофиловъ и клѣтокъ

намъ удалось подмѣтить при хроническихъ заболѣваніяхъ сердца, миокардитахъ и самыхъ рѣзкихъ въ случаяхъ сифилиса внутреннихъ органовъ—въ частности сифилитическаго мікордита.

Измѣненія, полученные при острыхъ случаяхъ—по аналогіи съ другими тканями—напр. мышцами сердца, надо поставить въ связь съ той или другой инфекціей, отъ вліянія которой не свободны и нервныя кѣтки узловъ, или отъ циркулирующихъ ядовъ, токсикозовъ, цитазовъ, которые проникли въ кругъ кровообращенія и дѣйствуютъ на нервныя кѣтки наравнѣ съ мышцами, реагирующими на всякое заболѣваніе организма. Въ случаяхъ же хроническихъ питательныхъ разстройствъ, нарушеній въ сосудистой системѣ, заболѣваній сосудовъ, выступаютъ на первый планъ, отражаются на нервныхъ кѣткахъ и ведутъ къ ея атрофіямъ съ послѣдующимъ замѣщеніемъ соединительною тканью, или, вызывая усиленную продукцию соединительно-тканевыхъ элементовъ, даютъ въ результатъ склерозъ сердечныхъ узловъ, или процессъ захватываетъ сердечныя ганглии по продолженіи *per continuitatem* (Вѣтвинскій); а что промежуточная соединительная ткань остова узла подчинена общимъ свойствамъ, подтверждаютъ случаи цирроза, гдѣ при атрофическомъ она развилась вокругъ узла и вела къ его атрофіи, а при гипертрофическомъ, проникая внутрь между кѣтками, вызывала его увеличеніе. Нервная кѣтка не лишена и изменений прогрессивнаго характера, такъ при гипертрофіяхъ сердца мы могли замѣтить и гипертрофію кѣтки, а въ случаѣ двухъдневнаго младенца она была уменьшена на треть и находилась въ рѣзкомъ пикноморфномъ состояніи, если придавать хроматофиламъ трофическія свойства.

Резюмируя все выше изложенное, мы позволимъ себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Лучшимъ мѣстомъ для объекта изслѣдованій сердечныхъ узловъ служить треугольникъ Академика Н. И. Иванова, а именно, верхняя часть перегородки предсердій на мѣстѣ ея перекреста съ верхнею стѣною предсердій; если представить ихъ на фронтальномъ сѣченіи въ видѣ буквы Т, то точка пересѣченія этихъ линий и будетъ складомъ сердечныхъ нервныхъ узловъ.

2. Въ всѣхъ случаяхъ, изслѣдованныхъ нами, мы сталкивались съ сердечными узлами, претерпѣвшими то или другое измѣненіе.

3. Измѣненія въ гангліяхъ большею частью было хроническаго характера съ развитіемъ соединительной ткани и регрессивными измѣненіями кѣтокъ.

4. Измѣненныя сердечныя узлы свидѣтельствуютъ, что процессы, протекающіе въ организмѣ, кладутъ тогъ или другой отпе-

чатокъ на нихъ; нервныя клітки не безучастны, онѣ реагируютъ такъ или иначе на токсины и яды, циркулирующіе въ крови, онѣ слѣдуютъ за развитіемъ организма и въ частности сердца, такъ съ возрастомъ увеличиваются, изъ пикноморфнаго состоянія переходятъ въ дгуоснорны, гипертрофируются при гипертрофіи сердца, склерозируются при склерозѣ его и сосудовъ.

5. Нервныя клітки сердечныхъ узловъ подобно межпозвоночнымъ, съ которыми имѣютъ сходство по распредѣленію хроматофиловъ и заключенію въ капсулѣ, испытываютъ также частичный или полный хроматоллизъ, перинуклеарный или периферическій, дезагрегацию и вакуолизацию.

6. Дать ту или другую законность измѣненіямъ въ распредѣленіи хроматофиловъ, ихъ хроматоллизъ, на узлахъ, полученныхъ изъ труповъ людей, считать ихъ характернымъ и специфическимъ для той или другой болѣзни, пока еще считаемъ преждевременнымъ и невозможнымъ по малочисленности однородныхъ случаевъ, по сходству измѣненій при различныхъ заболѣваніяхъ и по сложности процессовъ и разнообразію условий, такъ или иначе влияющихъ на нервную, нѣжную и сложеную по строенію клітку.

7. Изъ нашихъ случаевъ мы можемъ допустить, что измѣненія сосудовъ въ видѣ хроническаго ихъ воспаленія играютъ не послѣднюю, если не первую роль въ измѣненіяхъ сердечныхъ узловъ.

8. Встрѣчая почти постоянно сердечные автоматическіе нервныя узлы въ болѣе или меньшей степени въ томъ или другомъ количествѣ измѣненными, мы невольно должны предположить, что нервный импульсъ въ нихъ подорванъ, ослабленъ, что нервная клітка несетъ свою функцію черезъ силу и достаточно еще какого либо незначительнаго внешнего или внутреннего толчка, чтобы нервная клітка отказалась служить, получился параличъ ея и остановка сердечной дѣятельности, достаточно еще одной лишней капли въ переполненную чашу, чтобы полилась жидкость и унесла за собою массу другихъ капель.

9. Методъ Nissl'я повелъ насъ дальше зернистости и паренхиматознаго опуханія, показалъ намъ измѣненія тамъ, гдѣ намъ клітки пресставлялись почти нормальными, расширилъ кругозоръ патологіи нервныхъ клітокъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ положилъ матеріальную основу для нервныхъ заболѣваній сердца и далъ объясненіе въ непредвиденныхъ и загадочныхъ летальныхъ исходахъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1. Пр. Афанасьевъ В. А. О пат. анат. измѣн. въ тканяхъ животнаго организма при отравленіи хлорновато-кислымъ кали. Спб. Дисс. 1885 г.
2. Бондаревъ. Измѣненія автом. нервн. узловъ и мышцъ сердца подъ вліяніемъ алкоголя. Къ вопросу объ алкогольн. параличѣ. Юрьевъ Дисс. 1897 г.
3. Брасловскій. Пат. анат. измѣн. автом. узловъ сердца при сифилисѣ. Дисс. Спб. 1897 г.
4. Бочаровъ. Къ вопросу о причинахъ смерти отъ хлороформа. Кіевъ Дисс. 1893 г.
5. Бутырскій. Пат. анат. измѣн. въ автомат. нервн. узлахъ сердца и пр. при *remphigus foliaceus*. Дисс. Спб. 1847 г.
6. Васильевъ. *Centralblatt f. d. med. Wissenschaft*. 1876 г. № 36. Ueber die Veränd. d. Gehirns u. d. Herzganglien. bei der Lissa.
7. Виноградовъ Ак. К. Н. Измѣненія сердечныхъ узловъ отъ хлороформа. Врачъ 1884 г. №№ 37—40.
8. Овѣ-же. Острое отравленіе кокаиномъ со смертельнымъ исходомъ. Ежемед. вѣстн. газета 1889 г. №№ 21—22. Стр. 379.
9. Овѣ-же. Дневникъ перваго съѣзда Московско-Петербургскаго съѣзда Медицинскаго общества 1888 г. № 8.
10. Виноградовъ Пр. Н. Ф. Мед. Обозрѣніе Сентябрь 1890 г. О пат. анатом. измѣн. въ автом. нервн. узлахъ сердца при врожденномъ сифилисѣ и пр.
11. Вѣтвинскій. О пат. анат. измѣн. въ сердечн. узлахъ человека при дифтеритѣ и септицеміи СПб. Дисс. 1891 г.
12. Гофманъ. Къ патол. анат. сердца при склерозѣ артерій СПб. Дисс. 1891 г.
13. Gollscheider und Flatau *Norm. u. pathol. Anatom. der Nervenzellen* Berlin 1898 г.

14. Halle White Sypp. to the Britch. Med. Journal 12/xi Bra-
in 1890 г., реф. Врачъ 1894 г.
15. Догель Пр. И. М. Сравнительная анатомія, фізіологія
и фармакологія сердца Казань 1895 г.
16. Завчевскій. Къ вопросу о пат. анат. изм. при отравле-
ніи кокаиномъ Спб. Дисс. 1888 г.
17. Зотовъ. Врачъ 1899.
18. Ивановскій Ак. Н. П. Журналъ для норм. и пат. гистол-
логіи 1876 г. Т. X. стр. 93. Къ патол. анатоміи сыпного тифа.
19. Калуджировичъ. Объ измѣн. нервныхъ узловъ сердца
при параличѣ отъ хлороформа. Дѣтская медицина 1896 г. № 3
стр. 237.
20. Кацовскій. Къ вопросу объ изм. нервн. узловъ при од-
номъ отравленіи минер. кислотами (Аз. С. Сол.) Дисс. Спб. 1894 г.
21. Климовъ. Русскій Архивъ 1898 г.
22. Closta Virch. Archiv 1853 г.
23. Коновесичъ. Пат. анат. измѣн. автом. нервныхъ узловъ
сердца при прогрессивн. параличѣ помѣшенныхъ. Дисс. Спб. 1897 г.
24. Коплевскій. Объ измѣн. автом. узловъ сердца при нѣ-
котор. патол. процессахъ въ сердечной мышцѣ. Спб. Дисс. 1881 г.
25. Королевъ. Объ измѣн. нервн. узловъ сердца и пр. при
механическомъ затрудненіи дыханія. Спб. Дисс. 1864 г.
26. Кузнецовъ. Объ измѣненіяхъ сердечныхъ нервныхъ уз-
ловъ при острыхъ и подострыхъ эндокардитахъ. Спб. Дисс. 1883 г.
27. Lancereaux. Gasette medicale 1864 г. p. 432.
28. Lenhossek Der feiuere Bau d. Nervensystems etc. 2 Aufl.
Berlin. 1895 г.
29. Marinesco Pathologie de la cellule nerveuse Paris 1897 г.
30. Натансонъ. Пат. анат. измѣн. автомат. узловъ сердца
при возвратной горячкѣ. Спб. Дисс. 1896 г.
31. Nissl. Neurol Centralblatt 1895 г. №№ 2 и 3., 1896.
№ 1 S. 39., 1896 № 20 S. 947., Fortschritte der Med. 1896. S. 20.
32. Ott A. Zeitschrift f. Heilkunde Bd. IX. 1888 г. S. 271.
Beiträge zur Kenntniss der normal. und. patholog. Verhältnisse der
Ganglion d. mensch. Herzens.
33. Онъ-же Recliner. Klin. Wochenehr. 1889 г. № 13 S 291..
Centralblatt f. Klin. Med. 13/iv 1889 г., реф. Врачъ 1884 г.
№ 15 с. 360.

34. Полегива. Параличъ сердца при склерозѣ вѣнечныхъ артерій, Врачъ 1886 г. № 31—32.

35. Полѣновъ В. К. Къ вопросу о патол. анат. измѣн. въ органахъ при остромъ и хроническ. отравленіи кокаиномъ. Казань Дисс. 1901 г.

36. Порошинъ Н. П. Къ вопросу о пат. анат. измѣн. въ органахъ въ случаѣ смерти отъ хлороформнаго наркоза. Казань Дисс. 1899 г.

37. Путятинъ. О патолог. измѣн. въ автомат. узлахъ сердца. Дисс. 1877 г.

38. Пушкаревъ. Патол. анат. возвратной горячки. Дисс. 1887 г.

39. Remak. Neurol. Ehrhalt. Arch. f. Anat. Physiol. und Wissenschaft Med. von der. Joh. Muller's 1844 г. p. 463.

40. Сковорцевъ. Матеріалы для анатом. и гистологія сердца. Дисс. 1894 г.

41. Стомма. О пат. анат. измѣн. въ сердечныхъ нервныхъ узлахъ и pl. Solaris при холерѣ. Дисс. Спб. 1867 г.

42. Усковъ. Zur pathol. Herznerven Virchow's Archiv. 1883 г.

43. Успенскій. Пат. анат. измѣн. въ некоторыхъ переферическихъ нервныхъ узлахъ при голодавіи и пр. Спб. Дисс. 1896 г.

44. Чаловскій Veri—Veri. Пат. анат. и клин. изслѣд. Спб. Дисс. 1886 г.

45. Шкляревскій. Eöttinger Nachrichten 1872 г. № 21. 462.

46. Шлоссъ. Эфирный варкозъ его вліяніе на автом. нервн. узлы сердца. Дисс. Спб. 1897 г.

47. Eisenchlor Zeitschrift f. Heilkund Heft II и III S. 243—244.

PNC.2.



PNC.1.



PNC.3



Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

P i n t e r b e r g e r указывалъ, что при острой лейкеміи почти постоянно наблюдается некрозъ въ кишечникѣ. Можетъ быть, въ эти мѣста и проникаетъ, производящее острую лейкемію, инфекціонное начало. И въ данномъ случаѣ было валидо пораженіе пищеварительнаго аппарата. Изъ него исходилъ, по мнѣнію E i s h o r s t'a, тромбъ v. portae.

Бактеріологическое изслѣдованіе органовъ и посѣвы не дали положительнаго результата.

Въ селезенкѣ вдоль большихъ артеріальныхъ сосудовъ находится зернистый желтовато-бурый пигментъ. Онъ встрѣчается и въ сосудахъ. Эта находка говоритъ за то, что селезенка за послѣдніе два дня уменьшилась.

Въ печени, гдѣ имѣлся тромбъ вѣтвей v. portae, печеночныя кѣтки периферіи долекъ содержали крупныя капли жира. Другія кѣтки были или сильно желтовато-пимбированы, или мѣстами содержали желтоватыя зернышки. Интерлобулярная ткань была слабо развита. Въ ней вблизи сосудовъ находились мелкіе очаги круглыхъ кѣтокъ.

Въ почкахъ также встрѣчались въ небольшомъ количествѣ мелкіе очаги круглыхъ кѣтокъ. Они располагались или вокругъ мазниевыхъ клубочковъ, или вокругъ крупныхъ сосудовъ на границѣ коркового и мозгового веществъ.

Въ сердцѣ—жировое перерожденіе мышцъ.

Въ костномъ мозгу проф. Ribbert не нашелъ никакихъ измѣненій

Такимъ образомъ это случай чистой селезеночной лейкеміи. Опуханіе железъ брюшной полости стояло въ зависимости отъ тромба v. portae.

Слѣдовательно острая лейкемія можетъ быть или чисто костно-мозговая (Englisch), или чисто селезеночная (Eichhorst); въ большинствѣ случаевъ—смѣшанная.

Nobl¹⁾ въ засѣданіи Вѣнскаго Медицинскаго Клуба сообщилъ о двухъ случаяхъ острой лейкеміи.

I наблюдение. 40 лѣтняя женщина, пользовавшаяся прекраснымъ здоровьемъ, заболѣла какъ бы острою инфекціонною болѣзнію. У нея появилась высокая т°, кровоизліянія въ кожѣ и язвенный стоматитъ. Въ нѣсколько дней произошло сильное гангренозное разрушеніе десенъ, слизистей оболочки шеи и нижней губы.

Къ этимъ явленіямъ присоединились значительная гиперплазія шейныхъ железъ, слабое опуханіе селезенки и печени и очень слабое увеличеніе подмышечныхъ и паховыхъ железъ. Температура тѣла колебалась между 38.5—39.2. Моча была богата мочевою кислотой и содержала много бѣлка. Отношеніе бѣлыхъ кров. шариковъ къ краснымъ=1:20, позидіе какъ 1:10. Черезъ 10 дней послѣ начала заболѣванія наступила быстро смерть. Предъ агоніей т° пала до 37.0. Внезапный летальный исходъ при наличности геморрагическаго діатеза далъ основаніе предположить кровоизліяніе въ головной мозгъ.

При вскрытіи въ головномъ мозгу найдено кровоизліяніе.

Селезенка увеличена въ восемь разъ; поверхность разрыва сѣровато-красная, пульпа набухшая.

Печень также наполовину больше нормальнаго, мягка, въ разрывѣ сѣраго цвѣта; границы долекъ не ясны.

Печень вдвое больше нормы, сѣровато-красны. На поверхности выступаютъ пятны до горошины величины, слегка возвышающіяся. Кортикальный слой вдвое толще нормальнаго.

Пирамиды пронизаны сѣроватыми полосками (лейкемическіе инфильтраты). Костный мозгъ длинныхъ трубчатыхъ костей лимфодныхъ свойствъ.

Въ сосудахъ желтовато-зеленоватые (pyoide) свертки.

II наблюдение. У 30-ти лѣтней женщины заболѣваніе началось геморрагіями, лихорадкой и стоматитомъ и клинически протекало какъ бы подъ видомъ *Morbus maculosus Werlhofii* (кровь представляла лейкемическія свойства). Процессъ тянулся 3 недѣли. Отношеніе бѣлыхъ кр. тѣлецъ къ краснымъ=1:50. Какъ особенность—образованіе довольно большой лимфомы въ правой доли предсуществовавшей thymus.

¹⁾ D-r G. Nobl. Über Symptomatologie der acuten Leukämie. Wiener medic. Presse № 50. 1892. S. 2010. M. Nobl. De la leucémie aiguë. La Semaine médicale. № 61. pl. 492. 1892.

Авторъ считаетъ характернымъ для острой лейкеміи своеобразное заболѣваніе полости рта и геморрагическій діатезъ.

Стоматитъ встрѣчается въ б. ч. случаевъ (70%).—Авторъ считаетъ его за первичное заболѣваніе, обозначающее начало болѣзни.

Кровоизліянія онъ объясняетъ ослабленнымъ питаніемъ сосудистой стѣнки и закупоркой капилляровъ лейкоцитами.

Раннее наступленіе кровоизліяній въ кожѣ, когда другіе признаки лейкеміи еще совершенно не выражены или не ясно развиты, можетъ дать поводъ къ смѣшенію острой лейкеміи съ *Morbus maculosus Werlhofii*. Особенно затруднительно распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, когда *Morbus maculosus Werlhofii* сопровождается опуханіемъ селезенки и даже значительнымъ лейкоцитозомъ.

Самымъ важнымъ признакомъ для отличія служитъ измѣненіе крови. Оно характеризуется значительнымъ увеличеніемъ числа лейкоцитовъ, при уменьшеніи всего количества элементовъ.

Въ короткое время увеличеніе числа лейкоцитовъ и уменьшеніе красн. кров. тѣлецъ создаетъ отношеніе бѣлыхъ кр. тѣлецъ къ краснымъ = 1:10—1:1.

Характернымъ для лейкеміи измѣненіемъ крови Nobl считаетъ увеличеніе числа крупныхъ мононуклеаровъ и ихъ митозы. Послѣдніе онъ находилъ въ различныхъ формахъ вплоть до „*Dia-sterform*“. Эозинофиловымъ клѣткамъ, *Mastzellen* и ядернымъ эритроцитамъ онъ не придаетъ діагностическаго значенія.

Бактеріологическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ.

Д-ръ Zappert ¹⁾ указываетъ, что онъ наблюдалъ случай лейкеміи, въ теченіе котораго наступило уменьшеніе эозинофиловъ съ 3½% на 1%. Одновременно было увеличеніе числа *Ehrlich-Spilling*овскихъ мононуклеаровъ—до 70% всего числа лейкоцитовъ. Отношеніе бѣлыхъ къ красн. кровянымъ тѣльцамъ = 1:1.

При вскрытіи въ костномъ мозгу было аналогичное отношеніе лейкоцитовъ.

Берестневъ ²⁾ приводитъ случай острой лейкеміи изъ клиники проф. Черниова.

Большая Е. Н., дѣвца, 48 лѣтъ, губернантка, происходить изъ здоровой семьи. Родилась слабымъ ребенкомъ, къ 20-ти лѣтнему возрасту окрѣпла и въ по-

¹⁾ Wiener Med. Presse № 50. 1892. S. 2011

²⁾ Берестневъ. Къ учению о лейкеміи. Медицинское Обозрѣніе № 9. 1893. стр. 859.

слѣдующей жизни была совершенно здоровой и бодрой женщиной. За 3 года до поступления въ клинику была оперирована по случаю кисты яичниковъ. Операция и послѣоперационный періодъ протекли совершенно благополучно.

Въ январѣ и февралѣ 1891 года страдала тѣсными болями въ суставахъ указательнаго пальца и пястнаго сочлененія правой руки. Боли эти при соответствующемъ леченіи прошли.

Въ началѣ октября 1891 г. замѣтила, что стала шире въ талии, кромѣ того появились бѣдность, слабость и по временамъ головокруженія. Въ ноябрѣ обнаружилось припуханіе лимфатическихъ железъ въ различныхъ мѣстахъ тѣла.

Кромѣ того перенесла сухой плевритъ въ области нижней половины лѣваго легкаго. Недѣли за двѣ до поступления въ клинику появились кровотеченія изъ носу и влагалища, кровоподтеки на конечностяхъ, сильныя головокруженія и шумъ въ головѣ. Въ такомъ состояніи привезена въ клинику.

При осмотрѣ больной замѣчено, что она очень слаба, предпочитаетъ лежать, такъ какъ сидѣніе или вставаніе съ постели вызываетъ обморокъ. На рукахъ и ногахъ замѣчены 3-хъ вѣжнихъ кровоизліянія, въ 3—5 копѣечную монету, происшедшія безъ видимыхъ причинъ. Больная кашляетъ и выдѣляетъ немного гнойной, смѣшанной съ кровью мокроты. Много лимфатическихъ железъ увеличено, особенно шейныхъ.

Сердечная тупость слѣва заходитъ на три пальца кнаружи за сосковую линію.

Въ нижнихъ частяхъ лѣваго легкаго шумъ тресія плевры.

Исчесъ на два пальца выходитъ по 1. mamillaris изъ за края реберъ, чувствительна при давленіи, гладка.

Селезенка на три пальца не доходить до пупка, верхняя граница по 1. axillaris media на 6 ребрѣ. При давленіи болѣзненная, плотна.

Отношеніе мочевой кислоты къ мочѣ=1:11.8.

Офтальмоскопическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ.

При изслѣдованіи крови получено:

Дни.	Красн. тѣльца.	Бѣлыя.	Отношеніе.	Гемоглобинъ
2/хп	3.100.000	270.000	1:11.6	70%
4/хп	3.000.000	290.000	1:11.1	50%
7/хп	2.700.000	255.000	1:8.7	45%
9/хп	2.650.000	257.000	1:10	40%
11/хп	2.570.000	241.000	1:10.8	36%
17/хп	1.400.000	135.000	1:10	25%
26/хп	430.000	60.000	1:7	15%

Въ мазкахъ крови встрѣчаются преимущественно большіе и малые лимфоциты, нейтрофиловъ мало—въ полѣ зрѣнія 1—2, а то часто и не одного; чаще

вонадаются переходныя формы. Эозинофилы и ядросодержащія красныя кровяныя тѣльца встрѣчаются крайне рѣдко.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ t^0 была нормальная. 9/xi по всему тѣлу высипала розрига haemorrhagica.

27 Декабря больная выписалась, не смотря на всё доводы противъ выхода. Вечеромъ у себя на дому пациентка скончалась.

Вскрытія не было.

Ambros¹⁾ указывая на рѣдкость случаевъ острой лейкеміи, важное значеніе точнаго и ранняго распознаванія болѣзни, что достижимо только при знакомствѣ съ возможно большимъ числомъ случаевъ этой болѣзни, приводитъ слѣдующее наблюденіе.

H. S., 26 лѣтъ, землемеръ (Katastergeometer), въ раннемъ дѣтствѣ страдалъ частыми и упорными носовыми кровотечениями. За 2 года до настоящаго заболѣванія имѣлъ инфлюэнцію. Вообще всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ.

Дѣтъ недѣли тому назадъ, работая въ Augsburg'ѣ, по его выраженію, въ «лихорадочномъ гнѣздѣ» (richtiges Sumpffneis) почувствовалъ тяжесть, утомленіе во всѣхъ членахъ, головную боль, головокруженіе и ослабленіе зрѣнія. Одновременно съ этимъ наступили почти ежедневныя носовыя кровотечения, длившіяся по часу и притомъ изъ обѣихъ ноздрей.

Въ это же время опухли десны, стали легко кровоточить. Больной ощущалъ какъ бы губку во рту. Появились кровотечения изъ язва.

Весь этотъ симптомокомплексъ былъ признанъ за скорбутъ, отъ котораго и начали курировать больного. Черезъ 10 дней отъ начала болѣзни у больного явилась повышенная t^0 . Жару однако не предшествовалъ ознобъ. По вечерамъ больной часто имѣлъ испарину. За 2 дня до появленія повышенной t^0 , больной замѣтилъ, соотвѣтственно большому трохантору лѣвой стороны, кровоизліянія, величиною съ серебрянный рубль (Thalergröss). Наступила блѣдность, хотя больной всегда жилъ въ хорошихъ условіяхъ. Сифилиса не было. Excess'овъ in basche—то же. Отецъ пациента умеръ 37 лѣтъ отъ неизвѣстной причины (туберкулезъ? лейкемія?), братъ, студентъ, умеръ отъ болѣзни легкихъ (туберкулезъ?), изъ 4 сестеръ три живы, въ дѣтствѣ также страдали носовыми кровотечениями. Мать 60 лѣтъ, здорова.

7 февр. больной поступилъ въ клинику проф. Rosset'a.

При изслѣдованіи больного найдена блѣдность, нѣсколько желтоватая кожа; отсутствіе петехій. Слиз. об. десны блѣдны; сосочки припухли, мало чувствительны, но часто произвольно кровоточатъ. Подчелюстныя, шейныя, локтевыя и паховыя железы припухли, не болѣзненны. Давленіе на средину грудины

¹⁾ J. Ambros Ein seltener Fall von Leukämia acuta. Jnaug. Diss. München 1898.

болѣзненно. Въ легкихъ и сердцахъ измѣненій нѣтъ. Дыханій 24—26; пульсъ 92 1^{1/2}. Печень соответственно 1. mamillaris выдается на 1 попереч. палецъ изъ-за края реберной дуги.

Селезенка увеличена, но не прощупывается; судя по даннымъ перкуссии она должна быть длиною 20 см. и шириной 9 см. Количество мочи, по видимому уменьшено. Удѣл. вѣсъ 1020; реакція кислая; не содержитъ ни бѣлка, ни сахара ни желчныхъ пигментовъ.

При изслѣдованіи крови найдено уменьшеніе числа красныхъ кров. тѣлецъ и значительное увеличеніе бѣлыхъ.

Въ первые четыре дня пребыванія т^о по утрамъ была 37.4;—37.6, а по вечерамъ 37.9—38.6. Селезенку уже можно прощупать.

Счетъ лейкоцитовъ произведенъ 12 февраля. Красн. кров. тѣлецъ насчитано 2.437.500, бѣлыхъ 175.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1:13.5. На мазкахъ окрашенныхъ гематоксилиномъ-эозиномъ найдены: ядерные эритроциты, преобладающіе числомъ одноядерные лейкоциты, въ меньшемъ количествѣ полинуклеары (характерно для лейкемій), Mastzellen и эозинофилы.

Диагнозъ: Myelo—leuko—lymphat. Leukämie.

Въ послѣдующіе дни 13 и 14 температура начала подниматься съ 37.7—38.5, по вечерамъ она колебалась между 38. 2—40.7.

Пульсъ 92—100. Дыханій 24—32. Кровотеченія изъ десны были ежедневно. Съ 14 и явилась опухоль подчелюстныхъ железъ. Временами больной жаловался на колюще въ области селезенки. Мочи было различное количество: minimum 520 и maximum 1390; уд. вѣсъ при minimum 1021 и при maximum 1017. Моча не содержала ни бѣлка, ни сахара.

15/II. Замѣчено, что селезенка, при лежаніи на спинѣ, доходить до средней линіи тѣла; ея размѣры 33:11. т^о утр. 38.7, веч. 39.5. Пульсъ 100. Дых. 28.

20/II Въ теченіе дня больной имѣлъ два раза стулъ съ примѣсью крови, и также умѣренной степени носовое кровотеченіе. т^о утр. 38.9, веч. 39.6. Пульсъ 112. Дых. 32.

21/II Больной очень слабъ. Подсчетъ крови далъ отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1:6. Количество гемоглобина 41%, противъ нормъ. т^о 38.9—веч. 39.6. Пульсъ 120. Дых. 36.

При постепенномъ паденіи т^о, учащеніи пульса и дыханія больной скончался 21/II.

Вскрытіе 22/II. Кожа блѣдая; на нижнихъ конечностяхъ и половыхъ частяхъ отеки. Слизистыя оболочки чрезвычайно блѣды. Въ полости живота 1/2 литра слегка буроватой серозной жидкости. На серозной оболочкѣ кишечника мелкія кровоизліянія.

Печень выдается изъ за края реберной дуги на ширину ладони; селезенка—на два пальца.

Въ полости плевры обѣихъ сторонъ желтоватая, слабо мутная жидкость.

На плеврѣ мелкія кровоизліянія. Легкія отечны. Бронхіальныя желѣзы опухли; въ нихъ встрѣчаются какъ отложенія извести, такъ и множественныя бѣлые очаги.

Сердце нѣсколько увеличено въ ширину. На перикардіи обѣихъ желудочковъ, а также и на эндокардіи точечныя кровоизліянія. Мускулатура блѣдная, въ правомъ желудочкѣ съ многочисленными пятнами и полосками, въ лѣвомъ— съ темно-красными кровяными точками. Клапаны неизмѣнены.

Печень, вѣсомъ 2500 гр., въ разрѣзѣ нѣсколько неровная, блѣдная или желтовато-красная. Периферіи долекъ расширены.

Селезенка, вѣсомъ 1850 грм., 31:18:20 см.; неравномѣрно мягка; мѣстами желтовато-красна, мѣстами синеовато-красна. На разрѣзѣ неправильные, бѣлые, плотные, желтовато-красные очаги перемежаются съ буровато-красными, мягкими мѣстами. Трабекулы и мальпигіевы тѣльца не ясны.

Слиз. об. тонкихъ кишекъ вблизи V. Pouchinii сильно собрана въ складки, пронизана геморагіями. На сѣроватомъ фонѣ ея фолликулы и пейеровы бляшки выступаютъ очень рѣзко. Въ верхнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ фолликулы очень сильно опухли: они до горошины величиною, темнокрасны, на верхушкѣ изъязвлены и буровато-черны.

Измѣненій col. descendens слабе. Мезентеріальныя желѣзы опухли, величиною съ вишню, на разрѣзѣ зеленовато-желтыя, пронизаны красными точками.

Почки увеличены, пронизаны кровоизліяніями: кромѣ того содержатъ бѣловатые очаги. Кортикальн. слой не утолщенъ, сѣровато-желтый. Въ корковомъ слой правой почки заложены, съ горошину величиной, желтовато-бѣлые очаги, окаймленные краснымъ ободкомъ. Въ лоханкахъ—кровоизліянія.

Патолого-анат. діагнозъ: лейкемія, съ кровоизліяніями во всѣ органы. Общій лимфаденитъ. Хроническій катарръ желудка и лейкомицелная инфильтрація. Лейкемическая инфильтрація кишекъ, съ изъязвленіями въ слои. Опуханіе селезенки съ множественными некротическими участками. Лейкемическая инфильтрація печени и почекъ. Stomatitis. Множественныя кровоизліянія на всѣхъ серозныхъ оболочкахъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. На мѣстахъ некроза селезенки рѣзкій *кагулозисъ*; ткань этихъ участковъ то имѣетъ видъ перекладинъ, то глыбъ, то нѣжноволокнистая. По периферіи очаговъ скопленіе круглыхъ ядѣтокъ.

Въ остальныхъ мѣстахъ соединительно-тканые цуга утолщены, пульпа богата кѣтками. Фолликулы незначительно увеличены. Кѣтки пульпы крупнѣе лимфоцитовъ, б. ч. съ однимъ круглымъ или овальнымъ толстымъ ядромъ.

Кровеносные сосуды какъ внутри, такъ и вѣтъ фолликуловъ наполнены скоп-
пашами лимфоцитовъ. Основа пульпы ретикулярная. Въ пульпѣ видѣнъ пигментъ.

Печень инфильтрирована мелкими одноядерными, темнокрашиваю-
мися ядрами. Между ними нѣкоторые крупнѣе, красятся свѣтлѣе и ясно зер-
нисты, съ ядрышками. Межтучного вещества на многихъ мѣстахъ среди нихъ
не видно. Инфильтраты неправильной формы и неравномерно распределены въ
интерлобулярной соединительной ткани. Внутри долекъ печени очаговъ ин-
фильтраціи нѣтъ, но капилляры переполнены лимфоцитами. Печеночныя клѣтки
не измѣнены.

Въ сосудахъ почекъ, именно между нижними отдѣлами пирамидъ, силь-
ная кругло-клеточковая инфильтрація, которая распространяется и между ка-
нальцами.

Въ корковомъ слое инфильтрація слабѣе, хотя въ периферіи почки она
довольно значительная. Въ остальномъ почка ничего не нормальнаго не представ-
ляетъ. Въ фолликулахъ эпителий очень много мелкихъ клѣтокъ, а также и эпите-
лиодицитовъ.

Ambros указываетъ, что въ этомъ случаѣ, какъ и въ
другихъ, увеличеніе лейкоцитовъ наступило въ послѣднемъ стадіи
лейкемической катексін „Der hohe Grad der Vermehrung der
Leukocyten entspricht fast immer dem letzten Stadium leukämischer
Kachexie“ ¹⁾.

О происхожденіи лимфомъ Ambros присоединяется къ
воззрѣнію Rindfleisch'a и Cohnheim'a, т. е., что это
бѣлыя тѣльца, выселившіяся per diaporesin или per rexin, а не
размножившіяся соединительно-тканые элементы. (Virchow).

Болезнь продолжалась 1 мѣсяць.

Greene ²⁾ наблюдалъ острую лейкемію у беременной.

Женщина, 21 года, primipara, вступила въ бракъ 22 апрѣля 1886 г. Бере-
менность въ серединѣ іюня, сопровождалась сильной vomitus gravidarum. Въ кон-
цѣ августа былъ приступъ перемежной лихорадки. 25 Ноября найдена высокой
степени блѣдность и слабость.

Болезнь страдаетъ кардіалгіей, рвотой, періодическими головными болями,
головокруженіемъ, шумомъ въ ушахъ, упадкомъ остроты зрѣнія, носовыми кре-
вотеченіями, одышкой, наступающей при малѣйшемъ напряженіи. Диагнозъ:

¹⁾ S. 61.

²⁾ Реф. по Kirstein'y. Ein Fall von acuter Leukämie bei einer Schwangeren.
Jnaug. Dissert. Königsberg 1893.

Лейкемія. При изслѣдованіи крови найдено отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:20.

Состояніе больной прогрессиивно ухудшалось. На ногахъ и лицѣ явились отеки. Одышка усилилась и тѣ повысилась. Кромѣ того появились рвота и поносъ, вслѣдствіе которыхъ больная очень ослабѣла. 18 Декабря наступили преждевременные роды. Потеря крови была незначительная. Кровь отличалась сильной блѣдностью.

Больная на другой день послѣ родовъ умерла при явленіяхъ колыася. Клиническая картина болѣзни и свойство крови характеризуютъ острую лейкемію, первые признаки которой обнаружались 25 ноября.

При изслѣдованіи плода лейкемическихъ измѣненій крови не найдено.

Такимъ образомъ острая лейкемія не передается отъ матери плоду во время внутриутробной жизни.—*«die Krankheit von der Mutter auf das Kind während des intrauterinen Lebens nicht übertragen wird».*

Michel-Dansac наблюдалъ въ госпиталѣ Tenon случай острой лейкеміи, имѣвшей чрезвычайно быстрое теченіе.

Больной, 17 лѣтъ, хлѣбонашечъ, очень крѣпкій, внезапно заболѣлъ на работѣ носовымъ кровотеченіемъ. Оно повторилось каждый вечеръ въ теченіи 3-хъ дней подрядъ и было очень обильное. Кровь текла одновременно носомъ и ртомъ.

На третій день болѣзни пациентъ впервые почувствовалъ слабые повторные ознобы, общую слабость и тяжелую неопредѣленную головную боль. Дожась сна, онъ примѣнилъ нѣсколько ярко красныхъ пятнышекъ, разсѣянныхъ по бедрамъ и на туловищѣ.

На слѣдующій день, 14 мая, чувствуя себя хуже и не имѣя возможности остановить носовое кровотеченіе, больной обратился за медицинской помощью въ госпиталь Tenon. Произведена тампонажа носа. Пациентъ былъ оставленъ въ госпиталѣ и поступилъ подъ наблюденіе д-ра **Michel-Dansac**.

Опросъ больного далъ очень мало для діагноза. Выяснилось, что пациентъ никогда не зналъ своихъ родителей. Ни въ дѣтствѣ, ни позже ничѣмъ не болѣлъ. Здоровье у него всегда было превосходное. Жизнь велъ чрезвычайно правильную. Последнія двѣ недѣли страдалъ запоромъ, однако безъ склонности къ поносу. Аппетитъ все время хорошій.

Больной не употреблялъ порченного мяса, а также не пользовался какими либо лѣкарствами: ртутью, копейскимъ бальзамомъ, фосфоромъ и пр.

Количество мочи нормальное; она свѣтлая, безъ осадка.

¹⁾ **A. Michel-Dansac.** Leucocythémie suraigue. La Médecine moderne № 42. 1892. pl. 645.

При осмотрѣ больного на первый взглядъ бросалась свѣтло желтоватая и отчасти землистая окраска лица, туловища и конечностей. Слизистыя оболочки блѣдны и также нѣсколько желтоваты, хотя желтухи нѣтъ. На нижнихъ конечностяхъ и особенно на внутренней поверхности бедеръ очень много кровоизліяній. Они расположены неправильно и различной величины, въ общемъ съ крупную горошину. На внутренней поверхности икры имѣются два большихъ кровоизліянія, длиной 18—20 сант., шириной 2—3 сант., продолговато-овальной формы и расположенныхъ параллельно длинному діаметру конечности. Кромѣ того геморагіи наблюдались на животѣ, на туловищѣ, особенно на боковыхъ частяхъ, на задней части шеи. Не было ихъ только на лицѣ.

Кровоизліянія не выдаются надъ поверхностью кожи, не исчезаютъ при давленіи, не измѣняются при перемѣнѣ больнымъ положенія, не причиняютъ боля. По окраскѣ они представляютъ всѣ степени отъ свѣтло краснаго до красно-бурого. Граница геморагій рѣзкая, хотя иногда и очень неправильная.

Общее состояніе больного тяжелое: полный упадокъ силъ, головныя боли, учащенное и неправильное дыханіе.

Языкъ черноватъ, обложенъ, по краямъ розовый и блѣдный. Слизистая оболочка десенъ, щекъ и глотки желтовато-розовая; на деснахъ и щекахъ она не разрыхлена и не изъязвлена. Дыханіе безъ запаха.

Миндалины и мягкое небо не измѣнены.

Со стороны органовъ пищеваренія нѣтъ уклоненій. Кишечникъ нѣсколько растянутъ газами.

Сердечный толчекъ прощупывается въ 5 межреберномъ промежуткѣ. Тоны сердца неправильны по ритму и силѣ. При выслушиваніи на груди нѣ первый тонъ продолженъ, какъ бы дуящій.

При выслушиваніи сосудовъ шеи также слышенъ нѣсколько рѣзкій шумъ дуновенія, совпадающій съ систолой.

Пульсъ 110, мягкій, неправильный.

Легкія безъ измѣненій.

Печень безболѣзненна при перкуссіи и пальпаціи, выдается на поперечникъ пальца изъ за края реберной дуги, гладкая, нормальной консистенціи.

Селезенка увеличена и не столько въ длину, какъ въ ширину. Ея поперечникъ почти вдвое шире нормальнаго. При перкуссіи и пальпаціи она не чувствительна.

Моча насыщеннаго цвѣта, даетъ обильный осадокъ *café au lait*, содержитъ бѣлокъ.

Въ крови увеличено число лейкоцитовъ; красныя кровяныя тѣльца не увеличены ни въ формѣ, ни въ величинѣ.

Ни въ мазкахъ, ни въ разводахъ микроорганизмовъ не получено.

Больной въ полномъ сознаніи. t° 39°5.

Съ 16—18. Носовыя кровотеченія не повторялись. t° все время повышенная. По утрамъ слабыя ремиссіи. Мочи меньше; характеръ тотъ-же, но бѣлка больше. Число крововзліній увеличилось, особенно на животѣ.

18-го утромъ замѣчено крововзлініе на нижнемъ вѣкѣ.

Общее состояніе сильно ухудшилось. Полный упадокъ силъ. Больной съ трудомъ отвѣчаетъ. Аппетита нѣтъ. Запоръ.

19 Мая. Упадокъ силъ окончательный. На спинѣ пролежень. Сильная головная боль.

Дыханіе съ хрипомъ. Откашливанія нѣтъ. Пульсъ 138. t° 39°2—39°5.

Крововзліній еще больше.

20 Мая. Носовое кровотеченіе возобновилось и продолжалось отъ 5—6 ч. утра. Сопаръ. Въ 1 ч. утр. exitus fatalis. t° передъ смертію была 40°.

Кровь представляла прежніе свойства, т. е. увеличеніе числа лейкоцитовъ. Носовыя на среды были безъ послѣдствій.

Вскрытіе чрезъ 24 часа.

Трупъ блѣдно-желтоватъ. На немъ замѣтно очень много рѣзкихъ пуриуровато-красныхъ пятенъ. Они расположены на внутренней поверхности голени, бедрахъ, на рукахъ, и на груди. Меньшей величины крововзлінія, но очень разсыяныя, на затылкѣ.

На разрѣзѣ кожи выступаетъ желтовато-красная, серозная жидкость изъ разстегнутыхъ петель подкожной клетчатки.

Изъ венъ шеи и изъ подключичной вены при вскрытіи грудины вытекаетъ очень жидкая, свѣтло-розовая кровь.

На паріетальномъ листкѣ сердечной сорочки, именно въ нижнемъ ея отдѣлѣ, очень много разсыяно крововзліній, величиной отъ пресынаго зерна до 50-ти сантимовой монеты.

Поверхность сердца и его края имѣютъ пестрый видъ. На бѣловатомъ фонѣ висцеральнаго листка сердечной сорочки очень много ярко-красныхъ или буроватыхъ пятенъ, здѣсь сливающихся, тамъ обособленныхъ, группирующихся или гнѣздами, или вырисовывающихся въ видѣ точекъ.

Въ миокардіи множественныя геморрагическіе очаги. Они располагаются преимущественно въ наружныхъ слояхъ, а иногда попадаются и въ глубокихъ пластахъ близъ эндокардіа.

Легкія нѣсколько гниеремированы и отечны.

Бронхіальныя лимфатическія железы, а также лимфатическіе узлы средостѣнія не увеличены.

Трунъ, или по меньшей мѣрѣ ея остатокъ плотенъ, усыянъ геморрагіями не гниертрофированъ.

Ни желудка, желудокъ и кишечникъ не измѣнены; ифтъ на геморрагій, ни извъ. Фолликулы не увеличены.

Печень вѣс. 2300 грм., желтовата, плотна; поверхность разрѣза устлана бѣловатыми, звѣздчатыми пятнами, какъ это свойственно классической лейкоцитеміи.

Селезенка вѣс. 780 грм., плотна, блѣдно-розовая. Геморрагій на поверхности разрѣза не замѣтно.

Ни внутреннія, ни наружныя лимфатическія железы не увеличены.

Нервная система безъ измѣненій. Въ мягкой оболочкѣ сосуды растянуты кровью.

Микроскопически изслѣдованы сердце, печень, почки и селезенка.

Сердце. На срѣзѣхъ видно, что мышечные пучки раздвинуты; промежутки заполнены одноядерными лейкоцитами или съ нѣсколькими ядрами. Поперечная исчерченность рѣзка. Лейкоциты располагаются или диффузно, свободно, вдоль небольшихъ артерій или образуютъ настоящіе лейкоцитические инфаркты. Чаще они лежатъ въ капиллярахъ, растягивая ихъ; капилляры кажутся какъ бы инъсцированными лейкоцитами—«*ces capillaires sont très dilatés et complètement injectés par les leucocytes*». Въ болѣе растянутыхъ сосудахъ лейкоциты лежатъ сдвинутыми рядами другъ на другѣ. Возлѣ разрывовъ капилляровъ скопляются лейкоциты и среди нихъ раздѣльно немного красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Нѣкоторыя артеріи среднего размѣра также наполнены лейкоцитами. Иногда послѣдніе видны и въ средней оболочкѣ. Периваскулярные лимфатические сосуды растянуты также лейкоцитами, образуя родъ періартеріальныхъ муфтъ.

Геморрагическіе очаги представляютъ скопленіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ среди раздвинутыхъ и растянутыхъ мышечныхъ пучковъ преимущественно периферіи міокарда. Геморрагическіе очаги пересѣкаются капиллярами; стѣнки ихъ не измѣнены, а просвѣтъ заполненъ лейкоцитами.

Соединительная ткань совершенно не измѣнена.

Всѣ измѣненія носятъ острый, свѣжій характеръ, безъ воспалительной реакціи.

Печень. Ряды клѣтокъ раздвинуты; капилляры наполнены лейкоцитами. Въ периферіи долекъ капилляры какъ бы смѣняются обширными пространствами, занятыми бѣлыми кровяными тѣльцами. Мѣстами эти инфаркты раздѣляютъ дольки другъ отъ друга, образуя родъ перилобулярнаго вѣщника. Интерлобулярныя пространства трудно различимы. V. porta, art. hepatica и желчные протоки болѣею частью замаскированы скопленіями лейкоцитовъ. Лимфатическіе сосуды

также набиты лейкоцитами. Геморрагій въ печени сравнительно мало. Но и тамъ, гдѣ и кровоизліянія, часто не видно красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Неченочные клітки только сдавлены, жирового перерожденія въ нихъ нѣтъ.

Почки. Въ корковомъ слоеѣ измѣненія двойнаго рода.

Первое характеризуется присутствіемъ множественныхъ геморрагическихъ очаговъ среди витыхъ канальцевъ и вѣтвей гилевскихъ петель. Очаги различной формы и величины; разсыпаны неправильно. Красныя кровяныя тѣльца перемѣшаны съ лейкоцитами. Въ окружности геморрагическихъ гнѣздъ очень много сосудовъ закупоренныхъ пробками—эмболами. Просвѣтъ мелкихъ артерій занятъ большими скопленіями бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Крупныя артеріи окружены поясомъ изъ лейкоцитовъ.

Сосуды мальпигіевыхъ клубочковъ сильно растануты, наполнены красными и бѣлыми кровяными тѣльцами. Внутри нѣкоторыхъ клубочковъ кровоизліянія. Бауmannовская капсула не измѣнена.

Промежуточная соединительная ткань безъ слѣдовъ воспалительной реакціи или гиперплазіи. Второй видъ измѣненій состоитъ изъ лимфатическихъ эмболій, расширеній и переполненій капилляровъ и, наконецъ, въ лейкоцитическихъ инфарктахъ.

Лимфатическія эмболіи выражены въ сосудахъ прямыхъ канальцевъ и феррениевыхъ пирамидъ.

Въ такъ называемой почечной долькѣ эмболіи видны лишь въ *vas afferens*, при чемъ наблюдаются то геморрагіи внутри клубочковъ, то стягиваніе ихъ и образованіе кругомъ нихъ широкаго пояса изъ лейкоцитовъ. Последнее впрочемъ рѣдко. Лейкоцитемическіе инфаркты встрѣчаются очень рѣдко. Для нихъ характерна наличность лейкоцитовъ внѣ сосудовъ и гнѣздиня ихъ скопленія. Они встрѣчаются тѣмъ не менѣе въ самихъ клубочкахъ, а также и въ промежуткахъ между витыми канальцами.

Эпителій канальцевъ мѣстами нѣсколько зернистъ. Въ нѣкоторыхъ прямыхъ канальцахъ видны небольшія скопленія лейкоцитовъ.

Сосуды почекъ вообще расширены. Эндотелій капилляровъ не измѣненъ. Лимфатическіе сосуды растянуты лейкоцитами. Мѣстами скопленія настолько велики, что получаютъ рѣзкія расширенія. Наконецъ, встрѣчаются артеріальныя капилляры набитые лейкоцитами (лейкоцитемическія эмболіи).

Селезенка ¹⁾ на препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ или эозиномъ и гематоксилиномъ, представляетъ картину гиперплазіи лимфоидной сл. ткани.

¹⁾ Michel-Dan s a c. Leucocythémie suraigue. Retour des éléments sanguins et de la rate à l'état hematopoiétique embryonnaire. Sarcome suraigu ou cancer primitif du sang. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie № 10. 1893. pl. 116.

Капсула не утолщена. Трабекулы сдавлены гиперплазированной пульпой. Мальпигиевы тѣльца мѣстами увеличены. Сосуды селезенки выстланы лейкоцитами и красными кровяными тѣльцами съ ядрами. Въ селезеночной мякоти нѣтъ ни кровоизліяній, ни воспалительныхъ измѣненій, ни явленій перерожденія.

Въ поствахъ, сдѣланныхъ докторъ Wurtz'emъ, выросъ въ чистомъ видѣ *bacillus coli*. Переносы на животныхъ не дали положительныхъ результатовъ.

Болезнь протекла въ теченіе 6 дней.

Michel-Danp's кровозліянія объясняетъ частью скопленіемъ лейкоцитовъ, частью эмболіями, а частью и измѣненіемъ давленія внутри сосудовъ, вслѣдствіе сдавливанія ихъ извнѣ. Стѣнки же сосудовъ при этомъ не представляютъ ни трофическихъ, ни воспалительныхъ измѣненій, ни вообще какихъ либо разстройствъ структуры, которыя способствовали бы ихъ разрыву.

Онъ различаетъ три формы лейкеміи: 1) хроническую, 2) острую, протекающую отъ 25 дней до 3 мѣсяцевъ и 3) весьма острую (*surtout*), длящуюся болѣе недѣли или 10 дней.

Michel-Danp's характеризуетъ самую быструю форму лейкеміи тѣмъ, что она начинается внезапно, безъ предвѣстниковъ, среди полного здоровья, впрямомъ тяжелыми явленіями, свойственными концу хронической лейкеміи, сопровождается кровоизліяніями (*hemorrhagica purpura surtout*). Кахексія отсутствуетъ совершенно.

Съ перваго же дня діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи изслѣдованія крови.

Теченіе болѣзни сходно съ теченіемъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Разница лишь въ томъ, что нѣтъ ни гастрическихъ, ни катарральныхъ явленій.

Анатомически она характеризуется только увеличеннымъ размноженіемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ геср. лейкоцитовъ. Иногда ихъ такъ много, что они совершенно закупориваютъ сосуды. Инфаркты и послѣдовательные разрывы сосудовъ встрѣчаются во всѣхъ тканяхъ.

Отъ другихъ формъ чрезвычайно острая лейкемія отличается:

- 1) нормальнымъ свойствомъ соединительной ткани;
- 2) отсутствіемъ воспалительной реакціи;
- 3) нормальнымъ состояніемъ трабекулъ селезенки;
- 4) такимъ же состояніемъ стѣнокъ сосудовъ, т. е. отсутствіемъ *peri* и *endoarteriitis*;
- 5) если и имѣется на лицо интоксикація и переполненіе лейкоцитами сосудовъ паренхиматозныхъ органовъ, однако ихъ элементъ

ты не представляют ни явленій перерожденія, воспаленія или гипертрофіи, они совершенно нормальны;

6) лимфатическія железы не увеличены; лимфомъ нѣтъ.

Панан ¹⁾ вскрывалъ случай, протекшій при симптомахъ брюшного тифа. Вскрытіе не дало вначалѣ данныхъ противъ тифа. Но состояніе крови вызвало предположеніе о существованіи острой лейкеміи. Микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе— послѣднее съ отрицательнымъ результатомъ—подтвердили эту догадку.

De n u s ²⁾ описываетъ подъ именемъ purpura haemorrhagica несомнѣнно случай острой лейкеміи. Къ сожалѣнію, референтъ былъ приглашенъ къ больной въ день смерти, и свѣдѣнія отличаются исполнотой.

Больная въ теченіи нѣсколькихъ дней страдала желудочно-кишечнымъ расстройствомъ. 11 января 1891 г. у нея явилось сильное кровотеченіе изъ влагалища. На слѣдующій день показалось по всему тѣлу очень много пятенъ.

Больная была изслѣдована въ первый разъ 13 января въ 10 ч. утра.

При изслѣдованіи все тѣло оказалось усеяннымъ темнокрасными пятнами, отъ булавочной головки до 5-ти сантиметровой монеты. Нѣкоторыя кровоподтеки настолько малы, что ихъ едва можно разглядѣть. На лицѣ, шеѣ, рукахъ ихъ немного. Особенно они многочисленны на груди, животѣ, и на передней и внутренней поверхностяхъ бедеръ, на локтевыхъ сгибахъ и на ногахъ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ насчитывалось до 25 кровоподтековъ на 1 квадратномъ сантиметрѣ.

При изслѣдованіи крови De n u s напелъ значительное уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и значительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. «Starke Abnahme der Anzahl der rothen, starke Zunahme der weissen Blutkörperchen».

Бѣлыя тѣльца на окрашенныхъ препаратахъ характеризовались тѣмъ, что имѣли по нѣсколько ядеръ, или на одному ядру, которое было различнаго очертанія: ланцетное, или круглой формы. «Weisse Blutkörperchen.... Die meisten haben die gewöhnliche Grösse und, nachdem man Sie gefärbt hat, unterscheidet man entweder einen mehrfachen, oder einen gelappten oder einen runden Kern».

Вскрытіе произведено чрезъ 48 часовъ.

При вскрытіи найдены: экхимозы кожи, сердечной сорочки, діафрагмы, желудка, тонкихъ кишокъ и слизистой оболочки матки. Нефритъ.

¹⁾ Hintze. l. c. S. 397.

²⁾ De n u s. Blutbefunde und Culturversuche in einem Fall von Purpura haemorrhagica. Centralblatt f. allgem. Path. Bd. IV. 1893. S. 174.

Mint¹⁾ описалъ 4 случая лейкоцитеміи, имѣвшихъ быстрое теченіе.

Litten²⁾ на XI конгрессѣ по внутренней медицинѣ сообщилъ о случаѣ лейкеміи, развившемся послѣ инфлюэнціи и протекавшемъ въ 3 $\frac{1}{2}$ дня, считая отъ первыхъ признаковъ болѣзни до смерти. Больной по поводу инфлюэнціи былъ у референта послѣ полудня. При изслѣдованіи найденъ бронхіальный катарръ и явленія ревматизма. На слѣдующій день Litten, приглашенный на домъ, встрѣтилъ рѣзкую перемежну. Больной былъ въ полузабытѣи и получить отъ него отвѣтъ было крайне трудно. Лимфатическія железы не увеличены. Селезенка, представлявшаяся наканунѣ совершенно нормальной, при осмотрѣ оказалась очень одухшей. Въ общихъ сѣтчаткахъ, кромѣ бѣлыхъ лейкоемическихъ бляшекъ, были геморрагическія пятна, похожія на крапинны: сѣтчатка словно обрызгана кистью, обмокнутой въ кровь. Изъ ушей шло сукровичное отдѣленіе, столь обычное для прежнихъ и протекающей эпидеміи инфлюэнціи.

На другой день селезенка стала еще больше. На кожѣ были двоякого рода измѣненія: большіе, блестящіе какъ сухожилія, инфильтраты и кровоизліанія. Инфильтраты разсыпаны на значительной части поверхности тѣла, величиной иногда съ ладонь, чрезвычайно тверды, какъ доска („brettartige“); Litten сравниваетъ ихъ съ мѣстами приподнятого при подкожной инъекціи въ видѣ бѣлаго купола corium, когда игла шприца не проникаетъ въ подкожную кѣтчатку. Кровоизліанія были или сливныя, величиною съ ладонь, или въ видѣ крапинъ. Послѣднія иногда располагались вокругъ инфильтратовъ.

На третій день больной совершенно потерялъ сознаніе. Голова судорожно повернута вправо. Пациента иногда подергивало. При офтальмоскопированіи глазного дна замѣчено выпячиваніе papillae n. optici. При надавливаніи на кости больной сильной вздрагивалъ. При изслѣдованіи крови отношеніе $\frac{B}{K}=1:9$. Кровь была передана въ Коховскій институтъ. Въ изслѣдованіи былъ заинтересованъ самъ проф. R. Koch. Изслѣдованіе производилъ его ассистентъ Dr. Pfeiffer. Ни въ самой крови, ни при посѣвахъ ея и сока желѣзъ другихъ случаевъ на различныя питательныя среды не получено ничего положительнаго. „Die Untersuchung haben ein absolut negatives Resultat ergeben, ebenso wie die Übe-

¹⁾ Journal of pathol and bacteriol. V. 1893. S. 131. Журналъ я не могъ получить даже изъ за границы.

²⁾ Litten. Zur Lehre von der Leukämie. Verhandlungen d. elften Congresses, f. innere Medicin, S. 147. 1893.

rimpfung des Blutes und des Drüsensaftes auf die verschiedensten Nährboden¹⁾.

Въ крови находились чрезвычайно большія клітки, напоми-
навшія формой тутовую ягоду. Все тѣло клітокъ было заполнено
блестящими зернышками, за которыми было не видно ядра. Мик-
рoхимическими реакціями выяснена жировая природа зернышекъ²⁾.
Такіе же элементы были и въ костномъ мозгу. Кромѣ того Litten
наблюдалъ красныя ядрoсодержащія тѣльца и совершенно гомо-
генныя образованія, напоминавшія сіалиновые цилиндры.

Hintze²⁾ дополняетъ литературу вопроса описаніемъ слѣдую-
щаго случая острой лейкеміи.

Адольфъ J., около 16 лѣтъ, изъ здоровой семьи. 4 іюня 1893 г. безъ пред-
вѣстниковъ, заболѣлъ ревматическими болями въ обоихъ голенно-стопныхъ сочле-
неніяхъ. t° 38.5. Сильная потливость. Черезъ день, т. е. 6 іюня замѣчено утѣрен-
ное увеличеніе селезенки и легкая въ ней болѣзненность. На бедрѣ появилось
нѣсколько красныхъ пятенъ, какъ при erythema nodosum. Въ послѣдующіе дни
опухоль селезенки и печени продолжала расти, а также и увеличилось число
красныхъ пятенъ.

12 іюня появилось ясное опуханіе всѣхъ лимфатическихъ железъ.

Пятна выступили на туловищѣ и головѣ; на нижнихъ конечностяхъ въ
нихъ замѣченъ поверхностный распадъ. t° утромъ нормальная, вечеромъ 39°. Пульсъ 90, полный, правильный.

16 іюня въ мазкѣ крови найдено сильное увеличеніе количества бѣлыхъ
кровяныхъ тѣлецъ. Преобладали лейкоциты съ однимъ крупнымъ, круглымъ яд-
ромъ, окруженнымъ узкимъ ободкомъ протоплазмы; также встрѣчались въ очень
небольшомъ числѣ клітки съ лапчатыми и многими ядрами. Эозинофилы пона-
дались только по одиночкѣ; также было мало клітокъ наполненныхъ жировыми
капельками, на присутствіе которыхъ указывалъ Litten. Но за то въ крови
было много микроорганизмовъ. При простой окраскѣ метиленовой синькой высту-
пали кокки, то въ видѣ мелкихъ скопленій, то диплококковъ, или мелкихъ пѣ-
почекъ, такъ что, несомнѣнно, это были стафило и стрептококки. Но Грамму они
не обесцвѣчивались.

9 іюня. Селезенка почти до пупка; печень доходитъ почти до spina oss. ilei.
Пятна покрыли все тѣло; они мѣстами сливаются по нѣсколько; очень выстоятъ;
распадъ въ различныхъ стадіяхъ. Опухоль железъ сильнѣе всего на шеѣ и манѣ

¹⁾ Жировое перерожденіе лейкоцитовъ наблюдали Jäderholm, Mosler, Badge.

²⁾ Hintze. Ein Beitrag zur Lehre von der acuten Leukämie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 53. 1894. S. 377.

на остальных мѣстахъ. Слиз. об. рта и зѣва какъ при скорбутѣ. Передніе зубы частію выпали. По временамъ носовыя кровотеченія. Otitis externa. Ослабленіе слуха. Позднѣе явилось обильное кровавистое истеченіе изъ уха.

30 іюня. Произведенное изслѣдованіе крови по прежнему показало обиліе бѣлыхъ кров. тѣлецъ. Микроорганизмовъ было много меньше.

Съ 3 іюли опуханіе печени, селезенки и лимфатическихъ железъ начинаетъ уменьшаться; кожныя пятна частію исчезаютъ, частію глубже распадаются. Локтевыя и голенно-стошные суставы вновь опухли. 40 іюля появился шумъ тренія плевры.

28 іюля выпущено изъ полости правой плевры 1500 куб. сант. мутной серозной жидкости.

30 іюля явился шумъ тренія плевры слѣва. 3 августа больной скончался.

При вскрытіи на кожѣ найдены болѣе или менѣе зажившія красноватыхъ пятна, величиной съ чечевицу или въ марковую монету. Поверхности лимфатическія железы увеличены, плотны.

Въ сердечной сорочкѣ 150 куб. сант. жидкости. Сердце не увеличено. Мускулатура плотна, блѣдно-красна.

Въ лѣвой плеврѣ 30 куб. сант., въ правой 250 к. с. серозной жидкости. Въ лѣвомъ легкомъ два гнойника. Селезенка, 18:12, паренхима темно-красна, ломка. Трабекулы и мальпигіевы тѣла рѣзки.

Печень велика (30:23; дольки ясны. Почки, увеличены (15:8:5), гладки, въ разрѣзъ богаты кровью. Коровій слой и пирамиды ясно отличаются другъ отъ друга. Мезентеріальныя железы увеличены, сочны. На слиз. об. толстыхъ кишкахъ мелкія кровоизліянія. Фолликулы и пейеровы бляшки не увеличены.

На деснахъ и на задней стѣнкѣ зѣва мелкія, отчасти зажившія язвочки.

Костный мозгъ грудины безъ измѣненій. Вскрытіе черепа и костей не разрѣшено.

При микроскопическомъ изслѣдованіи легкихъ, печени, почекъ, селезенки, бронхиальныхъ и брыжжечныхъ железъ, поджелудочной железы—всюду видны коагсы, подобные найденнымъ въ крови. Особенно ихъ много въ легкихъ и въ почкахъ.

На срѣзахъ легкіе представляютъ картину мелкихъ абсцессовъ. Альвеолы вокругъ нихъ наполнены кровью, или воспалительнымъ экссудатомъ, состоящимъ изъ бѣлыхъ тѣлецъ и свернувшейся зернистой массы, т. е. отслоеннаго эпителія и изъ большихъ, круглыхъ кѣтокъ, содержащихъ пигментъ. Въ нѣкоторыхъ кѣткахъ были частицы угля.

Въ почкахъ эпителий витыхъ канальцевъ представлялъ рѣзкія измѣненія. Границы кѣтокъ нигдѣ не было видно. Протоплазма кѣтокъ нѣжно зерниста, выполняла неправильно просвѣтъ канальца. Ядра или не красились или

представляли окрашенные комочки. Эпителий прямыхъ и выводныхъ канальцевъ еще достаточно сохраненъ. Въ мелкихъ сосудахъ, въ соединительной ткани между канальцами, а также вокругъ крупныхъ сосудовъ, въ видѣ футляра скопленія круглыхъ кѣлокъ. Также и клубочки были окружены кольцомъ изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Эта инфильтрація имѣла гнѣздный характеръ.

Въ печени междольковая соединительная ткань во многихъ мѣстахъ ясно увеличена и пронизана круглыми кѣлками. Последнія кромѣ того расположены по всему органу въ расширенныхъ капиллярахъ. Онѣ — мелкие одноядерные лимфоциты; очень мало встрѣчаются кѣлки съ лопастными ядрами или многоядерныхъ. Кромѣ того попадались ограниченные лимфомы. Печеночныя кѣлки хорошо сохранились. Въ нихъ много мелкаго желтовато-бураго пигмента.

Въ селезенкѣ трабекулы были утолщены. Нульну составляли мелкіе лимфоциты. Между ними встрѣчались разсѣянно болѣе крупныя элементы, съ большими круглыми и сильно окрашивающимися ядрами. Очень рѣдко между ними наблюдались кѣлки съ двумя ядрами. Въ кѣлкахъ изрѣдка можно было отличить обесцвѣченные красныя кровяныя кружечки. Во многихъ мѣстахъ были скопленія Fe-содержащаго пигмента.

Продолжительность болѣзни—2 мѣсяца.

Въ культурахъ полученъ коккъ, напоминающій *staphyloc. pyog. albus*. Онъ отличался тѣмъ, что очень быстро разжижалъ желатину.

Hintze съ кровью больного и съ чистою культурою микроорганизма сдѣлалъ рядъ опытовъ надъ животными.

I. Морской свинкѣ введена была кровь отъ больного, въ количествѣ 1 куб. сант. Въ слѣдующіе дни появилась опухоль паховыхъ железъ. Животное было все время бодрое. Результатъ опыта отрицательный.

II. Бѣлой мышкѣ подъ кожу спины вприснуто 0.3 куб. сант. бульонной культуры. Животное совершенно здорово.

III. Бѣлой мышкѣ введенъ 1 куб. сант. бульонной культуры въ полость живота. На 5 день утромъ животное найдено мертвымъ. При вскрытіи только встрѣчены кровоизліянія подъ плеврой. Въ свѣжей крови изъ сердца замѣчалось много бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Пластиничныя культуры получены тотъ же самый коккъ. На срѣзахъ печени лежали группами, парами, цѣпочками кокки. Въ капиллярахъ наряду съ красными кровяными тѣльцами было довольно много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Иногда въ нихъ было по одному или по нѣсколько кокковъ. Въ печеночныхъ кѣлкахъ и въ эпителии почекъ—явленія фагоцитоза.

Въ капиллярахъ печени и между мочевыми канальцами по всему органу встрѣчалось только немного лейкоцитовъ. Вокругъ мелкихъ артерій наполненныхъ коками всегда было большое скопленіе лейкоцитовъ, а также мѣстами и вокругъ мальпигіевыхъ клубочковъ.

IV. Собакѣ была вприснута въ ушную вену въ количествѣ 1 куб. сант. трехдневная бульонная культура кокка, полученная отъ мышки. На другой день животное чувствовало недомоганіе. Однако оно вскорѣ совершенно выздоровѣло. Черезъ 11 дней еще можно было доказать какъ микроскопически, такъ и культурами присутствіе въ крови кокковъ. Содержаніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови увеличено.

Черезъ 16 д. послѣ начала опыта въ 1 куб. мил. крови 6.800.000 крас. и 34375 бѣл. кр. т.

—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	20553	—	—
—	6 недѣль	—	—	—	—	—	—	—	—	10975	—	—

Такимъ образомъ въ этомъ опытѣ полученъ былъ лейкоцитозъ.

V. Кошкѣ 16 нояб. введено 1 к. с. бульонной культуры.

9 Дек. Животное пало. При вскрытіи найдено только опуханіе мезентеріальныхъ желѣзъ вблизи сосис. При микроскоп. изслѣдованіи въ печени намекъ на микроорганизмовъ.

Разбирая все, касающееся описаннаго случая, Hintze относитъ его къ острой лейкеміи, хотя по кривой t° онъ близко стоитъ къ цѣмическимъ заболѣваніямъ.

За острую лейкемію говорить: 1) общая слабость и гиперплазія желѣзъ; 2) уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (что видно по пигменту, находямому въ органахъ) и увеличеніе количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; 3) увеличеніе селезенки; 4) диффузная инфильтрація лейкоцитами печени и почекъ.

Какое отличіе между лейкоцитозомъ и лейкеміей? Virchow указывалъ, что первое состояніе преходящее и уменьшеніе количества красн. кров. тѣлецъ при немъ не бываетъ. Ehrlich считалъ характернымъ присутствіе эозинофиловъ. Müller показывалъ, что эозинофилы размножаются и безъ лейкеміи. Онъ отмѣчаетъ особенное значеніе мононуклеаровъ—лейкоцитовъ съ нейтрофильовой зернистостью.

При хронической лейкеміи во всякомъ случаѣ число ацидофиловъ увеличивается.

При острой лейкеміи окраска по Plehn'у и по Bergonzi не обнаруживаетъ acidophil'ныхъ клѣтокъ ни въ очагахъ инфильтра, ни въ кровеносныхъ сосудахъ.

Hintze считаетъ вѣроятнымъ, что различные микроорганизмы и токсины могутъ вызвать симптомы лейкеміи; за это говорить, по нему, и анатомическое и клиническое наблюденіе.

Askana zu ¹⁾, указывая на то, что некротическіе, гангренозные процессы пищеварительнаго тракта (полости рта, глотки, кишекъ и иногда желудка) часто наблюдаются довольно рано въ теченіи острой лейкеміи, почему являлась даже мысль, не служатъ ли эти части мѣстами выдѣренія гипотетическаго лейкемическаго яда („Virus“), описываетъ слѣдующій случай заболѣванія острой лейкеміей.

W. D. 37 лѣтъ, работница, всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. На 8-мъ мѣсяцѣ беременности, 5 ноября 1892 г., почувствовала сильную головную боль, разбитость, т° поднялась до 38°C, а также обнаружались признаки бронхіальнаго катарра. Затѣмъ развился поносъ, державшійся въ теченіи 2 недѣль. Такое состояніе тянулось 5 недѣль. Больная была все время на ногахъ.

14 декабря у больной началось страданіе десенъ на нижней челюсти. Десны распухли и достигли въ области рѣзцовъ до толщины мизинца какъ на наружной, такъ и на внутренней сторонѣ; соответственно клыкамъ на деснѣ были небольшія изъязвленія.

26 декабря были замѣчены два узла, величиной съ лѣсной орѣхъ, въ передней части спинки языка. 27 декабря появились въ небольшемъ числѣ петехіи на кожѣ плеча и предплечія и въ опухшей деснѣ, а также два участка некроза на мягкомъ небѣ и сверхъ того retinitis. Печень и селезенка не были увеличены. Лимфатическія железы шеи легко прощупывались, нѣкоторыя были съ лѣсной орѣхъ.

29 декабря произошли роды, и, чрезъ 10 часовъ послѣ нихъ, при явленіяхъ коллапса, больная скончалась.

Исслѣдованіемъ крови 25 декабря была установлена лейкемія.

При вскрытіи умершей найдено, что кожа блѣдна; на верхнихъ конечностяхъ, животѣ и бедрахъ въ ней кровоизліянія, величиною съ булавочную головку. Паховыя железы справа величиною съ бобъ, плотны. Подкожная клетчатка въ области мышцековъ отека.

Обѣ десны сильно припухли, плотны; коронки рѣзцовъ слабо выдаются. Слиз. об. десенъ блѣдна, гладка. Соответственно лѣвымъ нижнимъ рѣзцамъ и вѣтку тканей десны некротизирована во всю толщю, разрыхлена и отстаетъ отъ поверхности зубовъ.

¹⁾ Askana zu. Über acute Leukämie und ihre Beziehung zu geschwürigen Processen im Verdauungskanal. Virchow's Arch. Bd. 137. Hft. 1. S. 1. 1894. Этотъ же случай описанъ Hilbert'омъ: Deutsch. Med. Wochenschrift № 36. 1893., Kirsstein'омъ — Ein Fall von acuter Leukämie bei einer Schwangeren. Königsberg. 1893*

Въ паріетальномъ листкѣ брюшины неправильно разбѣяны точечныя кровоизліянія.

Матка увеличена, дно ея доходитъ до пупка. Черезъ серозную оболочку кишекъ просвѣчиваютъ точечныя кровоизліянія. Врыжжейка богата жиромъ; нѣкоторые изъ лимфатическихъ узловъ, залеженныхъ въ ней, достигаютъ величины боба, въ разрѣзѣ бѣловаты и пронизаны темнокрасными пятнами.

Въ сердечной сорочкѣ почти совершенно прозрачная жидкость. Сердце не увеличено. Въ энкардіи довольно много кровоизліяній. Міокардіи бѣлѣзъ, буровато-сѣраго цвѣта. Верхушки сосковидныхъ мышцъ фибринозно измѣнены.

На лѣвой плеврѣ вблизи задняго края нѣсколько слабо возвышающихся, сѣровато-красныхъ островковъ. Паренхима легкихъ всюду проходима для воздуха, блѣдна, влажна.

Бронхіяльныя железы не увеличены, пропитаны углемъ.

Селезенка вѣс. 259 грм., длиной 12 см., шириной 7.5 см. и толщиной 4.5 см., довольно плотна. Пульпа блѣдно буро-краснаго цвѣта. Мальпигиевы тѣльца бѣловато-сѣры, не рѣзки. Трабекулы не особенно ясно обособлены.

Печень 24 см. въ длину, 16 см. въ ширину и 9 см. въ толщину. Въ серозномъ покровѣ нѣсколько кровоизліяній. Паренхима малокровна, буровата, дольки не ясны.

Почки нормальной величины, плотны; на поверхности коркового слоя отдѣльныя точечныя экхимозы. Въ разрѣзѣ корковый слой бѣловато-сѣрый, пирамиды блѣдно фіолетовыя. Слиз. оболочка передней стѣнки желудка устлана мелкими и крупными кровоизліяніями. Мѣстами соотвѣтственно геморагіямъ—мелкія эрозіи.

Слиз. об. желудка блѣдна. Пейеровы бляшки припухлы; на нихъ мѣстами геморагіи. Въ фолликулахъ тѣ же точечныя кровоизліянія. На слиз. об. *caecum* *ileocoecalis* находятся два участка, раздѣленные перемычкой изъ покрасившейся и отеочной ткани, на которыхъ слиз. оболочки дифтеріоидно некротизирована (*diphtheroid nekrotische Bezirke*). Именно видны зеленовато-желтые стручья на темно-красномъ основаніи. Въ сосисѣ имѣется въ 1 см. участокъ, поверхность котораго то же омертвѣла. Также и по тракту остальной части толстыхъ кишекъ разбѣяны различной величины участки съ некротизированной слиз. оболочкой. Кромѣ того въ слизистой оболочкѣ *Plexus hepaticae colonis descendens, recti* имѣются узлы, величиной до лѣсного орѣха, мѣстами покрытыя стручьями.

Мочевой пузырь не измѣненъ. Въ маткѣ вѣрно сидящее дѣтское мѣсто. Въ слиз. об. влагалища—многочисленныя точечныя кровоизліянія.

На измѣлѣ, на 1 см. отступя отъ верхушки, двѣ черновато-бурныя коросты; подъ ними прощупываются два плотныхъ узла. Въ разрѣзѣ они состоятъ изъ плотной ткани, видящейся въ мускулатуру.

Знечект и себннн дужкн утолщены. На послѣднихъ некротическихъ блншки.

Въ слыз. об. гортани и ниже вода гнѣздыя кровоизліанія.

Шейны лимфатическія железы величиной въ малой лѣсѣй орѣхъ; въ разрѣзѣ бѣлаго цвѣта, пронизаны точечными кровоизліяніями.

Из сѣточекъ обонхъ глазъ множественныя точечныя кровоизліянія; центръ нѣкоторыхъ представляется въ видѣ бѣловатыхъ точекъ.

Костный мозг ребер кирпичного цвета, диафиза плечевой кости — темнокрасный, лимфоидный.

Микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе.

1). Кровь и органы кроветворенія.

Из крови, взятой от больного, находилось 5 видов безцветных кровяных телец. Преобладающим типом были большія клетки, превышающія размеръ эритроцитовъ, имѣвшія блѣдно окрашенную, въ видѣ ободка, протоплазму и очень большое, занимающее почти всю клетку, круглое или овальное, нерѣдко съ неровными контурами, ядро. Въ меньшемъ числѣ встрѣчались полинуклеары и лимфоциты — безъ специфической зернистости. Въ очень небольшомъ количествѣ мною и полинуклеары съ нейтрофильной зернистостью и эозинофильныя клетки. Далѣе въ 15-ти мазкахъ оказались три нормобласта. Въ крови изъ трупa кристаллы С h a g e o t — Н e u m a n n найдены впервые на 6-й день; сначала они были мелки, но затѣмъ увеличились числомъ и размерами. Мелкіе кристаллы лежали внутри лейкоцитовъ; рядомъ съ кристаллами были иногда еще грубыя блестящія зерна, похожія на E n g l i s h o w s k i эозинофильныя зернышки.

На мазкахъ изъ крови микроорганизмовъ не находилось.

Въ костномъ мозгу были тоже формы лейкоцитовъ, что и въ крови, съ тѣмъ лишь различіемъ, что полиморфныхъ кѣтокъ съ нейтрофильной зернистостью было меньше. Нормобластовъ Askanazy'у не находили на свѣжихъ препаратахъ ни въ костномъ мозгу реберъ, ни бедра. Въ одномъ лишь сухомъ препаратѣ встрѣтился одинъ нормобластъ. Кристаллы Charcot-Neuman были уже съ перваго дня. На срѣзахъ костнаго мозга наблюдались кѣтки съ фигурами митоза. Кроме того встрѣчались въ нарезкахъ отдѣльныя большія кѣтки грубо зернистыя, съ блѣднымъ угловатымъ ядромъ, наполненныя зернами пигмента.

Микроорганизмов не найдено. Посев на глицериновый-агар остался стерильным.

Селезенка. На мазках встречались средней величины клетки, с более или менее интенсивно окрашенным ядром; большія клетки крови замечались въ умеренномъ количествѣ. Мелкихъ лимфоцитовъ очень мало. Встрѣчались клетки съ базофильной и нейтрофильной зернистостью. Въ одномъ изъ 5-ти препаратовъ найденъ одинъ только нормобластъ. На срѣзахъ фолликулы не видѣ-

рѣзко отдѣляются отъ пульпы, ибо въ обѣихъ частяхъ имѣются гиперплазировавшія лимфоидныя кѣлки. У нихъ ободокъ протоплазмы шире, ядро крупнѣе, сѣть хроматина болѣе рѣдкая сравнительно съ нормальными лимфоцитами. Встрѣчались и нормальные мальпигиевы тѣльца. Въ периферіи такихъ фолликуловъ залегаютъ крупныя кѣлки (съ митозами) или въ нихъ встрѣчаются спонгенныя кѣлки подобныя Флеминговскимъ зародышевымъ центрамъ. Нѣтъ нѣкоторыхъ артерій гиалиново переюжденна и внутри тѣлецъ между лимфоидными кѣлками встрѣчаются гиалиновыя глыбки, въ видѣ мелкихъ ограниченныхъ пятенъ. Въ пульпѣ попадаются кѣлки съ каріокинетическими фигурами. На препаратахъ, окрашенныхъ по Ehrlich-Vieljeux, найдена пара эозинофильныхъ кѣлокъ. Въ trabeculaхъ встрѣчаются лежащіе рядами лейкоциты.

На препаратахъ окрашенныхъ по Nicolle-Löffler'у микроорганизмовъ не найдено. Посѣвы изъ сока селезенки на желатиновые и глицерино-агаровыя пластинки остались стерильны.

Лимфатическія железы. На мазкахъ главнымъ образомъ видны мелкіе лимфоциты съ темными ядрами; рѣдко ядро кѣлокъ болѣе крупно и слабо окрашивается. На срѣзахъ замѣчается сильное измѣненіе строенія. Жировая кѣлочка и капсула лимфоматозно инфильтрированы. Фолликулы видны. Прочая лимфоидная ткань гиперплазирована. Она состоитъ изъ болѣе крупныхъ кѣлокъ съ большимъ блѣдно окрашивающимся ядромъ. Лимфоцитовъ темноокрашивающихся немного, но они равномернo разсѣяны. Въ нѣкоторыхъ кѣлкахъ видны митозы. Кромѣ того какъ въ жировой кѣлочкѣ, капсулѣ, такъ и въ тканѣ железы видны Mastzellen.

Ни на мазкахъ, ни въ посѣвахъ на глицериновомъ агарѣ микроорганизмовъ не найдено.

II) Заболеванія пищеварительнаго тракта.

а) Утолщеніе дѣсны обуславливается равномерной инфильтраціей всей ея толщи лимфоидными элементами, отъ periosteum вплоть до сосочковъ слизистой оболочки.

Кѣлки инфильтрата больше нормальныхъ лимфоцитовъ. Митозовъ въ нихъ мало. Также встрѣчаются отдѣльныя Mastzellen. Между кѣлками проходятъ балки волоконъ и нѣжные сосуды, заполненные мѣстами лейкоцитами. Въ толщѣ инфильтрата попадаютъ во многихъ мѣстахъ крововязанія. Сосочки слиз. об. вообще расширены и нѣсколько утолщены; въ нихъ инфильтратъ лимфоцитами или крововязаніемъ; у границы съ эпителиальной тканью лежатъ отдѣльныя Mastzellen. Эпителий надъ лейкоэмическимъ инфильтратомъ разрыхленъ и мѣстами настолько истонченъ, что верхушки сосочковъ одѣты его слоемъ въ 1—3 ряда элементовъ. Кровеносные капилляры въ такихъ сосочкахъ подходятъ почти къ поверхности сосочковъ. Промежутки между эпителиальными кѣлками или свободны,

или заняты зернистой массой, или полинуклеарами. Отдѣльныя Mastzellen видны въ глубокихъ слояхъ rete Malpighi.

Участки омертвѣнія рѣзко отдѣляются отъ лимфоматознаго инфильтрата и состоятъ изъ зернистой массы съ сосудами, содержащими тромбы.

При окраскѣ по Nicolle-Löffler'y видны въ большомъ количествѣ кокки, бациллы и искривленные въ видѣ занятой палочки, какъ въ участкахъ омертвѣнія, такъ и въ пограничномъ слое.

Узлы языка и мягкого неба представляютъ лимфоматозные инфильтраты слизистой, подслизистой оболочекъ и проникающие въ глубь между мышечными пучками. Если на пути встрѣчаются нервы или железы, напр. слезныя, то инфильтрація окружаетъ эти части. Въ слезныхъ железахъ на мягкомъ небѣ отдѣльныя дольки совершенно обособляются другъ отъ друга лимфоидными элементами. Бокаловидныя кѣтки въ слиз. железахъ сохранены. Кромѣ того въ доляхъ встрѣчаются особия, сильно блестящія, круглыя образованія, съ рѣзкимъ хорошо окрашивающимся ядромъ. При точномъ обследованіи препарата легко убѣдиться, что существуютъ переходы между этими образованіями и кѣтками лейкоэмического инфильтрата. Это измѣненіе начинается въ полинуклеарахъ, хотя они и встрѣчаются въ скудномъ количествѣ. Галиново измѣненными кѣтками принимаютъ окраску по Ernst'y ¹⁾, противостоятъ дѣйствию кислотъ. Они расположены вблизи долекъ железъ, около зинтеціального вѣнка, но затѣмъ передвигаются и вглубь дольки. Такія образованія Goldmann ²⁾ наблюдалъ въ злокачественныхъ лимфомахъ.

Въ мѣстахъ некроза инфильтрата, обнаженнаго отъ зинтеція, при окраскѣ по Nicolle-Löffler'y и Weigert'y встрѣчаются кокки и довольно тонкія бациллы.

д) Узлы кишечника занимаютъ слизистую и подслизистую оболочки. Въ послѣдней образованіе узла начинается гиперплазіей одного или нѣсколькихъ солитарныхъ фолликуловъ, причемъ кѣтки принимаютъ гипертрофическій характеръ, въ нихъ появляются митозы. По бокамъ гипертрофированные фолликулы не рѣзко отдѣляются, но сливаются съ инфильтратомъ, лежащимъ между волокнами submucosa. Ближе къ центру основанія узла граница между mucosa и submucosa исчезаетъ, а также пропадаетъ и всякій слѣдъ отъ muscularis mucosae. Въ этомъ инфильтратѣ исчезаютъ также железы слизистой оболочки. Цилиндрическій зинтецій слиз. об. сохраняется въ томъ только случаѣ, если узлы не распались.

Въ центрѣ нѣкоторыхъ узловъ разсѣяны очаги кровоизліяній.

¹⁾ Ziegler's Beiträge Bd. XI. S. 243.

²⁾ Centralbl. f. path. anat. Bd. III. S. 665.

При окраскѣ по Nicolle-Löffler'y въ участкахъ некроза видны въ обилии кокки и палочки.

III. Намѣненіе остальныхъ органовъ.

а) Печень. Въ отдельныхъ печеночныхъ клеткахъ большія жировыя капли; вообще же въ клеткахъ много бурого пигмента. Расширенные капилляры содержатъ большое количество безцвѣтныхъ тѣлецъ. Интерлобулярная соединительная ткань умеренно инфильтрирована лимфоцитами.

б) Почка. Эпителій витыхъ канальцевъ сильно некротизированъ, сгущенъ, такъ что мѣстами на мембрана проргіа находятся небольшіе остатки его. Жировое перерожденіе выражено слабо. Въ просвѣтѣ канальцевъ встрѣчаются глянцевые цилиндры и эпителіальныя скопленія. Мальпигіевы клубочки неизмѣнены. Полость баумановской капсулы занята частью зернистой массой, частью имѣющей видъ пузырьковъ.

в) Гдѣзное яблоко. Въ сосудистой оболочкѣ сосуды переполнены лейкоцитами, во многихъ изъ нихъ видны очень ясно фигуры дѣленія. Въ ея толщѣ встрѣчаются Mastzellen. Въ сѣтчаткѣ довольно много кровоизліяній. Объемистое шаровидное кровоизліяніе помѣщается въ слоеъ волоконъ и вымачивается въ стекловидное тѣло. Центръ очага занятъ лейкоцитами и обломками распавшихся ядеръ. Мелкія кровоизліянія, въ видѣ полосокъ, лежатъ въ слоеъ нервныхъ клетокъ.

Нѣкоторыя кровоизліянія простираются отъ слоя пигмента до внутренняго зернистаго слоя или до слоя гангліозныхъ элементовъ. Замѣчателенъ тотъ фактъ, что въ очагахъ кровоизліяній встрѣчается немного лейкоцитовъ.

Продолжительность болѣзни въ данномъ случаѣ—около 2 мѣсяцевъ.

При изслѣдованіи крови плоды увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ не найдено, что прямо говоритъ за то, что лейкемія не передается отъ матери къ плоду. Это наблюденіе гармонируетъ съ прежними сообщеніями Са-мегон и Sängera ¹⁾. При изслѣдованіи дѣтскаго мѣста встрѣчались венозные полости наполненныя красными кровяными тѣльцами и бѣлыми на половину или исключительно бѣлыми, тогда какъ въ кровеносныхъ сосудахъ находились только красныя кровяныя кружечки и очень рѣдко попадались лейкоциты.

Seelig ²⁾ описываетъ случай острой лейкеміи, протекшій въ 5 недѣль и характеризовавшійся довольно рѣдкими измѣненіями какъ прижизненными, такъ и посмертными.

¹⁾ Arch. f. Gynäkologie. Bd. 33. S. 161. 1888.

²⁾ Dr A. Seelig—Ein Fall von acuter Leukämie. Deutsches Arch. f. kl. Medic. Bd. 54. S. 537.

Дитя W. R., 11 лѣтъ, до 2 лѣтнаго возраста было здорово. Затѣмъ пациентъ заболѣлъ скарлатиной, осложнившейся воспаленіемъ почекъ. Болѣзнь тянулась около полугода. Вполнѣ здоровымъ ребенкомъ W. R. однако нельзя было считать, такъ какъ у него остался бѣлокъ, который и выделялся въ различномъ, непостоянномъ количествѣ. 5 недѣль тому назадъ наступили тяжелыя явленія. Недомоганіе сопровождалось головными болями и разстройствомъ желудка. 14 окт. 1894 г. при осмотрѣ ребенка въ поликлиникѣ замѣчено только увеличеніе селезенки. Она на 3 пальца выступала изъ за края реберъ. При изслѣдованіи крови ничего патологическаго не найдено. t° 37.6. Черезъ 16 дней ребенокъ вновь явился въ поликлинику, ибо исчезнувшія головныя боли и рвота возобновились и приняли тяжелый характеръ. При изслѣдованіи ребенка найдено, что онъ очень побѣдѣлъ. Лицо и особенно вѣки нѣсколько отеки. Слизистыя оболочки анемичны. Верхняя и нижняя десны опухли, вѣстами слегка кровоточатъ. На правой половинѣ нижней челюсти десна отстала отъ шейки зубовъ; между ними находится мигкій, сѣровато-зеленый налетъ. Паховыя, подмышечныя и локтевыя лимфатическія железы ясно опухли. t° 37.8

Грудные органы безъ измѣненій. Печень на 4 пальца выступаетъ изъ за реберной дуги. Селезенка на 6 см. вдается въ брюшную полость. Грудина безболѣзненна при давленіи.

Въ мочѣ умеренное количество бѣлка. Сахара нѣтъ.

Изслѣдованіе крови показало чрезвычайное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ—«alle Bilder ergaben übereinstimmend eine colessale Vermehrung der weissen Blutkörperchen, das exquisite Bild der leukämischen Blutveränderung».

31 октября замѣчены легко подвижныя узелки позади уха и на отдѣльных мѣстахъ груди и живота. t° была утр. 38.4 и вечеромъ 38.8. Пульсъ 96.

1 ноября по всему тѣлу явились петехіи. t° утр. 38.4 и вечеромъ 39.2. Пульсъ 110.

2 ноября наступила рвота съ примѣсью крови. Больной въ безсознательномъ состояніи. t° 38.7. Въ ночь послѣдовала смерть.

Кровь была изслѣдована 30 окт. и 2 ноября

30 октября найдены преобладающими большіе лейкоциты, такъ назыв. костно-мозговыя клітки (Markzellen); въ нѣкоторыхъ изъ нихъ встрѣчаются митозы. Лимфоцитовъ немного. Полиуклеаровъ чрезвычайно мало.

2 ноября кровь представила тѣ же измѣненія. Уклоненіе было въ количествѣ лимфоцитовъ. Ихъ оказалось больше сравнительно съ 30 октября.

Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1:5.4.

При вскрытіи найденъ на кожѣ груди множественныя, мелкія, вполнѣ подвижныя лимфомы. Желѣзы—въ пахахъ и локтевыхъ—увеличены. На всей передней поверхности тѣла мелкія, съ булавочную головку, геморрагіи.

Плевры пусты. Въ сердечной сорочкѣ немного красноватой жидкости.

На всей поверхности сердца разбѣяны множественныя плотныя, бѣлыя въ поперечникѣ, узлы. Между ними много мелкихъ кровоизліяній. То же замѣчается, но въ меньшей степени по краямъ и на задней поверхности сердца.

Легкія нѣсколько эмфизематозны. На плеврѣ разбросаны мелкія кровоизліянія.

Селезенка 19:12:5. Капсула гладкая, натянута, тонка. Паренхима равномерно буровато-красна, нѣсколько выдается.

Печень увеличена; паренхима блѣдна. Около мелкихъ вѣтвей в. portaе небольшіе сѣровато-бѣлые узелки и полоски.

Въ печени фолликулы и желчные бляшки нѣсколько красноваты, припухлы.

Въ тонкой кишкѣ фолликулы также увеличены. На верхушкѣ узелковъ мелкія геморрагіи.

Въ слиз. об. желудка мелкія кровоизліянія. Фолликулы увеличены.

Почки увеличены; пр. 11,5 : 4,5 : 3; лѣвая: 12,5 : 6 : 2,75. На поверхности находится большое количество выступающихъ узловъ, совершенно гладкихъ; они блѣдны, сѣровато-бѣлаго цвѣта. Узлы окружены мелкими геморрагіями. Между большими очагами находятся мелкіе, съ булавочную головку, узелки и полоски. Кожный слой нормальной ширины. Въ немъ, особенно въ columnae Bertini многочисленные бѣлые узлы.

Костный мозгъ частью свѣтло, частью темнокрасный.

Кровь на трупѣ представляла иную картину, чѣмъ при жизни. Въ ней преобладали мелкіе лимфоциты.

Узелки въ кожѣ состояли изъ скопленій лимфoidalной ткани въ подкожной жировой плѣтчаткѣ.

Узлы въ сердцѣ образованы лимфoidalными клетками, заложенными въ перикардій. Они раздвигали жировыя клетки и протѣсались также между мышечными элементами міокардіа. Въ узлахъ проходили наполненные лейкоцитарной кровью кровеносныя сосуды.

Въ почкахъ некрозъ эпителія особенно витыхъ канальцевъ. Узлы же образованы тѣми же лимфoidalными элементами, заложенными въ соединительн. ткань между мочевыми канальцами.

Hindenburg ¹⁾, заинтересованный наблюденіемъ Bizzozzerо, сдѣланнымъ въ 1885 г. и состоящемъ въ томъ, что очень много

¹⁾ Dr Walther Hindenburg. Zur Kenntniss der Organveränderungen bei Leukämie. Deutsches Arch. f. Klin. Med. Bd. 51. 1895. S. 209.

многозвъ встрѣчается въ органахъ лейкемиковъ, пожелалъ убѣдиться—дѣйствительно ли лейкоциты или ранііе ихъ стадіи дѣлаться въ органахъ, и въ ряду своихъ наблюденій приводитъ случай лейкеміи, который можетъ быть отнесенъ къ группѣ случаевъ острой лейкеміи.

Р. Вйснел, 5 лѣтъ, сынъ крестьянина. Никогда не болѣлъ. Условія жизни благопріятныя. Болѣзнь началась въ срединѣ августа 1893 г. и выразилась медленно развившеюся слабостью и блѣдностью.

25 Сент. 1893 г. принятъ въ медицинскую клинику въ Іенѣ. Ребенокъ блѣдный. На кожѣ старыя и свѣжія кровоизліянія. Поверхностныя лимфатическія железы прощупываются, величиною отъ горошинъ до боба. Селезенка 23.5 см. длиною, 12 см. шириною. Печень выдается изъ за края реберъ.

При изслѣдованіи крови найдено въ ней 2,000,000 кр. кр. тѣлецъ и 700,000 бѣлыхъ. Отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ=1:3. Гемоглобина 30%. Большая часть лейкоцитовъ—крупныя, въ среднемъ 13.28 μ , одноядерныя; ядра круглыя, совершенно почти выполняютъ клетку, не особенно рѣзко красятся. Мелкихъ лимфоцитовъ—меньше; полиморфныхъ лейкоцитовъ—очень мало; эозинофилы—встрѣчаются рѣдко. Митозовъ нѣтъ.

Въ слѣдующіе дни слабость усилилась. t° по вечерамъ отъ 38.5—39.0. Однажды сильное носовое кровотеченіе.

14 Окт. красн. кров. шариковъ 1,400,000, бѣлыхъ 350,000. Отношеніе бѣлыхъ кр. тѣлецъ къ краснымъ=1:4. Гемоглобина 22%.

29 Окт., чрезъ нѣсколько часовъ поелъ въпрыскиванія въ селезенку *acid. arsenicosi*, во время котораго больной былъ неспокоенъ, на наступила смерть.

При вскрытіи въ плеврѣ и перикардіи найдены точечныя и даже до чечевицы величиной свѣтло красныя кровоизліянія. Въ брюшной полости 780 куб. сант. крови.

Селезенка. 19,4:10,5:4,0 см. Капсула гладка. На наружной поверхности два пораненія. Одно отстоитъ отъ верхняго конца на 7 смт. и длиною 1 смт. и шириною 0.2 смт., другое на 1.5 смт. ниже и длиною 0.7 смт. и шириною 0.2 смт. Они зияютъ, полудлунной формы. Пульпа свѣтло-бурая, плотная. Мальпигіевы тѣльца частію мелки, рѣзко очерчены, частію слиты.

Печень. 21,0:14,3:16,5 смт. Капсула гладка. Паренхима плотна; дольки ясны.

Въ остальныхъ органахъ не было характерныхъ измѣненій.

При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки, лимфатическихъ железъ и зубной железы—гиперплазія ткани; слѣды разрашенія соедин. ткани.

Въ печени—клеточковая инфильтраціи перипортальной соедин. ткани. Лимфомъ нѣтъ.

Число митозовъ въ мѣстахъ образованія лимфоцитовъ—въ мальпиги, тѣлцахъ селезенки, въ фолликулахъ мезентеріальныхъ желѣзъ и въ долькахъ периферическихъ частей thymus — уменьшено. Наоборотъ очень многочисленныя фигуры дѣленія ядеръ крупныхъ мононуклеарныхъ лейкоцитовъ находятся въ пульсѣ селезенки, лимфатическихъ путяхъ лимфатическихъ желѣзъ и особенно въ thymus—въ послѣдней безъ определенной локализациа. Въ меньшемъ количествѣ каріокинетическія фигуры дѣленія ядеръ встрѣчаются въ кровеносныхъ путяхъ печени. Однажды референтъ видѣлъ ихъ въ селезеночной артеріи. Ахроматическую веретень авторъ не находилъ.

Вопросъ о томъ, есть ли лейкемія болѣзни крови или кровообразующихъ органовъ—долженъ быть отклоненъ, ибо жидкая ткань, называемая кровью, и кроветворящіе органы не рѣзко отдѣляются другъ отъ друга.

Fränkel¹⁾, на основаніи своихъ наблюденій, полагаетъ, что, по крайней мѣрѣ въ Берлинѣ, острая лейкемія встрѣчается чаще хронической—„die acute Form der Erkrankung sehr viel häufiger vorkommt als die chronische“. Такъ какъ острая лейкемія абсолютно смертельная болѣзнь, то при недостаточномъ вниманіи или недостаточномъ знаніи можетъ быть смѣшана съ другимъ заболѣваніемъ крови, что конечно не лишено практическаго значенія. „Da es sich um eine absolut tödtliches Leiden handelt, welches bei ungenügender Aufmerksamkeit oder mangelnder Kenntniss unter Umständen mit anderen Störungen der Blutbildung verwechselt werden kann, so ist diese Thatsache von nicht zu unterschätzender praktischer Bedeutung“.

Въ послѣдніе 5 лѣтъ Fränkel имѣлъ возможность наблюдать девять случаевъ острой лейкеміи, что съ прежнимъ случаемъ составитъ десять.

Исслѣдованіе крови показываетъ, что измѣненіе ея при острой лейкеміи въ нѣкоторыхъ весьма существенныхъ чертахъ отличается отъ такового при хронической лейкеміи. По мнѣнію Fränkel'я, уже по крови возможно поставить діагнозъ острой лейкеміи—„meiner Meinung nach schon aus dem blossen Blutbefunde mit Sicherheit die Diagnose auf acut verlaufende Leukämie gestellt werden kann“.

Острая лейкемія встрѣчалась у мужчинъ и у женщинъ и даже у дѣтей. Преимущественно заболѣвали мужчины. Наибольшую частоту представляетъ юношескій возрастъ и первое время зрѣлаго періода.

¹⁾ Fränkel—Über acute Leukämie. Deutsche Medicin. Wochenschrift № 39. 40, 41, 42, 43. 1895. S. 639.

Такъ, изъ 10 больныхъ было 6 мужчинъ и 4 женщины.

Изъ нихъ въ возрастѣ отъ 13—18 лѣтъ 4.

„ „ 24—34 „ 6.

Родъ занятій больныхъ различенъ. Болѣли дѣти, посѣщавшія школу, взрослые работники или состоявшіе при занятіяхъ, требовавшихъ умѣреннаго физическаго напряженія.

Болѣзнь чаще всего начиналась слабостью, хотя до этого заболѣвавшіе пользовались хорошимъ здоровьемъ. Трижды замѣчены жалобы на сильное колотье въ области селезенки. Этимъ симптомомъ или начиналось заболѣваніе, или онъ занимаетъ весьма видное мѣсто при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. У двухъ больныхъ заболѣваніе выразилось сильными тянущими болями въ различныхъ членахъ и суставахъ. У одного больного наступило даже опуханіе суставовъ, такъ что можно было предполагать вначалѣ острый сочленовный ревматизмъ. У другихъ больныхъ болѣзнь обнаружилась потрясающимъ ознобомъ и являлась перемежающимися болями при потаніи. Наконецъ, у двухъ больныхъ первымъ симптомомъ, заставившимъ больныхъ обратить на себя вниманіе, а также и позаботиться о себѣ—былъ остро наступившій отекъ лица. Ко всему этимъ явленіямъ присоединялись скорѣ праступы головокруженія, сердцебиенія, загѣмъ слѣдовали кровоизліянія въ кождѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ рта, носа и сѣва, кишекъ и мочевого пузыря и т. д. Только у одного больного не было обычныхъ при этой формѣ кровотеченій въ сѣчаткѣ. Кровотеченія изъ полости рта и сѣва въ двухъ случаяхъ были соединены съ извѣстнымъ процессомъ. Что касается десенъ, то онѣ, не смотря на особое предрасположеніе къ кровотеченіямъ, ни разу не представляли и слѣда фунгозныхъ разрошеній и опухолей, какъ это обычно наблюдается при скорбутѣ, но у всѣхъ больныхъ имѣли хорошій видъ. „Weise aber war gerade das Zahnfleisch obwohl dasselbe eine besondere Neigung zu Blutungen aufwies, bei allen Patienten von sonst guter Beschaffenheit und bot im Gegensatz zu seinem Verhalten bei den skorbutischen Processen keine Spur von fungöser Verdickung und Wulstung dar“.

Но и при острой лейкеміи, какъ показываютъ наблюденія Hinterberger'a и Askanazy, наступаютъ сильныя опуханія и разрошенія, зависящія отъ инфильтраціи лимфатическими элементами. Ови обнаруживали наклонность къ распаденію, которое начиналось съ поверхности и шло въ глубь, обуславливая образованіе глубокихъ кратерообразныхъ изъязвленій съ печатымъ дномъ. Особый интересъ представляютъ паренхиматозныя кровотеченія во внутренніе органы, хотя ови встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Fränkel сообщалъ подобный случай въ 1881 году. Кро-
воизліяніе было въ мозгу въ теченіи острой лейкеміи, длившейся
три недѣли у 18 лѣтняго молодого человѣка. Оно наступило не
задолго до смерти и имѣло мѣсто въ правомъ боковомъ желудочкѣ,
откуда распространилось въ третій и четвертый желудочки. Кли-
нически выразилось Hemiparesis sinistra. Особенно интересный
случай Fränkel наблюдалъ въ послѣднее время; продолжитель-
ность теченія лейкеміи въ этомъ случаѣ строго не установлена,
но самое большее—четыре недѣли. Пациентъ находился въ боль-
ницѣ только 48 часовъ. При поступленіи у него не было ника-
кихъ особыхъ симптомовъ со стороны первой системы. На
слѣдующій день онъ впалъ въ безсознательное состояніе, въ кото-
ромъ и скончался. При вскрытіи найдены многочисленные крово-
изліянія въ обѣихъ половинахъ большихъ полушарій головного
мозга. Самые большіе очаги, величиною съ лѣсной орѣхъ, помѣ-
щались въ обѣихъ лобныхъ доляхъ, остальные были точечные и
представлялись разсыпанными по всемъ веществъ головного мозга.

На ряду съ этими симптомами выступаютъ, постепенно уси-
ливаясь и иногда достигая высокой степени, анемія, даѣе опу-
ханіе железъ, какъ то селезенки и часто уже увеличенной печени.
Они часто занимаютъ первое мѣсто. Но анемія не всегда рѣзко
выражена, она можетъ даже отсутствовать, хотя на лицо измѣ-
ненія крови. Что касается опуханія железъ, то слѣдуетъ замѣ-
тить, что оно не рѣдко казалось слабо выраженнымъ, при вскры-
тіи же всегда было находимо и иногда даже несравненно больше,
чѣмъ можно было ожидать на основаніи прижизненныхъ изслѣ-
дованій.

По наблюденіямъ Ebstein'a опуханіе селезенки при нѣ-
которыхъ обстоятельствахъ можетъ отсутствовать. Въ случаяхъ
Fränkel'a селезенка, всегда была увеличена, хорошо прощупыва-
лась и выдавалась изъ за края реберъ не меньше какъ на 1 по-
перечный палецъ. Въ одномъ случаѣ селезенка стояла на 15 сант.
ниже края реберной дуги и сильно выдавалась впередъ; при
вскрытіи она=21 cm. Въ другомъ случаѣ, тянувшемся около 4
мѣсяцевъ, селезенка была длиной 26 cm. Въ остальныхъ случаяхъ
длиникъ селезенки колебался между 17 и 21 cm. Fränkel
подтверждаетъ положеніе, что селезенка при острой лейкеміи не
достигаетъ тѣхъ размѣровъ, какіе она имѣетъ въ теченіе хрони-
ческой лейкеміи „Danach kann ich die Angabe Ebstein's bestäti-
gen, dass im allgemeinen bei acuter Leukämie nicht so beträ-
chtliche Milztumoren vorkommen, wie man sie bei der chronischen
Form der Krankheit zu beobachten Gelegenheit hat“. Консистен-
ція органа—была умѣренная, въ одномъ случаѣ даже селезенка
была очень мягкая. Пульпа въ разрѣзѣ большею частью сѣро-

вато-красна, resp. цвѣта мяса или окорока. Въ большинствѣ случаевъ малинковыя тѣльца выступали ясно.

Значительное повышение t° Fränkel наблюдалъ у 5-ти больныхъ, хотя кривая не имѣла особаго типа. Совершенно произвольно смѣнялись нелихорадочные дни съ лихорадочными. Что касается высоты t° въ отдѣльные дни, то была порядочная разница. Такъ у однихъ больныхъ t° поднималась до 40°C и выше, тогда какъ у другихъ максимум не достигалъ 39° .

При концѣ жизни часто наблюдалось сорог и бредъ.

Что касается анатомическихъ измѣненій, то костный мозгъ во всѣхъ случаяхъ былъ измѣненъ. Въ большей части случаевъ костный мозгъ представлялся темнокраснымъ; мѣстами этотъ цвѣтъ усиливался кровоизлияніями. 4 раза костный мозгъ имѣлъ сѣровато-красный цвѣтъ и обладалъ лимфоматознымъ свойствомъ; мѣстами были вкраплены очаги зеленовато-желтаго цвѣта (pyoider).

Продолжительность болѣзни у десяти больныхъ различная. Самое короткое теченіе было въ первомъ случаѣ—относящемся къ 1881 году—острая лейкемія длилась 20 дней. Слѣдующіе 4 случая протекали въ срокъ отъ 3 до 4 недѣль. Остальные 5 случаевъ длились: одинъ—шесть, два по восьми, одинъ девять и наконецъ одинъ—шестнадцать недѣль. Во избѣжаніе ошибокъ Fränkel считалъ заболѣваніе съ момента жалобъ на слабость ¹⁾. На вопросъ—какую продолжительность признавать соответствующей острой лейкеміи, Fränkel говорить, что слѣдуетъ руководствоваться не продолжительностью болѣзни, а точно установленными фактами, что заболѣваніе началось вдругъ и притомъ тѣми симптомами, которые при хронической лейкеміи наблюдаются въ болѣе поздніе періоды развитія болѣзни. „Wie weit man berechtigt sei, einen Fall von Leukämie noch der acuten Form zuzuzählen, nicht so sehr auf die absolute Länge der Erkrankung, als auf die mit Sicherheit feststellbare Thatsache an, dass das Leiden plötzlich einsetze und dass es von Anfang an mit Erscheinungen einherging, die wir sonst bei chronischer Leukämie erst in einer weit späteren Periode derselben auftreten sehen“ Къ явнымъ причисляетъ Fränkel симптомы геморрагическаго діатеза.

Въ теченіи болѣзни могутъ быть перерывы.

Что касается условій, предрасполагающихъ къ заболѣванію, то приводятъ различные моменты: сильную анемію, беременность, травму и инфекціонныя болѣзни какъ острыя—(инфлюэнція) такъ и хроническія (сифилисъ).

¹⁾ При хронической лейкеміи этотъ симптомъ является въ концѣ болѣзни.

При изслѣдованіи крови наблюдалось рядомъ съ уменьшеніемъ числа красныхъ кровяныхъ кружечковъ и увеличеніе бѣлыхъ; въ одномъ случаѣ даже было отношеніе 1 : 1; во всѣхъ 8 случаяхъ замѣчалось, что лейкемическое свойство крови состояло въ увеличеніи числа мононуклеаровъ—„zeigte sich übereinstimmend bei sämtlichen acht Patienten, dass die leukämischen Beschaffenheit des Blutes ausschliesslich auf einer Zunahme von mononucleären Elementen beruhte“.

Они принадлежали къ группѣ лимфоцитовъ и были различной величины: отъ разнѣровъ соответствующихъ величинѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ до превосходящихъ вдвое поперечникъ эритроцита. Болѣе крупныя кѣтки содержали большое ядро, круглой или овальной формы, иногда съ углубленіемъ на одной сторонѣ. Протоплазма въ такихъ кѣткахъ располагалась въ видѣ узкаго ободка. На препаратахъ изъ крови нѣкоторыхъ больныхъ это углубленіе иногда было такъ сильно выражено, что обуславливало почти дѣленіе ядра на двѣ половины: обѣ половинки оставались соединенными тоненькимъ мостикомъ. И дѣйствительно, при тщательномъ осмотрѣ препаратовъ, тамъ и самъ попадались кѣтки съ двумя ядрами. Отъ ядеръ полинуклеаровъ они отличались, помимо ихъ большей величины, тѣмъ, что были пузырьковидны и бѣды хроматиномъ. Перестегиванія протоплазмы, какъ выраженія дѣленія кѣтки, ни разу не было наблюдаемо. Число крупныхъ кѣтокъ превосходило число маленькихъ лимфоцитовъ, ядро которыхъ отъ гематоксилина принимало черный цвѣтъ; но и лимфоцитовъ было больше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Лейкоцитовъ, называемыхъ Н. F. Müller'омъ, по свойству протоплазмы, ея зернистости, мозговидными—міелопидными кѣтками, Cogni'емъ „cellules médullaires“, въ крови не удалось видѣть. На большихъ кѣткахъ не приводилось находить ни эозинофиловой, ни пейтрофиловой зернистости.

Относительно величины кѣтокъ Fränkel раздѣляетъ воззрѣніе Hindsburg'a, что при Ehrlich'овскомъ методѣ легко можетъ быть искусственное измѣненіе величины. И зернистость тоже не всегда можетъ опредѣлять типъ элемента. Такъ Möhler не пришелъ къ убѣжденію, что установленное Ehrlich'омъ положеніе, что для диагноза міелогенной лейкеміи необходимы мононуклеары съ нейтрофильной зернистостью—всегда безспорно. Поэтому пока недоказаны специфичныя зернышки, всѣ элементы лучше относить при острой лейкеміи къ мононуклеарамъ. Такъ какъ въ крови здоровыхъ находятся всѣ переходы отъ мелкихъ къ крупнымъ, Fränkel считаетъ болѣе правильнымъ всѣ кѣтки раз-

смаивать какъ стадіи одного и того же развитія, вмѣсто того чтобы дѣлать неточные выводы, что взвѣстная часть ихъ міелоциты.

Fränkel напрасно пытался найти на большихъ лейкоцитахъ пейтрофильную зернистость Ehrlich'a. Немногія только клѣтки въ узкомъ ободкѣ протоплазмы содержали такъ наз. базофильныя зернышки, окрашиваемыя метиленовой сипью.

Число эозинофиловъ было ограниченное и не отличалось отъ содержанія въ нормальной крови. Въ противоположность увеличенному количеству лимфоцитовъ, полинуклеаровъ въ крови при острой лейкеміи было очень мало. — „Was aber vor allem gegenüber der so ausserordentlichen Vermehrung der Lymphocyten imponirte, das war die minimale Menge der polynucleären Zellen in dem Blute der acut Leukämischen“.

Только въ небольшомъ числѣ случаевъ (въ трехъ) въ мононуклеарахъ крови были фигуры дѣленія ядеръ. Въ случаѣ Fränkela, описанномъ Troje, ихъ было даже очень много.

Особенно много было фигуръ дѣленія ядеръ въ капиллярахъ различныхъ внутреннихъ органовъ, а также иногда и въ лейкоцитахъ внутри вена. Такіе митозы были въ капиллярахъ легкихъ и почекъ. Митозы на облыхъ кровяныхъ тѣлцахъ при лейкеміи были констатированы съ разныхъ сторонъ — Такъ ихъ описывали Müller, Wertheim, Troje, Rieder и другіе. Обыкновенно объясняли ихъ тѣмъ, что лейкоциты, дѣлящіеся внутри кровотоващихъ органовъ, вымывались изъ нихъ; но этимъ не исключается, что и внутри крови происходитъ дѣленіе лейкоцитовъ и въ ней же протекаетъ. Въ капиллярахъ кожи, наиримѣръ, въ одномъ случаѣ не было фигуръ дѣленія, а между тѣмъ лейкоциты были съ фигурами дѣленія ядеръ. Можетъ быть достаточно замедленія тока крови, какъ думаетъ Troje, т. е. относительный покой, чтобы создались благопріятныя условія — для каріокинеза въ лейкоцитахъ.

Число ядерныхъ эритроцитовъ было очень небольшое.

На согрѣвательномъ столикѣ Fränkel убѣдился, что большая часть однопядерныхъ лейкоцитовъ не обнаруживаетъ даже слѣда амѣбодвигательныхъ движеній.

Откуда происходятъ эти мононуклеары, необыкновенное количество которыхъ составляло особенность случаевъ острой лейкеміи?

Для рѣшенія этого вопроса Fränkel на вскрытіяхъ, произведенныхъ возможно скоро послѣ смерти, изготовлялъ большое количество мазковъ изъ селезенки, лимфатическихъ железъ, костнаго мозга, а также дѣлалъ срѣзы изъ различныхъ органовъ. Исслѣдованіе показало, что болѣе всего этихъ клѣтокъ паходится въ опухшихъ лимфатическихъ железахъ. Но Fränkеля, это и есть главное мѣсто ихъ происхожденія, хотя не единственное. Не смот-

ря на послѣднее ограниченіе, F r ä n k e l полагаетъ, что характерныя измѣненія крови въ его случаяхъ острой лейкеміи могутъ быть обозначены именемъ лимфеміи (Lymphämie). То, что мы знаемъ въ настоящее время объ процессѣ развитія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, не соответствуетъ тѣмъ ограниченіямъ, которыя въ свое время V i r s h o w далъ понятію лимфемія, когда свѣдѣнія о кровотовореніи были недостаточны, хотя и современные неполны. Чтобы ихъ понять, F r ä n k e l замѣчаетъ, что одноклеточный лимфоцитъ представляетъ юную форму бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и какъ таковой образуется въ различныхъ мѣстахъ кроветворящаго аппарата, не только въ лимфатическихъ железахъ и имъ соответствующихъ фолликулярныхъ аппаратахъ, въ кишечникѣ, но также въ селезенкѣ и въ костномъ мозгу. Такимъ образомъ въ настоящее время употреблять слово лимфемія—какъ выраженіе происхожденія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ изъ лимфатическихъ железъ—непозволительно, ибо этимъ создается опасность ввести ложное понятіе о процессахъ здѣсь совершающихся. Во всякомъ случаѣ подъ этимъ опредѣленіемъ мы должны понимать такое состояніе, при которомъ преобладаніе молодыхъ формъ лейкоцитовъ составляетъ главное измѣненіе крови. Исходя изъ этой точки зрѣнія можетъ быть было бы правильнѣе выраженіе лимфемія оставить и замѣнить его другимъ—лимфоцитемія (Lymphocytämie). Это предложеніе уже сдѣлано, хотя и съ другой стороны.

Дальнѣйшее размышленіе, говоритъ F r ä n k e l, приводитъ къ выводу, что эта форма измѣненія крови должна развиваться въ тѣхъ случаяхъ лейкемическаго заболѣванія, когда подъ вліяніемъ болѣзненной причины не только возбуждается усиленная пролиферація бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, но одновременно совершается столь быстрый переходъ въ кровь вновь образованныхъ элементовъ изъ мѣстъ ихъ развитія, что она въ короткое время переполняется юными лейкоцитами.

Фактъ, что во многихъ случаяхъ лейкеміи въ измѣненныхъ железахъ находится большое количество объемистыхъ мононуклеаровъ, отмѣченъ многими авторами.

V i r s h o w указываетъ на гиперплазію железъ при данномъ заболѣваніи слѣдующими словами: „число содержащихся въ нихъ (resp. лимф. железахъ) клѣтокъ всегда значительно увеличено и сами клѣтки не рѣдко достигаютъ значительной величины и болѣе сильного развитія“.

Birch-Hirschfeld также отмѣчаетъ послѣднее обстоятельство. Онъ говоритъ, что при лимфатической формѣ лейкеміи въ лимфат. железахъ не только размножаются клѣтки, но онѣ и увеличиваются. Встрѣчаются даже тѣ клѣтки, которыя изслѣдователи, благодаря ихъ величинѣ и свойствамъ, принимаютъ за бесомѣрные міелоциты. Отлагаются ли онѣ изъ крови или образуются на мѣстѣ, не рѣшаетъ этотъ вопросъ даже такой изслѣдователь какъ H. F. Müller.

Gumpert высказываетъ, какъ бы въ видѣ общаго закона, что лейкоциты, циркулирующіе въ лейкемической крови, производятся различными органами. Онъ принимаетъ, что участвуютъ кромѣ лимфатическихъ железъ въ развитіи лейкоцитовъ, заложенные въ различные органы, аппараты изъ лимфоидной ткани, какъ напримѣръ: фолликулы селезенки, корни языка, миндалинъ, кишечника и т. д.

Еще болѣе происходитъ ростъ въ костномъ мозгу. Мелкіе и средніе лимфоциты такъ быстро въ немъ размножаются и такъ его заполняютъ, что свойственные ему болѣе крупныя, зернистыя міелоциты, ядрасодержащіе эритроциты и прочія клѣтки отходятъ на задній планъ: онѣ стѣснены новообразованными элементами, а также и задержаны ихъ актъ размноженія. Поэтому неудивительно, что авторы, которые были заняты вопросомъ о свойствахъ крови при лимфеміи, единогласно утверждаютъ, что тѣ клѣтки, которыя происходятъ изъ костнаго мозга, какъ ядерные эритроциты, встрѣчаются въ крови въ самомъ ничтожномъ количествѣ.

Необыкновенно большое количество мононуклеаровъ въ крови при острой лейкеміи имѣетъ еще особое значеніе, если мы установимъ абсолютное и относительное количество скудно встрѣчающихся полинуклеаровъ и сопоставимъ ихъ съ обычными пахочками крови при хронической лейкеміи. Изъ наблюденій Einhorn'a, работавшаго подъ руководствомъ Ehrlich'a, извѣстно, что въ нормальной крови лимфоцитовъ содержится только 25%, полинуклеаровъ 75%.

При лейкоцитозѣ преимущественно увеличиваются послѣдніе, ихъ умноженіемъ и обусловливается богатство крови бѣлыми кровяными тѣльцами.— „Bei Leukocytose sind es vorwiegend die letzteren Elemente, auf deren vermehrter Anwesenheit die Zunahme der weissen Blutzellen beruht“.

При хронической лейкеміи ихъ число, т. е. полинуклеаровъ, хотя и большее, но оно въ процентномъ отношеніи съ мононуклеарами весьма незначительно.

Процентное отношеніе полинуклеаровъ при хронической лейкеміи составляетъ 31.5%, тогда какъ въ обоихъ случаяхъ острой

лейкеміи оно было около 2%, а иногда понижалось и до 1%. Въ цифрахъ это выразится слѣдующимъ образомъ.

На 1 куб. мл. крови при хрон. лейкем. приходит. 190.000 полинук. 410.000 мононук.
въ одномъ случаѣ острой лейкеміи 2.200 — 218000 лимфоцит.

Отчего такъ мало полинуклеаровъ при острой лейкеміи?

Для рѣшенія этого вопроса, по Fäulke'ю, необходимо рассмотреть способа происхожденія различныхъ формъ лейкоцитовъ другъ изъ друга, а также указать на обѣ теоріи, объясняющія сущность лейкемического измѣненія крови.

Ehrlich ¹⁾ предполагалъ, какъ и другіе авторы, что полинуклеары крови развиваются изъ мононуклеаровъ и именно изъ так. наз. переходной формы. На XI конгрессѣ внутр. медицины въ Лейпцигѣ, въ своемъ коррефератѣ: „Über schwere anämische Zustände“, онъ взялъ обратно свое положеніе и на основаніи работъ своихъ учениковъ, а также и изслѣдованій Курлова надъ свинками, у которыхъ удалена селезенка, высказалъ, что острый лейкоцитозъ обуславливается выселеніемъ находящихся въ обиліи въ нормальномъ костномъ мозгу полинуклеаровъ—„dass die acuten Leukocytosen ausschliesslich darauf beruhen, dass die im normalen Knochenmark massenhaft vorhandenen polynucleären Zellen auswandern“. Костный мозгъ долженъ быть тѣмъ мѣстомъ, въ которомъ изъ переходныхъ мононуклеаровъ развиваются въ обиліи полинуклеары, которые затѣмъ пріобрѣтаютъ способность къ амёбoidному движенію и выселенію. Подъ вліяніемъ циркулирующихъ въ крови веществъ, обладающихъ хемотактическимъ свойствомъ, полинуклеары поступаютъ въ кровь и приводятся въ движеніе. Ehrlich недавно высказался, что и лейкоцитозъ въ послѣдней инстанціи—функция костного мозга. Если дѣятельность костного мозга падаетъ въ конечный періодъ тяжелыхъ анемій, то наступаетъ въ противоположность лейкоцитозъ; число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается значительно, особенно полинуклеаровъ, лимфоциты соответственно паденію %—но возрастаютъ. Такое состояніе крови по Ehrlich'у—signum pessimi ominis.

Очень важныя данныя для рѣшенія вопроса, гдѣ предполагаемое мѣсто образованія полинуклеаровъ изъ мононуклеаровъ—въ крови или внѣ ея, представилъ Zenoni ²⁾. Названный авторъ задался вопросомъ извлечь изъ крови искусственнымъ образомъ значительное количество лейкоцитовъ, вызвать лейкоцитозъ и установить отношеніе другъ къ другу различныхъ формъ лейкоцитовъ. Если дѣйствительно полинуклеары образуются въ крови изъ одно-

¹⁾ Zeitschr. f. kl. Med. Bd. I. S. 559.

²⁾ Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. XVI. S. 537.

ядерныхъ лейкоцитовъ, то при подобной постановкѣ опытовъ это должно быть до очевидности ясно. Стало быть вначалѣ должны быть въ крови исключительно одноядерныя клітки или ихъ число должно во всякомъ случаѣ превысить многоядерныя, въ послѣдствіи же, благодаря дальнѣйшему развитію элементовъ крови, число полинуклеаровъ должно превысить количество мононуклеаровъ.

У собаки выпускалась изъ *art. carotis* $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ всей массы крови. Выпущенная кровь дефибрировалась и снова вводилась въ кровепосный сосудъ. Эта операція повторялась десять разъ подрядъ, одна за другою. Сбиваніемъ крови удалялись лейкоциты. Подсчетъ лейкоцитовъ въ первое время паростанія ихъ показалъ, что оба типа лейкоцитовъ встрѣчаются поровну, преобладающія нѣтъ, затѣмъ кривая полинуклеаровъ быстро поднимается, въ то время какъ число мононуклеаровъ подходитъ къ нулю. Ясно, что полинуклеары образуются не изъ циркулирующихъ мононуклеаровъ, а мѣсто образования ихъ должно быть иное, т. е. въ кровообразующемъ аппаратѣ. Зепоні полагаетъ, что полинуклеары, вѣроятно, развиваются въ костномъ мозгу и развѣтвѣ ядеръ говоритъ за особый способъ происхожденія. Съ этимъ положеніемъ не согласенъ Frankel. По нему, переходы между полинуклеарами и мононуклеарами всегда существуютъ.

Кромѣ того есть еще данныя изъ области патологіи, которыя старое воззрѣніе объ развитіи лейкоцитовъ въ крови лишаютъ почвы. Это измѣненіе крови при лейкеміи вообще и острой въ особенности. Нужно бы для объясненія уменьшенія числа полинуклеаровъ обратиться къ теоріи Löwit. Онъ лейкемію разсматривалъ не какъ заболѣваніе кровообразующихъ органовъ, а самой крови. Онъ совершенно сталъ въ разрѣзъ со старыми воззрѣніями Virchow'a и Neumann'a.

Основаніемъ своей теоріи онъ положилъ то обстоятельство, что при хронической лейкеміи мононуклеары преобладаютъ количественно надъ полинуклеарами. Löwit принимаетъ, что лейкемическое свойство крови обуславливается уменьшеннымъ распадомъ лейкоцитовъ, ближайшая причина котораго кроется въ задержанномъ переходѣ одноядерныхъ клітокъ въ многоядерныя. Эта задержка зависитъ по Löwitu отъ измѣненія плазмы и можетъ быть самихъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Всѣ остальные находки при этой болѣзни, именно измѣненія въ кровообразующемъ аппаратѣ, появленіе лимфоматозныхъ новообразованій въ такихъ органахъ и мѣстахъ тѣла, гдѣ при нормальныхъ условіяхъ нѣтъ лимфоидной ткани, Löwit объясняетъ выходненіемъ изъ крови лейкоцитовъ и отложеніемъ ихъ.

Хотя Löwit настаиваетъ на своемъ воззрѣніи и въ послѣднее время, но чашка вѣсовъ склопается въ пользу воззрѣнія Virchow—Neumann'a, которые въ основу ставятъ не измѣненіе крови, а заболѣваніе кровообразующихъ органовъ.

За это говорить, доказанное многими авторами, размноженіе клѣтокъ названныхъ органовъ при лейкоміи. Оно встрѣчается не только въ самихъ органахъ, но и въ лимфоматозныхъ отложеніяхъ органовъ и даже въ самой крови, хотя въ послѣдней въ меньшей мѣрѣ и не всегда.

Frankel постоянно находилъ размноженіе элементовъ въ указанныхъ органахъ, а потому онъ и высказываетъ, что разроженіе лейкоцитовъ въ мѣстахъ ихъ образованія—причина лейкомическаго свойства крови.—„dass die Wucherung der Leukocyten an ihren Bildungssätten die Ursache der leukämischen Blutbeschaffenheit ist.“

Löwit оспариваетъ это мнѣніе и утверждаетъ, что митозы встрѣчаются не въ лейкоцитахъ, но въ элементахъ, которые представляютъ предварительный стадій красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (эритробластовъ). Тгоје показалъ, что фигуры дѣленія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и красн. кров. кружечковъ рѣзко разнятся другъ отъ друга, а равно и тѣла этихъ клѣтокъ.

Такимъ образомъ, оставивъ теорію Löwit'a—уменьшенное содержаніе полинуклеаровъ въ крови при лейкоміи можно объяснить двумя предположеніями. Или удержать часть ученія Löwit'a—т. е. задержанный переходъ мононуклеаровъ въ полинуклеары, предположивъ, что причина кроется не въ измѣненіи плазмы, но въ воздѣйствіи причины производящей названную болѣзнь въ форменные элементы въ мѣстахъ ихъ образованія. Или допустить усиленный переходъ новообразованныхъ одноядерныхъ клѣтокъ въ кровь изъ мѣста ихъ развитія. И причина недостаточнаго метаморфоза—недостатокъ времени. Какое изъ этихъ предположеній имѣетъ мѣсто—Frankel не рѣшается опредѣленно высказать.

Есть ли острая и хроническая лейкомія формы сродныя или обуславливаются различными причинами?

Frankel полагаетъ, что причины одинаковыя и допускаетъ даже возможность переходныхъ между ними случаевъ.

Что касается этиологіи острой лейкоміи, то она совершенно темная.

Въ случаяхъ Frankel'я—въ восьми было произведено бактериологическое изслѣдованіе крови органовъ. Въ 4 случаяхъ найдены бактеріи, въ остальныхъ четырехъ результатъ былъ отрицательный. Въ случаѣ Тгоје найдены маленькія палочки, неподходящія къ извѣстнымъ формамъ. Пышный ихъ ростъ говорить за

то, что онѣ ничего общаго съ этиологіей лейкеміи не имѣютъ. При вскрытіи желудокъ и кишки представляли сильно выраженное и распространенное лимфоматозное разрожденіе. Въ другомъ случаѣ, сопровождаемомъ припуханіемъ, кровоизліаніями и поверхностнымъ омертвѣніемъ миндалинъ изъ паренхиматозныхъ органовъ получена культура стафилококка. Въ этомъ случаѣ вскрытіе также было произведено возможно скоро послѣ смерти. Прививки крови животнымъ при жизни больного не дали результата.

У третьей больной, женщины 34 лѣтъ, посѣвы изъ крови *intra vitam* дали слабую разводку *bacterium coli*. Этотъ же микроорганизмъ вмѣстѣ съ *sarcin*ой былъ полученъ въ посѣвахъ, сдѣланныхъ изъ внутреннихъ органовъ послѣ смерти. При вскрытіи слиз. об. глотки найдена изъязвленной и покрытой корками. *Epi-glottis* и миндалины имѣли поверхностный некрозъ слизистой оболочки; *epiglottis* былъ покрытъ корками.

Такъ какъ въ каждомъ изъ этихъ случаевъ имѣлось пораженіе пищеварительнаго канала или верхняго отдѣла дыхательнаго тракта, то введеніе микроорганизмовъ могло быть вторичнымъ. Тѣмъ болѣе, что въ другихъ случаяхъ, когда результатъ изслѣдованія былъ отрицательный, такихъ измѣненій въ кишечникѣ и дыхательныхъ органахъ не было.

Чтобы убѣдиться въ томъ, что кровь свободна отъ зародышей, были сдѣланы посѣвы изъ крови, добытой по методу *Sittman*¹⁾, т. е., стерилизованнымъ пиривемъ изъ вены плеча было взято нѣсколько кубиковъ крови. При этомъ методѣ удавалось получить микроорганизмы въ такихъ даже случаяхъ, когда прививка изъ капли крови давала отрицательные результаты. Но и по этому способу въ двухъ случаяхъ не привелось добыть микроорганизмовъ. Такимъ образомъ острая лейкемія не зависитъ отъ введенія микроорганизмовъ, которые могли бы быть вырощены на обычныхъ питательныхъ средахъ. Нѣтъ ли здѣсь аутоинтоксикаціи изъ кишечника, какъ предполагалъ *Velhsemeyer*—то же нельзя ничего положительнаго сказать. И въ этомъ случаѣ должны быть бактеріи въ кишечникѣ—какъ возбудители разложенія. Не смотря на сильныя иногда измѣненія кишечника, макро и микроскопическое изслѣдованія выдѣленнаго не дали ничего особеннаго. Заявленіе *Velhsemeyera*, что имѣется всегда измѣненіе верхняго или нижняго отдѣла кишечника, ослаблено изслѣдованіемъ *Askana* и *z*. Последний разсматриваетъ лимфоматозныя измѣненія кишечника какъ выраженіе лейкемическаго процесса, но ни какъ не за мѣсто первичнаго измѣненія. *Frankel* полагаетъ, что мѣсто введенія вызывающаго

¹⁾ Deutsche Arch. f. Klin. Med. Bd. 53. 1893. S. 564.

заболѣваніе агента—слизистая оболочка рта и зѣва. За это говорить измѣненіе шейныхъ железъ, наступающее въ самый ранній періодъ заболѣванія.

Въ заключеніе Fränkel указываетъ на быстрое обратное развитіе лейкемическихъ явленій подѣ влияніемъ наступившей бактериальной инфекции.

Первый, обратившій вниманіе на это явленіе, былъ Eisenlohr¹⁾; затѣмъ послѣдовали наблюденія Henck'e, Quincke, Stintzing, Müller, Kovács и Freudenstein. Включая 2 наблюденія Fränkel'я, подобныхъ случаевъ можно насчитать до 12.

1-е наблюденіе. М. Г. 24 лѣтъ, по профессіи поваръ. Поступилъ въ больницу 6 марта 1894 г. Отецъ его умеръ отъ грудной болѣзни. Самъ больной пользовался хорошимъ здоровьемъ. Отбылъ воинскую повинность. 6 недѣль тому назадъ вдругъ заболѣлъ: появились сильныя боли въ правыхъ колѣнѣхъ. Когда боли исчезли изъ колѣнѣхъ, то онѣ стали появляться послѣдовательно въ остальныхъ сочлененіяхъ, сопровождаясь опуханіемъ ихъ. Въ это время была лихорадка.

При осмотрѣ больного 7 марта найдена легкая опухоль сочлененій лѣвой руки и обѣихъ плеченно-стопныхъ сочлененій. Лимфатическія железы шеи—(сѣзѣва) нахвата, локтевыя—увеличены. Грудные органы нормальны. Животъ мягокъ. Печень не увеличена. Селезенка на 4 см. выдается изъ за края реберъ. Грудина и лѣвая малая берцовая кость болѣзненны при давленіи. t° утр. 36.8, вѣч. 37.4° С. Пульсъ 96. При изслѣдованіи крови 9 марта найдено въ 1 куб. мм. 2300 000 красныхъ и 89 000 бѣлыхъ кровяи. тѣлецъ. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ = 1 : 26. Гемоглобина по Fleischl'ю 40—45 %.

На мазкахъ въ бѣлыхъ кровяные шарики представляются большими, ядро у нихъ крупное, Протоплазма въ видѣ узкаго ободка. Полинуклеаровъ почти нѣтъ (polinucleäre Zellen sind so gut wie gar nicht vorhanden). Эозинофильовъ не замѣтно. При окраскѣ Triacid—Märklin'a въ бѣлыхъ тѣлцахъ нѣтъ нейтрофильной зернистости. Красные кровяные кружочки состоятъ изъ макро и микроцитовъ.

10 марта. Въ 1 куб. мм. 2 000 000 красн. кр. тѣлецъ и 123 000 бѣлыхъ. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ = 1 : 16.

14 марта. Опухоль сочлененій исчезла, но болѣзненность на концахъ костей еще значительная. Подѣ лѣвымъ угломъ нижней челюсти развито опуханіе железъ, очень чувствительное при давленіи. t° утр. 38. Вѣч. 40. 4° С.

17 марта. Больной жалуется на затрудненное глотаніе. Опухоль железъ подѣ лѣвымъ угломъ челюсти увеличилась. Кожа надъ ними покрасѣла. Подсчетъ

¹⁾ Virchows Arch. Bd 73. S. 56.

красныхъ и бѣлыхъ тѣлецъ крови даля: красн. 2.917.000 (?), бѣлыхъ 13.400. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 218. 1^о Утр 38.5 Веч. 40. 7^о С.

21 марта опухоль въ углу нижней челюсти достигла до размѣра яблока и была вскрыта. Гной состоялъ изъ полинуклеаровъ. Въ культурахъ полученъ *staphylococcus*. Красн. кр. тѣлецъ 2.422.00, бѣлыхъ 8.500. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 285. 1^о утр. 37. вech. 38°. С. Пульсъ 114.

Въ послѣдующіе дни у больного развился правосторонній гнойный плевритъ, кровоточивость десенъ и двусторонній кровоизліаніи въ сѣтчатку. т^о по вечерамъ доходила до 40° и выше.

26 марта счетъ кровяныхъ тѣлецъ даля: красныхъ кров. тѣлецъ въ 1 куб. миллиметрѣ 2.000.000, и бѣлыхъ только 600! Такимъ образомъ отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ стало=1 : 3333!

27 марта больной скончался.

Въ кр ы т і е не могло быть сдѣлано полнымъ, вслѣдствіе не согласія родственниковъ.

Селезенка найдена умѣренно увеличенной; бѣстныи мѣстѣ бедра лимфоидныхъ свойствъ. Въ культурахъ полученъ *staphylococcus albus*.

2-е н а б л ю д е н і е. Женщина Сн., 34 л., работница. 13 января 1895 г. принята въ больницу. Въ началѣ декабря 1894 г. перенесла инфлюэнцію.

14 января при изслѣдованіи найдено, что щеткѣй на кожѣ итъ: заднія шейныя железы съ обѣихъ сторонъ припухли; величина железъ отъ горошины до боба; на ощупь болѣзненнымъ. Подмышечныя желѣзы слѣва до лѣснаго орѣха, болѣзненнымъ. Паховыя железы умѣренно опухли. При надавливаніи на грудну и правую малую берцовую кость ощущается болѣзненность. Десны блѣдны; миндалины и мягкое небо нѣсколько красны; задняя стѣнка глотки необыкновенно блѣдна. Размѣры сердца не увеличены. Въ *regio cordis* ощущается систолическій шумъ. Въ легкихъ слышны только сухіе хрипы. Селезенка выдается на три пальца изъ за края реберъ. Печень не увеличена. Въ мочѣ умѣренное количество бѣлка. Въ глазномъ днѣ—кровоизліаніи. Зрѣніе и слухъ нормальны. т^о утр. 36.8, вечеромъ 38.3. Пульсъ 88, неправильный.

На мазкахъ крови видно увеличенное количество мононуклеаровъ (лимфоцитовъ). Величина, форма, свойство ядеръ совершенно тѣ же, какъ и въ 1-мъ наблюденіи. Полинуклеаровъ также очень мало. Эритроцитовъ съ ядрами тоже немного. Красныя кровяныя кружечки различной величины (очень много микроцитовъ).

16 января въ первый разъ произведенъ счетъ форменныхъ элементовъ. Эритроцитовъ 1.907.000 и бѣлыхъ тѣлецъ 220.000. Отношеніе безцвѣтныхъ тѣлецъ къ краснымъ кровянымъ кружечкамъ=1 : 8.7.

Съ вечера 17 января т^о поднялось до 40. 2^о С. Въ эти дни появились носовыя кровотечения и однажды кровавый рвотъ. Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ

1.940.000 и бѣлыхъ 47.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ кр. тѣльцамъ=1 : 41. Гемоглобина 40 %.

23 января. Уменьшеніе опухоли шейныхъ железъ. На кожѣ нижней части шеи появились мелкія петехіи (съ булавочную головку); особенно ихъ много на передней поверхности бедра. Повторныя носовыя кровотеченія. Крововызліанія, съ чеченицу величиною, на слиз. об. щекъ. Крововызліаній въ сѣтчаткѣ стало больше. Красн. кровяныхъ тѣлецъ 800.000, бѣлыхъ 3200. Отношеніе бѣл. къ красн.=1:275. Зрѣніе начало слабѣть.

24 января. Въ сѣтчаткѣ появились новыя крововызліанія. Носовое кровотеченіе пришлось остановить тампономъ; но кровь просачивается и черезъ тампонъ. Красн. кр. тѣл. 740.000, бѣлыхъ 1240. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=6 : 596.

26 января. Опухоль железъ внизу исчезла. Селезенка прощупывается съ большимъ трудомъ. Въ теченіи дня больной скончался.

При вскрытіи найдены крововызліанія въ энкардіи, подъ эндокардіемъ лѣваго желудочка, въ легкихъ, въ капсулѣ лѣвой почки, въ слиз. об. лѣвой лоханки, въ слиз. об. матки, въ серозной оболочкѣ яичниковъ и дугласова пространства, въ слиз. об. jejunі, въ мягкой оболочкѣ головного мозга: въ мѣстѣ лѣвыхъ височной и лобной долей, справа въ области роландовой борозды и въ области обонхъ bulbі olfactoriі.

Сердце нормальной величины. Мускулатура блѣдна.

Ерглоттисъ припухъ; обложенъ некротическимъ налетомъ.

Селезенка. 18 : 9 : 5, довольно плотной консистенціи, выпячено-краснаго цвѣта; отдѣльные фолликулы рѣзко выступаютъ.

Лѣвая почка 14 : 7 : 5. Паренхима пропитана сѣровато-желтыми очагами, слабо выступающими на поверхности, окруженными геморрагическимъ кольцомъ.

Подчелюстныя и мезентеріальныя лимфатическія железы умѣренно опухли.

Забрюшинныя лимфатическія железы сильно увеличены, пропитаны крупными крововызліаніями.

Слиз. об. кишекъ блѣдна. Пейеровы бляшки нѣсколько припухли.

Въ обѣихъ бедренныхъ костяхъ уменьшеніе костно-мозгового канала.

Вблизи верхнихъ эпифизовъ костный мозгъ студенистый, въ діафизахъ—по периферіи, костный мозгъ жировой, въ центрѣ—студенистый. Въ нижнихъ концахъ костный мозгъ лимфатическій, обильно пропитанный кровью.

Послѣвы, сдѣланные чрезъ часъ послѣ смерти изъ крови трупа, селезенки, почекъ и костного мозга дали, исключая почки, чистую разводку *Bact. coli*. Изъ почки получена кромя того и желтая сарцина.

Въ гнойникахъ почки найдены толстыя ниточки, иногда располагавшіяся въ видѣ вѣтвистыхъ цилиндровъ.

Frankel разсматриваетъ процессъ обратнаго развитія железъ и селезенки, а также наступившее въ короткое время уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови, какъ выраженіе истиннаго лейколиза, т. е. распада лейкоцитовъ не только въ мѣстѣ ихъ образованія, но и въ крови. Для этого необходимы особыя вещества, которыя вырабатываются бактеріями. Этотъ процессъ напоминаетъ, давно извѣстное, исчезновеніе некоторыхъ опухолей типа аденоидныхъ разрастаній подъ вліяніемъ рожистаго процесса, наступившаго въ нихъ. Что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ распаденіемъ лейкоцитовъ, а не съ измѣненіемъ дѣятельности кровотворящихъ органовъ, за это многое говоритъ.

Такъ, на окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозномъ мазкахъ крови, и изъ лимфат. железъ, попадаются кѣтки съ ядрами какъ бы зернистыми, или зазубренными, или съ неясными, какъ бы расплывающимися, контурами. Далѣе встрѣчаются только ядра съ образованіями, описанными Hindeburgъ'омъ подъ именемъ гроздевидныхъ. Наконецъ, наблюдаются большія пузырькообразныя кѣтки, внутри которыхъ расположены обмершіе лимфоидные элементы. Также есть и фагоциты. Особенно они хорошо видны въ лимфатическихъ синусахъ железъ. Дальѣйшія наблюденія покажутъ связь ихъ, если есть таковая, съ исчезновеніемъ лейкоцитовъ. За распаденіе лейкоцитовъ говорить и ухудшеніе общаго состоянія, которое началось вслѣдъ за уменьшеніемъ количества лейкоцитовъ. Конечно, оно зависитъ и отъ бактеріальной инфекціи. Frankel думаетъ, что оно всетаки зависитъ отъ распада лейкоцитовъ. Невольно припоминается опытъ съ впрыскиваніемъ фибринъ фермента, и мысль, что здѣсь ферментъ-нитоксикація, очень заманчива.

Чтобы имѣть мѣру степени распада бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ подъ вліяніемъ sepsis, когда у перваго больного лейкемическаго явленія исчезли, Frankel обратилъ вниманіе на количество выдѣляемой мочевой кислоты. Ея выдѣляется въ 3—4—5—6—разъ больше нормы.

Увеличеніе полипуклеаровъ вмѣсто монопуклеаровъ въ теченіи инфекціи, такъ что кровь получаетъ сходство съ простымъ сильно выраженнымъ лейкоцитозомъ, наблюдали въ своихъ случаяхъ Kovács, Freudenstein и Müller. По окончаніи инфекціонной болѣзни кровь становилась лейкемической. Полипуклеары почти совершенно исчезали.

Объяснить это можно двояко. Продукты жизнедѣятельности бактерій дѣйствуютъ на органы кровотоенія, вслѣдствіе чего образуются полипуклеары изъ монопуклеаровъ—какъ при ненарушен-

номъ теченіи лейкеміи. Это же возрѣвіе поддерживаетъ Müller. Нап., что вѣроятнѣе, вѣдреніе бактерій задерживаетъ—покрайней мѣрѣ на извѣстное время—вліяніе тѣхъ вредныхъ веществъ, которыя причина лейкемическихъ измѣненій, и отчего развиваются мононуклеары, которые, благодаря регуляторному дѣйствию организма—превращаются болѣею частію въ полинуклеары. Можетъ быть найдутся вещества, которыя въ состояніи будутъ возстановлять нормальныя свойства крови.

Richter и Spigo ¹⁾ въ случаѣ хронической лейкеміи вприскивали въ вены коричневую кислоту. До вприскиванія отношеніе бѣлыхъ кр. тѣлецъ къ краснымъ = 1 : 14. Мононуклеаровъ было 55%, полинуклеаровъ 45%. При введеніи 0.05 grm. коричневой кислоты, черезъ 3 часа, абсолютное количество лейкоцитовъ возросло съ 170.001 на 500.000 и мононуклеаровъ стало 14%, а полинуклеаровъ 86%.

Черезъ 14 часовъ размноженіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ приостановилось.

Ихъ количество достигло первоначальнаго состоянія, азатѣмъ началось постепенное паденіе. Черезъ 2 дня послѣ вприскиванія отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ кровянымъ кружечкамъ = 1 : 69 и постепенно подошло къ прежнему отношенію.

Субъективныя и объективныя явленія улучшились. Замѣчево было уменьшеніе опухоли лимфат. железъ и селезенки.

Frankel въ псевдолейкеміи не получалъ лейкоцитоза; онъ думаетъ, что нужно искать другія средства и обратить особое вниманіе на нарушенное превращеніе однихъ элементовъ въ другіе.

Müller ²⁾ въ теченіе года—съ іюня 1894 по іюль 1895, въ дѣтской клиникѣ и поликлиникѣ наблюдалъ три случая остропротекающей лейкеміи. Діагнозъ „острая лейкемія“ былъ поставленъ при жизни больныхъ, на основаніи клипического теченія болѣзни, а также и изслѣдованія крови.

1-й случай. Е. Д., 4 лѣтъ, происходитъ отъ здоровой семьи. За 8 мѣсяцевъ до настоящаго заболѣванія страдалъ воспаленіемъ мозга, которое прошло безъ всякихъ послѣдствій и закончилось полнымъ выздоровленіемъ. За 4 недѣли у больного было какое-то заболѣваніе, сопровождавшееся кашлемъ и повышеніемъ т°, ради котораго онъ былъ положенъ въ больницу и по прошествіи 3-хъ недѣль выписанъ.

¹⁾ Arch. f. exp. Path. und Pharmacol. Bd. 35. S. 23.

²⁾ E. Müller. Zur Kenntniss der Leukämie im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. Bd. 43. 1896. S. 13.

сань значительно поправившимся. За послѣднія 4 недѣли пациентъ сильно побѣдѣлъ и сильно похудѣлъ. Въ теченіе послѣднихъ дней больной жаловался на частыя головныя боли, неспокойный сонъ и однажды имѣлъ сильное носовое кровотеченіе. 28 января появились боли въ животѣ и запоръ.

29 янв. 1895 г. больной принятъ въ дѣтскую клинику (Charité).

При осмотрѣ больного въ клиникѣ кромѣ блѣдности и малости найдена язва, величиною съ бобъ, помѣщавшаяся на задней стѣнкѣ подъ правой миндалиной. Кругомъ язвы разбѣсны отдѣльныя съ булавочную головку кровоизліянія. Слизистая оболочка рта и зѣва темнокрасна. Десны безъ кровоизліяній. Миндалины нѣсколько увеличены, налета на нихъ нѣтъ. Подчелюстныя и затылочныя железы увеличены до размѣра горошины. На лѣвой сторонѣ шеи лимфатическія железы образуютъ начетъ величиной съ дѣтскій кулачекъ. Прочія наружныя железы не увеличены.

Со стороны легкихъ и сердца измѣненій нѣтъ. Пульсъ 152, правильный, малъ. t° 37°.

Животъ мягокъ, безболѣзненъ. Тупой звукъ печени по I. mamillaris на 3 пальца спускается ниже края реберной дуги. Край печени легко ощущивается.

Селезенка умѣренно увеличена; она въ длину 13 см. и шириной 10 см. При пальпации даетъ впечатлѣніе плотной опухоли.

На различныхъ мѣстахъ конечностей видны мелкія, блѣднокрасныя точки. Моча безъ бѣлка. Удѣльный вѣсъ 1013.

30 янв. Утр. 40. Дых. 36. Пульсъ 160. Ува темнокрасна, кроваво инфильтрирована и опухшая. Подсчетъ тѣлецъ крови далъ: эритроцитовъ 1.508.000, бѣлыхъ кров. тѣлецъ 109.600. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 13. Содержаніе гемоглобина 35—40%. Вечеромъ t° 40.8.

31 янв. Утр. t° 39.1. Дых. 40. Пульсъ 178, малъ, неправиленъ. Мочи 560 см³. при удѣльномъ вѣсѣ=1000; бѣлка нѣтъ. Появились вновь кровоизліянія, величиной съ чечевичу, на кожѣ, особенно на тыльной поверхности правой кисти и праваго предплечія, на шеѣ, затылкѣ и позади правато уха. На лучевой сторонѣ праваго предплечія кромѣ того произошло кровоизліяніе въ подкожную клетчатку, выступающее въ видѣ узла темно синяго цвѣта, величиной съ лѣсной орѣхъ.

Язычекъ мягкаго неба меньше опухъ, но окрашенъ въ грязно сѣровато-красный цвѣтъ и сверхъ того слѣва обложенъ желтовато-зеленымъ налетомъ. Кверху являясь язычка язва, съ коноплянне зерно величиной, окруженная мелкими кровоизліяніями. Въ 10 ч. введено 1000 единицъ Беринговской антидифтерійной сыворотки; тотчасъ же на мѣстѣ впрыскиванія появились точечныя кровоизліянія. T° въ 6 ч. вечера 39.2.

1. II Въ 4 ч. утра появилось внезапно сильнѣйшее носовое кровотеченіе, которое едва удалось остановить.

т° 38.2. Дых. 34. Пульсъ 178, очень малъ, неравномѣрный и неправильный. На задней стѣнкѣ гѣза появились облохваты пленки.

Посѣвами на питательныя среды обнаружены: *staphylococcus*, *b. coli* communiis и *staphylococcus citreus*. Дифтерійныя бациллы не были найдены. Такимъ образомъ извочки и инфильтраты лейкомической природы.

Исследование крови дало: эритроцитовъ 1.684.000. бѣлыхъ кров. тѣлецъ 33.800. Отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ—1 : 18.

Вечерняя т°=38°.

п. Т. утромъ 36.6. Пульсъ едва ощутимъ, около 120. Дых. 38.

Въ почвъ былъ стулъ—жидкій, темно-окрашенный, съ большими свертками крови.

Подсчетъ тѣлецъ обнаружилъ: эритроцитовъ 1.362.000, бѣлыхъ кров. тѣлецъ 46.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ—1 : 30.

На мягкомъ небѣ и языкѣ сѣровато-бѣлый налетъ. Дифтерійныхъ бациллъ нѣтъ. Вечерняя т° 38.

вч. Т° 38.4 Дых. 40. Пульсъ малъ, мягокъ; считать невозможно.

У больного рвота и стулъ съ кровью. Рѣзкая блѣдность кожи. Число и величина кровоизліяній на гѣлѣ увеличилось. На груди и на спинѣ выступили темносиніе узлы.

При поворачиваніи больного на бокъ вытекаетъ вонючая, нѣсколько густая, кровянисто-гнойная жидкость.

Счисленіемъ тѣлецъ обнаружено: эритроцитовъ 1.232.000, бѣлыхъ кров. тѣлецъ 6.800. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ—1 : 180.

Вечеромъ въ 7 ч. †.

При вскрытіи найдены на правомъ вѣкѣ, на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ частію точечныя, частію распространенныя по поверхности кровоизліянія.

На эндокардіи праваго сердца множественныя точечныя кровоизліянія. Мускулатура блѣдная и сильно жирно дегенерирована.

Слиз. об. зѣва и языка слегка некротизированы и покрыты дифтеритическимъ налетомъ, распространившимся на сильно опухшія надгортанникъ, lig. ary-epiglottid. и голосовыя связки.

Селезенка увеличена. Фолликулы слегка гиперплазированы.

Почки увеличены, блѣдны, пропитаны мелкими кровоизліяніями.

Мезентеріальныя железы сильно гиперплазированы.

Фолликулы и пейеровы бляшки только у *Valv. Bauhinii* сильно припухли.

Слиз. об. тонкихъ кишекъ на значительномъ протяженіи обложена дифтерійнымъ налетомъ и изъязвлена.

Печень несколько увеличена; рисунокъ ясенъ; бѣдна жиромъ.

На слиз. об. желудка многочисленныя кровоизліянія и мѣстами аррозіи. Въ лимфѣ точечныя кровоизліянія.

Патолого-анатомическій діагнозъ: *Diphtheria faucium et laryngis haemorrhagica. Lymphadenitis parenchymatosa universalis. Haemorrhagia multiplex cutis, peri-et-endocardii, ventriculi et testiculorum. Nephritis et hepatitis parenchymatosa. Enteritis diphtheritica. Metamorphos. adipos. Myocarditis. Anaemia universalis.*

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ сердцѣ замѣчено слабое разлитое жировое перерожденіе и мѣстами кровоизліянія. Лимфогенитъ.

Въ печени кругло-кѣлочковая инфильтрація вокругъ сосудовъ междоульковой соединительной ткани.

Въ почкахъ—слабое помутненіе эпителия витыхъ канальцевъ и мѣстами мелкія скопленія круглыхъ кѣлочекъ.

Подсчетъ кровяныхъ тѣлецъ далъ слѣдующіе результаты:

	Красн. кров. тѣл.	Бѣлыхъ кров. тѣл.	Отнош. между бѣл. и красп.
30:	1.508.000.	109.600	1 : 13.
1 п	1.684.000.	93.800.	1 : 18.
2 п	1.362.000.	46.000.	1 : 30.
3 п	1.232.000.	6.800.	1 : 180.

На препаратахъ крови фиксированныхъ въ цархѣ 40% формалина въ продолженіи $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты и окрашенныхъ эозинъ-гематоксилиномъ видно, что главную массу бѣлыхъ тѣлецъ образуютъ мононуклеары, въ меньшемъ количествѣ наблюдались лимфоциты и въ крайне маломъ числѣ встрѣчались Ehrlich'овскіе полинуклеары. Изъ 1184 бѣлыхъ тѣлецъ: мононуклеаровъ 1011, лимфоцитовъ 143 и полинуклеаровъ 30.

Но по мѣрѣ того какъ число лейкоцитовъ уменьшалось при дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни, мѣнялось и отношеніе между ними—число мононуклеаровъ уменьшалось, а полинуклеаровъ нарастало. На препаратѣ, взятомъ за нѣсколько часовъ до смерти, видны почти одни только полинуклеары съ эозинофильными нейтрофильными зернышками.

Измѣненіе процентнаго отношенія между бѣлыми кровяными тѣльцами въ теченіе болѣзни E. Müller ставитъ въ рядъ наблюдений, сдѣланныхъ раньше Eisenlohr'омъ¹⁾, Neuck'омъ²⁾,

¹⁾ Virchow's Arch. Bd. 73. 1878. S. 56.

²⁾ Dasselbe. Bd. 78. 1879. S. 475.

Seelig'омъ¹⁾, и A. Fraenkel'емъ²⁾ и даетъ тоже объясненіе, какое дали H. F. Müller³⁾ и A. Fraenkel, т. е. вліяніемъ серпіс на кровообразующіе органы и на бѣлыя кровяныя тѣльца.

2-й случай. Ричардъ S., 4 лѣтъ. Родители живутъ въ просторномъ, сухомъ подвальномъ этажѣ; здоровы; въ семьѣ достатокъ. 8 сестеръ и братьевъ малютки здоровыя и цвѣтущія дѣти. Пациентъ между ними самый крѣпкій. Никакихъ заболѣваній въ семьѣ, которыя могли бы оказать вліяніе на здоровье малютки, не было. Будучи 2 лѣтъ, онъ перенесъ корь.

Въ теченіи 4—5 недѣль дитя жаловалось на боль во всемъ тѣлѣ и на слабость. Очень сонливъ, раздражителенъ, мраченъ. Состояніе малютки мѣняется: днями лучше, днями хуже. По словамъ матери, это стоитъ въ связи съ погодой.

28 IV 1895. Мать замѣтила у ребенка на ногахъ въ области лодыжекъ небольшой отѣкъ и высыпь, особенно въ области колѣна, синеватыхъ пятнышекъ, величиной отъ маленькой булавочной головки до чечевицы. 29 IV въ поликлиникѣ болѣзнь признана за Reliosis rheumatica.

10 IV. Состояніе малютки ухудшилось. Ребенокъ почти весь день лежитъ въ постели. Настроеніе спокойнѣе, но дитя часто плачетъ и жалуется на боли, которыя однако не локализируются. Высыпь заняла уже все тѣло. Появились на спинѣ, груди и вѣкахъ, особенно верхнихъ, узлы, производящіе впечатлѣніе кровоподтековъ. Они величиною до лѣсного орѣха, синеватого или темно-багрового цвѣта, плотной консистенціи. Общіе кожные нѣсколько блѣдны.

Шейныя и подчелюстные лимф. железы увеличены, отъ горошины до боба величиной. Остальныя лимфатическія железы не увеличены. Слиз. об. рта и гѣба гиперемированы. Временами ребенокъ выхаркиваетъ понемногу крови. Со стороны легкихъ и сердца отклоненій не замѣчается. Пульсъ 140. Печень по сосковой линіи на палецъ выдается изъ за края реберной дуги. Селезенка увеличена, по l. sterni—costalis на 3 пальца ниже реберъ. Аппетитъ плохой.

10/XIII. Т° 39.4. Пульсъ 148. Дыханій 34.

Въ крови красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2.380.000 и бѣлыхъ 212.000. Отношеніе между бѣлыми и красными=1 : 12.

Болѣзнь признана за острую лейкемію. «Die Form der rothen Blutkörperchen liess im Zusammenhang mit dem klinischen Bilde jetzt die Diagnose einer acuten Leukämie sicher erscheinen».

¹⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. 1895.

²⁾ Deutsche Med. Wochenschrift № 40—42. 1895.

³⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 48. S. 51.

12/VI. t° 40. Пульсъ 164. Дыханій 34.

Подсчитать тѣлецъ далъ слѣдующее: красн. кров. тѣлецъ 2.374.000, бѣлыхъ 215.000. ; отношеніе между бѣлыми и красными какъ 1 : 11.

Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахару. Печень и селезенка безъ измѣненій.

13 VII. t° 38.4 Пульсъ 148. Дыханій 32. Больной очень слабъ, въ забытіи. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2.290.000, бѣлыхъ 208.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 11.5. Выхаркиваетъ небольшіе сгустки крови.

Слиз. об. щекъ пронизана кровоизліяніями, а также покрыта свертками крови. Десны диффузно красны. На тѣлѣ новыя кровоизліянія. На снѣгѣ свѣжіе болѣе крупныя экстравазаты. Печень и селезенка безъ измѣненій.

18/VII. Рано утромъ †.

Въ крови при микроскопическомъ изслѣдованіи преобладали большіе мононуклеары. Изъ 1135 бѣлыхъ тѣлецъ : мононуклеаровъ 951; лимфоцитовъ 171, полинуклеаровъ 13. При численіи лейкоцитовъ найдено 2 ядерныхъ эритроцита.

За два дня до смерти предпринятое опредѣленіе гемоглобина дало по Fleisch'ю содержаніе его отъ 25—30%.

3-й с л у ч а й. R. M., 4¹/₂ лѣтъ, третій ребенокъ въ здоровой семьѣ. Когда былъ 10-ти мѣсяцевъ, имѣлъ рахитъ. Два мѣсяца тому назадъ мать замѣтила припухшія железы за ушами, хотя теча не было. За послѣднія 4—5 недѣль Пациентъ сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ. Аппетитъ сильно понизился. Появились слабостъ и боли въ конечностяхъ. 8 дней тому назадъ опухли миндалныя и подчелюстныя железы. Третьяго дня мать замѣтила очень много мелкихъ синихъ пятенъ, разсыпавшихъ по всему тѣлу, особенно на ногахъ.

2/VII. Status praesens. Ребенокъ хорошо развитъ; подкожная жирная кѣтчатка атрофирована. Кожа умѣренно блѣдна. Губы, десны, слиз. об. рта и зѣва блѣдны. По обѣимъ сторонамъ шеи пакеты лимфатическихъ железъ, величиною по куриному яицу: отдѣльныя железы отъ горошины до кедроваго орѣха.

Въ сердцахъ и легкихъ уклоненій нѣтъ. Пульсъ малъ, 148. Печень и селезенка сильно увеличены. Печень по l. papillaris выдается на два пальца изъ за края реберъ. Селезенка занимаетъ почти всю лѣвую половину полости живота, внизу доходить почти до symphys'a. По всему тѣлу, безъ особой локализаци, разсыпаны геморрагич., величиной отъ булавочной головки до чечевицы, синеватаго цвѣта. Въ крови красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.308.000 и бѣлыхъ 420.000. Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ=1 : 3. T° 37.6.

6 VI T° 38.8. Пульсъ 132. Дых. 46.

Больной сильно ослабѣлъ. Блѣдность лица усилилась.

Пациентъ еще болѣе слабъ и поблѣднѣлъ. Лицо и вѣки нѣсколько отекли. Очаговъ кровоизліяній стало больше. Дыханіе затруднено. Со вчерашняго дня явилось послабленіе.

8 vi. T° 37.7. Пульсъ 132. Дых. 32.

Больной мало спалъ, часто бредилъ. Дыханіе еще болѣе затруднено. Въ стулѣ оказалась кровь. Въ 8 утра рвота массами шоколаднаго цвѣта. Въ теченіе дня наклонность ко рвотѣ. Повидимому, малютка не видитъ. Кровоизліянія на тѣлѣ стали величиною съ марку. Вечеромъ судороги въ челюстяхъ. Подергиванія въ лѣвой половинѣ тѣла. Правая—какъ бы парализована.

9/vi. Утромъ судороги и *exitus letalis*.

Вскрытіе родителями не разрѣшено.

Въ крови преобладали мононуклеары. Изъ 1118 бѣлыхъ тѣлецъ: мононуклеаровъ 1084, лимфоцитовъ 26 и полинуклеаровъ 8.

E. Müller рассматриваетъ этотъ случай, въ виду громадной селезенки, а хроническую лейкемію, которая быстро ухудшившись, можетъ быть подъ вліяніемъ неизвѣстнаго *virus'a*, протекла въ видѣ острой лейкеміи и въ теченіе нѣсколькихъ недѣль закончилась смертію.

Goldschmidt¹⁾, въ засѣданіи нюрнбергскаго общества врачей, 2 апрѣля 1896 г., сообщилъ исторію болѣзни и результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія дитяти, 2¹/₂ лѣтъ, умершаго отъ острой лейкеміи.

Ребенокъ до настоящей болѣзни былъ совершенно здоровъ, происходилъ отъ здоровой семьи. Въ концѣ декабря 1895 г. появилось припуханіе железъ на шеѣ, которое къ 11 января 1896 г. совершенно исчезло. 24 января сильно опухли миндалины и мягкое небо, принявъ багрово-красную окраску. Ребенокъ сильно недомогалъ. Со стороны внутреннихъ органовъ не было никакихъ явленій. 29 января замѣчено въ первый разъ опуханіе селезенки. Оно такъ быстро увеличилось, что къ 1 февраля нижній конецъ селезенки доходилъ до малаго таза. T° поднялась; она держалась между 38.5—39.5, пульсъ 140—150 въ 1". Печень также увеличилась; ея край на два пальца ниже реберной дуги. Лимфатическія железы на шеѣ также сильно опухли. Общее состояніе малютки стало постепенно ухудшаться. Въ мочѣ бѣлокъ и эпителиальные цилиндры. Кровь представляетъ рѣзко выраженное лейкемическое свойство. Послѣ нѣкотораго улучшенія въ общемъ состояніи больного и явленіяхъ болѣзни, между 8—11 февраля, наступило чрезвычайное ухудшеніе. Больной ребенокъ сталъ слабѣть, появился отекъ лица и нижнихъ конечностей. 26 февраля, при явленіяхъ крайней слабости, наступилъ *exitus letalis*.

При вскрытіи найдено опуханіе вѣсѣхъ лимфатическихъ железъ: отдѣльныя железы величиной отъ горошины до лѣсного орѣха. Селезенка сильно увеличена, 20 : 12 : 4 см., вѣсомъ 560 грм.; пульса буровато-красна, выстоитъ. Печень: 20 : 15 : 6, 5 см., вѣсомъ 860 грм.; наречима блѣдно желтовато-красна.

¹⁾ Münchener Medic. Wochenschrift № 30. 1896. S. 714.

Почки очень увеличены; ткань на разрьѣ рыхла. Кортикальнй слой утолщенъ, съ сѣровато-красными полосками. Пирамиды темно-красны.

Кровь подъ микроскопомъ представляетъ сильное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, особенно одноядерныхъ лейкоцитовъ; мало эозинофиловъ, ядерныхъ эритроцитовъ. Кристалловъ Charcot не было. При бактериологическомъ изслѣдованіи крови и органовъ положительныхъ результатовъ не получено.

Продолжительность болѣзни 4 недѣли.

Theodor ¹⁾, отмѣчая рѣдкость острой лейкеміи въ дѣтскомъ возрастѣ, пополняетъ литературу своимъ личнымъ наблюденіемъ.

Curt. D., 4 лѣтъ, сынъ владѣльца, въ послѣднее время пользовался прекраснымъ здоровьемъ и имѣлъ очень хорошій аппетитъ. 11 Авг. 1896 утромъ мальшъ упалъ съ лошади и ударился лицомъ и носомъ. Послѣдствіемъ паденія было необыкновенно сильное носовое кровотеченіе, которое не удалось остановить домашними средствами, а потому пришлось прибѣгнуть къ медицинской помощи. Приватъ-доцентъ д-ръ Lange остановилъ кровотеченіе только вечеромъ. При осмотрѣ дитяти найдены на конечностяхъ мелкія и болѣе крупныя кровяныя пятна, которыя, по словамъ родителей, существуютъ около 2 недѣль, и ими объяснились какъ бы слѣдствія рѣвности. Такъ какъ на лицо было острое заболѣваніе крови, то больного и переправили въ Кенигсбергъ. На консилиумъ были приглашены приватъ-доцентъ д-ръ Hilbert. Послѣдній нашелъ опуханіе железъ на шеѣ, подмышкой, на локтяхъ и въ пахахъ. Десны были нормальны. Легкія и сердце безъ измѣненій. Селезенка увеличена, плотна; передній край ея прощупывается при вдыханіи. Д-ръ Hilbert предположилъ, что у больного лейкемія, и такъ какъ болѣзнь началась, по видимому, быстро, то острая лейкемія.

13-го Изслѣдованіе крови подтвердило діагнозъ; дальнѣйшее теченіе показало, что діагнозъ—острая лейкемія, вполне справедливъ.

Съ 12-го—16-го особыхъ перемѣнъ въ состояніи больного не было. Носовое кровотеченіе не повторилось. 16-го в. вечеромъ наступило первое повышеніе t° до 38° , а на слѣдующій день появилось сильное кровотеченіе изъ мочевыхъ путей, какъ выяснилось въ послѣдствіи почечное.

20-го больной поступилъ въ клинику д-ра Theodora.

При осмотрѣ дитяти селезенка оказалась на 4 пальца выдается изъ за края реберной дуги, плотна, не чувствительна при давленіи. Печень не увеличена. Боли въ костяхъ при давленіи не замѣчается.

¹⁾ F. Theodor. Acute Leukämie im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 22. S. 47. 1897.

Исследование крови обнаружило увеличеніе числа лейкоцитовъ. Безъ исследования крови можно было бы поставить діагнозъ: *ragruga simplex* или *Morbus maculosus Werlhofii*. Въ виду свойствъ крови болѣзнь признана лейкемией.

22-ути. Почечное кровотеченіе продолжается. Замѣчены новыя свѣжія кровоподтеки, величиной въ уколъ иглой, на животѣ, плечахъ и ногахъ. Лимфатическія железы на шеѣ продолжаютъ опухать. Селезенка за эти два дня настолько увеличилась, что доходитъ почти до пупка. t^o 37.7. Мочи 850 грм. Пульсъ 130.

24-ути. Десны разрыхлены, кровависты, почти грязно окрашены и заходятъ по нижней челюсти почти до половины высоты зубовъ. Моча слабо окрашена кровью.

25-ути. Моча совершенно чистая.

День ото дня состояніе больного улучшается. Слиз. об. десенъ теряеть грязную окраску. Десны становятся тверже. Анеститъ, какъ у здороваго ребенка. Количество мочи отъ 1100—1200 grm; она свободна отъ бѣлка и сахара. Тѣ времена, когда повышается, но не выше 38.8°. Видъ лица и пульсъ (130—135 ударовъ въ минуту) остаются по прежнему неудовлетворительны. Въ составѣ крови также нѣтъ улучшенія. Она представляетъ типическую лейкемическую кровь. Лимфоцитовъ, по видимому, стало больше, чѣмъ было раньше.

4-йх. Такъ какъ ребенку стало значительно лучше, то онъ, по желанію родителей, 5-йх выписанъ домой. Проба крови, взятая въ этотъ день, не дала никакихъ отклоненій отъ прежнихъ пробъ.

Т heodor вновь увидалъ больного 12-йх, когда наступило ухудшеніе въ состояніи здоровья. При осмотрѣ ребенка онъ нашелъ, что селезенка настолько увеличилась, что на 11 см. выдается изъ за края реберъ въ брюшную полость. Въ нижней трети передняго края прощупывается глубокая вырѣзка. Выведеніе мочи нѣсколько затруднено. Мочонка и renis отечны. Въ слѣдующіе дни отеки исчезъ. Появились сильныя головныя боли, безпокойство, потеря сна и аппетита и сильное изхуданіе.

19-йх, т. е. въ концѣ 5-й недѣли болѣзни, появилась рвота. Позднѣ присоединился кашель.

21-йх, при явленіяхъ отека легкихъ, *exitus letalis*.

Подробнаго счета кровавыхъ тѣлецъ не было. Кровь исследовалась 13, 22, 25 августа и 5 сентября. 13 августа отношеніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ къ краснымъ = 1:9 (въ полѣ зрѣнія насчитано 9 бѣлыхъ и 79 красн. круж.), 5 сентября до = 1:3 (21 бѣл. и 58 красн.) Главную массу составляли лимфоциты; большихъ, кѣтокъ (Makzellen) было мало. По отдельности встрѣчались полинуклеары и зопинофилы.

В-г. В-г а ег дѣлаеъ посѣвы изъ крови на слѣд. питательныхъ средахъ.

- | | | |
|------------------------------------|---|----------------|
| 1. Лёфлеровская кровяная сывертка. | } | по 3 пробирки. |
| 2. Обыкновенный агарь | | |
| 3. Глицериновый агарь. | | |
| 4. Кровяной агарь. | | |
| 5. Агарь съ винограднымъ сахаромъ. | | |

Всѣ посѣвы остались стерильны.

Въ этомъ случаѣ можетъ быть несомненно считать этиологическимъ моментомъ.

Вскрытіе не было разрѣшено. Theodor разсматриваетъ этотъ случай какъ leucæmia lienalis et lymphatica acuta. Костный мозгъ, по видимому, не измѣненъ, такъ какъ при жизни въ костяхъ не замѣчалось болѣзненности.

(Продолженіе слѣдуетъ.)

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія и общая патологія.

Е. И. Дьяченко. *Къ вопросу о вліянніи инфекціи изъ кишечника на печень.* Врач. Газ. 1903. №№ 35—36.

Выяснивъ краткимъ литературнымъ очеркомъ, что въ вопросѣ о роли печени при инфекціи съ кишечника недостаточно отгѣнено значеніе состоянія самой печени въ борьбѣ съ инфекціей, авторъ хочетъ патолого-гистологическимъ изслѣдованіемъ представившагося ему случая содѣйствовать выясненію этого вопроса. Наблюденіе автора касается больного, поступившаго въ больницу съ явленіями легкаго зоболѣванія *icterus infectiosus*. Но вскорѣ начались осложненія, и больной погибъ при явленіяхъ тяжелой желтухи. Заданшись вопросомъ, почему въ данномъ случаѣ печень не могла справиться съ инфекціей, повидимому, легкой, авторъ находитъ отвѣтъ въ патолого-гистологической картинѣ органа. Оказывается, что печень, помимо явленій, свойственныхъ *icterus infectiosus*, представляетъ картину пирроза и гліанового перерожденія,—явленія не объяснимыя легкой острой инфекціей. И въ этомъ для даннаго случая лежитъ, по автору, причина слабости печени въ борьбѣ съ легкой инфекціей.

Хирургія.

И. Л. Штенштейнъ. *Случай рака грудной железы у мужчины.* Врач. Газ. 1903 г. № 33.

У 70-лѣтняго мужчины въ теченіе около 10 лѣтъ развилась въ правой грудной железнѣ опухоль, которая въ послѣдніе 3—4 года изъязвилась, при чемъ появились въ ней незначительныя боли. Опухоль

имѣет конусообразный видъ съ діаметромъ основанія, равнымъ 6 см. На ощупь у основанія дов. плотна, у верхушки нѣсколько мягче. У основанія имѣется отдѣльный грибовидный выростъ. Справа подъ мышкою прощупывается полушаровидный отдѣльный узелъ; лимфатическіе узлы лѣвой подмышки увеличены, плотны, безболѣзненны. Исключая по теченію болѣзни доброкачественнаго опухоли, при дифференціальной діагностики между саркомой и ракомъ остановились на послѣднемъ на основаніи возраста больного и качества опухоли. Больной оперированъ, черезъ 1½ года не обнаружено мѣстнаго рецидива.

А. Орловскій. *Къ казуистикѣ эхинококковъ съ рѣдкой локализацией.* Хирургія. т. XIII. № 78.

Авторъ приводитъ три встрѣтившіеся ему случая. Въ одномъ—у больной, которая явилась съ жалобой на заболѣваніе коленного сустава, была распознана бугорчатка послѣдняго. При операціи обнаружилось пораженіе сустава эхинококкомъ, при чемъ оказалось, что разрушенію подвергся нижній эпифизъ бедра, кости же голени не затронуты. Произведена ампутація. Эпифизъ оказался весь разрушеннымъ, а костномозговой каналъ выполненъ пузырями эхинококка, которые и выскоблены до верхняго эпифиза. Во второмъ случаѣ была предположена операція вылушенія туберкулезно пораженнаго шейнаго лимфатическаго узла. Оказалась эхинококковая киста съ исходнымъ пунктомъ въ межмышечной клѣтчаткѣ. Въ третьемъ случаѣ былъ поставленъ діагнозъ нагноившейся атеромы въ подкожной клѣтчаткѣ лѣвой половины грудной клѣтки соотвѣтственно двумъ послѣднимъ ребрамъ. По литературнымъ даннымъ, эхинококкъ костей встрѣчается въ 2,2—6% случаевъ, а эхинококкъ подкожной клѣтчатки еще рѣже.

С. Спасокукоцкій. *Пластика мочевого пузыря изъ кишки съ образованіемъ искусственнаго мочепріемника при эктопіи.* Хирургія. т. VIII № 78.

Имѣя больного съ эктопією мочевого пузыря и остановившись изъ существующихъ принциповъ леченія этого уродства на отведеніи мочи въ кишечникъ; авторъ выполнилъ это слѣдующимъ образомъ. Круговымъ разрѣзомъ по границѣ кожи вокругъ отверстія пузыря стѣнки послѣдняго отдѣлены и отсепарованы отъ клѣтчатки на 1½ пальца. По остановкѣ кровотеченія, закрывъ пузырь и рану, вскрыли выше брюшную полость по *lin. alba*. Въ рану выведена S-Ro-

танием и на границѣ верхней $\frac{1}{3}$ со среднею перерѣзана между зажимами. Послѣ этого центральный концы кишки вшиты въ геститъ въ ея началѣ и вправленъ, а изъ конца периферическаго отрѣзка, вытянутаго наружу и фиксированнаго надъ пузыремъ послѣднимъ швомъ брюшной раны, образована пластинка (продольнымъ разрѣзомъ) и соответственно окружена употреблена на образованіе передней стѣнки пузыря. Наложено два ряда швовъ—слизистый и мышечный. Благодаря этому закрытъ пузырь, а изъ S—Romanum получился моче-приемникъ, изолирующій мочевой пузырь отъ кала. По окончаніи пластинки, швы на кожные покровы въ области пузыря. Не смотря на то, что тутъ имѣлись уже рубцы—слѣды прежде бывшей операціи,—не смотря далѣе на то, что швы внизу разошлись, и рана была предоставлена рубцеванію, исходъ былъ удачнымъ. Въ области пузыря остался незначительный, не покрытый эпидермисомъ рубецъ. Функциональная дѣятельность моче-приемника вполне удовлетворительна.

А. Н. Шкарянъ. *О пищеводѣ у дѣтей.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 42 и 43.

Въ виду существеннаго практическаго значенія отсутствующихъ въ литературѣ анатомическихъ свѣдѣній о дѣтскомъ пищеводѣ, авторъ изслѣдовалъ 40 группъ различнаго возраста (отъ 2 дн. до 20 л.) и получилъ слѣд. данныя. До $9\frac{1}{2}$ мѣс. длина пищевода колеблется отъ 11 до 16,9 см.; отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника=0,53. Съ возрастомъ послѣдняя цифра постепенно уменьшается вслѣдствіе того, что пищеводъ, хотя и удлиняется, но отстаетъ въ ростѣ отъ туловища. Для 3—6 лѣтнихъ дѣтей она равна 0,47. Приблизительно постоянное цифровое отношеніе между длиною позвоночника и пищевода даетъ возможность опредѣлять (съ ошибкою до 1,5 см.) длину oesophagi по формулѣ, предложенной Морозовымъ: $x = a \times n$, гдѣ x —длина пищевода, a —длина позвоночника, n —отношеніе длинника обонхъ (0,53, 0,47, 0,26 для взрослыхъ). Форма дѣтскаго пищевода въ грудномъ возрастѣ представляется въ видѣ воронкообразной трубки съ небольшимъ расширеніемъ подъ cardia. У болѣе взрослыхъ она постепенно переходитъ въ обычно описываемую.—Вмѣстѣ съ анатомическимъ изслѣдованіемъ ширины органа путемъ измѣренія авторъ примѣнялъ провѣрочныя зондированія и приводитъ таблицу, указывающую №№ зондовъ, соответствующіе данному возрасту. Въ заключеніе излагаются нѣкоторыя гистологическія особенности дѣтскаго пищевода. Это во 1-хъ, слабое развитіе мышечныхъ слоевъ и обиліе клѣточныхъ элементовъ mucosae и submucosae; а во 2-хъ, слабое развитіе покрывнаго эпителия и недостатокъ слизистыхъ железъ.

Н. З. Яцута. *Два случая отсутствія epitrochleae humeri съ сесамовидными косточками во вспомогательныхъ связкахъ локтевого сустава въ одномъ случаѣ.* Рус. Хир. Архивъ. 1903 г. кн. 3.

Въ двухъ случаяхъ автору пришлось наблюдать почти полное отсутствіе epitrochleae humeri. Въ одномъ, какъ остатокъ epitrochleae, имѣется небольшой, съ довольно рѣзкими контурами бугорокъ, лежащій выше нижняго края trochleae на 2—3 см. Въ другомъ этотъ бугорокъ лежитъ на уровнѣ olecrani ulnae. Здѣсь отъ него начинается lig. accessorium mediale, въ волокнахъ которой найдена небольшая конусообразная (1,2 см. высоты и 1,5 діаметръ основанія) сесамовидная косточка. Положеніе послѣдней почти соответствуетъ положенію epitrochleae. Въ задней части суставной сумки имѣется еще сесамовидная, овальной формы косточка (1,3×0,8 см.) По предположенію автора, и въ первомъ случаѣ (который относится къ мацерированной кости) вѣроятно присутствовали сесамовидныя косточки. На основаніи немногочисленныхъ литературныхъ данныхъ, авторъ считаетъ описанную имъ аномалію крайне рѣдкою. Практическое значеніе ея онъ видитъ въ возможности ошибки при подозрѣніи на переломъ.

Н. М. Терешенковъ. *Къ вопросу о роли организма больного въ происхожденіи операціонныхъ и послѣопераціонныхъ осложненій: 1) о послѣопераціонной желтухѣ.* Рус. Хир. Архивъ 1903 г. кн. 3.

Разсмотрѣніе такого частнаго вопроса даетъ выводы болѣе общаго характера, потому что и въ отдѣльныхъ наблюденіяхъ этого рода выясняется существенная роль организма въ появленіи послѣопераціонныхъ осложненій вообще. Изъ разсмотрѣнныхъ 51 случаевъ, гдѣ, за исключеніемъ двухъ, была такъ или иначе затронута печень, оперированныхъ подъ хлороформнымъ наркозомъ, появленіе послѣопераціонной желтухи отмѣчено въ 10. Во всѣхъ этихъ случаяхъ операція была произведена на брюшныхъ органахъ. Появленіе желтухи можетъ быть отнесено къ слѣдующимъ этиологическимъ моментамъ. Въ меньшемъ числѣ случаевъ (3) вліяніе хлороформа должно быть исключено, такъ какъ холемія развилась здѣсь, какъ непосредственный результатъ, съ одной стороны, операціонной травмы печени (1 сл.) и съ другой—крайне вирулентной инфекціи (2 случ.) Въ остальномъ количествѣ случаевъ (7) развитіе желтухи можетъ быть приписано хлороформной интоксикаціи постольку, поскольку организмъ больного не въ силахъ былъ сопротивляться ей или въ силу общаго состоянія (ожирѣніе, алкоголизмъ) или при пораженіи только печени, развитомъ и осложненномъ заболѣваніемъ желудочнокишечнаго канала.

Г. А. Нолосовъ. *Случай сочетанія двуполостного мочевого пузыря съ удвоеніемъ одного мочеточника; происхождение и практическое значеніе этихъ аномалій.* Рус. Хир. Архивъ 1903 г. кн. 3.

При вскрытіи больного, умершаго при діагнозѣ: pyelocystitis tuberculosa (?) descendens, было обнаружено, что отъ правой почки отходятъ два мочеточника, изъ которыхъ верхній значительно расширенъ и извитъ, представляетъ рядъ кармановъ и выступовъ. Онъ идетъ сначала рядомъ съ нижнимъ, также расширеннымъ, ближе къ средней линіи, а потомъ оба мочеточника перекрещиваются. Левый мочеточникъ также расширенъ. Всѣ три мочеточника впадаютъ въ пузырь, но только отверстіе праваго верхняго облитерировано. Полость пузыря раздѣлена косвенно—сзади и сверху кпереди внизъ идущею перегородкою на двѣ камеры, между которыми имѣется сообщеніе лишь въ видѣ незначительнаго отверстія, пропускающаго зондъ 5—6-милліметроваго діаметра. Перегородка, при микроскопическомъ изслѣдованіи, оказывается содержащею всѣ составныя части стѣнки пузыря (кроме серозы) и въ силу этого должна быть сочтена за приращенную аномалію, какъ и удвоеніе мочеточника. Аномалія увеличенія числа мочеточниковъ, по нѣкоторымъ авторамъ, встрѣчается въ 1% (Krause), по другимъ—значительно рѣже. Она можетъ быть объяснена образованіемъ лишннихъ дивертикуловъ Вольфова протока при эмбриональномъ развитіи мочевого аппарата. Практическое значеніе этой аномаліи заключается въ возможности застоевъ мочи, давленія мочеточниковъ одинъ на другой, а при слѣбномъ окончаніи въ полости пузыря въ возможности закрытія отверстія уретры. По большей части аномалія обнаруживается на вскрытіи, но есть случаи прижизненнаго ея діагноза. Раздѣленіе пузыря принадлежитъ къ еще болѣе рѣдкимъ аномаліямъ. Придерживаясь теоріи Keibel'я—происхожденія мочевого пузыря изъ клоаки (путемъ дѣленія ея двумя боковыми складками на пузырь и гестум), авторъ ставитъ происхожденіе двуполостного пузыря въ зависимость отъ образованія третьей складки. Въ практическомъ отношеніи существованіе описанной аномаліи важно, какъ благоприятное условіе для образованія цистита и какъ препятствіе къ опорожненію пузыря, особенно при катетеризаціи.

Б. Е. Гершуни. *Къ вопросу объ оперативномъ леченіи слоновости.* Рус. Хир. Архивъ. 1903 г. кн. 3.

Въ качествѣ этиологическаго момента elephantiasis'a большинство авторовъ указываетъ на повторныя появленія воспалительныхъ (лимфангоитическихъ, рожистыхъ) процессовъ, въ результатъ чего появляется уплотненіе тканей и вслѣдствіе давленія послѣднихъ на вены и лимфатическіе сосуды образованіе трансудата. Въ случаѣ, опи-

связанномъ авторомъ, начало болѣзни относится къ дѣтскому возрасту; съ этого времени замѣчено постепенное увеличеніе лѣваго бедра, а позднѣе мошонки, которая къ 22 году достигала громадныхъ размѣровъ. Она спускается до нижней трети бедра; окружность ея сверху=42 см., въ срединѣ 64, внизу 69 см.—Въ леченіи elephantіазиса примѣнялись: бинтованіе, массажъ, вырѣзываніе различныхъ веществъ, парсвязка приводящаго артеріальнаго ствола, удаленіе части пораженныхъ участковъ. По отношенію къ scrotum высказываются за ея ампутацію. Въ описываемомъ случаѣ была удалена избыточествующая часть ткани, освобожденъ нѣсколько погруженный въ опухоль penis и сдѣлана соответствующая пластика. Послѣоперационный періодъ правиленъ. Черезъ годъ не констатировано увеличенія мошонки.

В. И. Лисянскій. *Къ казуистикѣ операций выключенія кишки при леченіи каловыхъ свищей.* Хирургія т. XIV. № 82.

Присутствіе калового свища является однимъ изъ показаній къ операціи выключенія кишки, примѣняемой въ настоящее время въ трехъ видахъ—энтероанастомоза и собственно выключенія одно и двухъ сторонняго. Примѣненіе операціи исключенія при каловыхъ свищахъ необходимо, по автору, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ невозможно въ силу какихъ либо условій примѣнить наиболѣе радикальный приемъ—резекцію кишки. Таковы, напр., каловые свищи при заболѣваніи толстой кишки. Что же касается выбора того или иного вида выключенія, то изученіе литературы обнаруживаетъ недостатокъ статистическихъ данныхъ для какихъ либо опредѣленныхъ выводовъ. Можно, впрочемъ, сказать, что простой энтероанастомозъ примѣнимъ при небольшихъ свищахъ, въ остальныхъ же случаяхъ необходимо дѣлать выключеніе. Въ двухъ, описываемыхъ авторомъ случаяхъ, не смотря на сдѣланную операцію энтероанастомоза, свищъ оставался, такъ что въ обоихъ случаяхъ онъ прибѣгнулъ къ круговой резекціи, которой и былъ достигнутъ надлежащій результатъ.

Г. А. Валяшко. *Травматическая киста поджелудочной железы.* Хирургія т. XIV. № 82.

Больная, наблюдавшаяся авторомъ, имѣла въ верхней части живота опухоль въ видѣ полушаровиднаго выпячиванія съ наивысшей точкой на срединѣ разстоянія между мечениднымъ отросткомъ и пупкомъ. Опухоль эластична, дов. значительно напряжена, ясно флюктуируетъ. Отношеніе опухоли къ окружающимъ частямъ таково, что

желудокъ лежитъ надъ опухолью, занимая верхнепереднюю поверхность ея: внизу опухоли проходить толстая кишка. Печень не связана съ опухолью. Справа опухоль доходит до продолженной передней аксиллярной линіи, слѣва прощупывается за продолженіемъ задней подмышечной линіи. Распознаваніе—эхинококковая киста сальниковой сумки. При операциі распознаваніе не вполне подтвердилось въ томъ отношеніи, что киста оказалась не эхинококковой, а кровяной. Согласно классификаціи Кюте, авторъ называетъ ее ложной кистой pancreatis.—Разсматривая по поводу этого случая вопросъ о кистахъ поджелудочной железы по литературнымъ даннымъ, авторъ приходитъ къ слѣд., наиболее важнымъ выводамъ. 1. Въ этиологія кистъ на первомъ мѣстѣ стоятъ травмы, съ одной стороны, непосредственно вызывающія образованіе кисты и съ другой—служащія почвой для образованія интерстиціального панкреатита, на почвѣ котораго образуется киста впоследствии. 2. Эти истинныя кисты встрѣчаются значительно рѣже, нежели ложныя, представляющія собою кровоизліяніе или изліяніе панкреатическаго сока гдѣ либо въ окрестности pancreatis (сальниковая сумка, подбрюшная клетчатка), и часто возникающія безъ участія железы. 3. Ложныя кисты могутъ развиваться, какъ и истинныя, въ б. или м. отдаленный отъ момента травмы срокъ. 4. Симптомы тѣхъ и другихъ кистъ идентичны.

И. Овчинниковъ.

Внутренія болѣзни.

Dr. Arnold Goldmann. (*Die Therapie der Gegenwart, September. 1903*).

Д-ръ Гольдманъ съ большимъ успѣхомъ примѣняетъ наружно глюкозидъ салицина—saligenin'a при остромъ и хроническомъ полиартритахъ, при невралгіяхъ и невралгіяхъ n. trigemini и n. ischiadici. Для лучшаго усвоенія кожей и меньшаго ея раздраженія Saligenin примѣняется имъ въ соединеніи съ *diavasogenum purum spissum* въ различной концентраціи, въ зависимости отъ тяжести случая. При хроническихъ полиартритахъ авторъ примѣняетъ 10% жидкій растворъ Salicylvasogen'a, въ очень же тяжелыхъ случаяхъ въ соединеніи съ 6—10% растворомъ Iodvasogen'a.

При острыхъ полиартритахъ вначалѣ, первые два, три, дня авторъ совѣтуетъ лишь прикладывать къ воспаленнымъ суставамъ Salicylvasogen, намазавъ на трику, положить поверхъ слой ваты и слегка забинтовать. Такая процедура, совершается два раза въ день. Послѣ первыхъ же двухъ приложеній мази замѣчается постепенное умень-

неніе сильныхъ болей; больной становится спокойнѣе и температура тѣла понижается на $1-1,5^{\circ}$.

Послѣ же двухъ, рѣдко 3-хъ дней леченія замѣчаются болѣе существенныя измѣненія въ теченіи болѣзненнаго процесса: уменьшается отекъ и болѣзненность въблизи воспаленнаго сустава, исчезаетъ чувствительность при давленіи на самый суставъ и температура тѣла только на нѣсколько десятыхъ градуса держится выше нормы.

Въ этой стадіи болѣзни авторъ примѣняетъ уже втираніе вазогеновой мази въ пораженный суставъ два, три, раза въ день, съ послѣдующимъ завертываніемъ ватой и бинтованіемъ.

Такія процедуры больныя переносятъ хорошо въ теченіи долгого времени, 12—14 дней, при чемъ никакихъ побочных дѣйствій не замѣчается, наоборотъ въ первые уже дни у больныхъ улучшается аппетитъ появляется спокойный сонъ и выздоровленіе идетъ хорошо, гладко.

При хроническихъ полиартритахъ авторъ примѣняетъ съ самаго начала втираніе жидкаго 10% раствора salicylasogen'a по два, три, раза въ день и обыкновенно наступленіе улучшенія замѣчалось послѣ 3-хъ, 4-хъ дневнаго примѣненія мази, болѣе уменьшается и восстанавливается подвижность сустава.

Только въ нѣкоторыхъ очень упорныхъ случаяхъ приходилось примѣнять Salicyl vasogen въ соединеніи съ $6-10\%$ растворомъ Iodvasogen'a. При такой комбинаціи улучшеніе замѣчалось спустя двѣ, три, недѣли.

Въ случаяхъ средней силы излѣченіе однимъ Salicyl vasogen'омъ достигалось въ теченіи 2-хъ, 3-хъ мѣсяцевъ.

Такой хорошій результатъ авторъ отмѣчаетъ въ 4-хъ случаяхъ, гдѣ примѣненіемъ внутреннихъ средствъ и сѣрныхъ ваннъ достигалось лишь улучшеніе, послѣ же втиранія Salicyl vasogen'a наступило полное излѣченіе.

Очень быстрый и хорошій исходъ авторъ замѣчалъ отъ 10% Salicylasogen'a въ двухъ случаяхъ плевропалгій, развившихся послѣ инфлюэнцы у 47 лѣт. мужчины и у 32 лѣт. женщины. Плевралгическіе боли исчезли и болѣе не появлялись послѣ 4-хъ, 6, дней лѣченія втираніями мази, трижды въ день. Такой же хорошій результатъ получился и при невралгіи trigenitini и ischias, а также при остромъ и хроническомъ мышечномъ ревматизмѣ.

Авторъ отмѣчаетъ еще одинъ случай хронической крапивницы, гдѣ подъ вліяніемъ разныхъ средствъ болѣзнь лишь затихала, давая рецидивы черезъ три, четыре, недѣли; подъ вліяніемъ же 10% Salicylvasogen'a, рецидива не было въ теченіи 8 мѣсяцевъ.

Наружное примѣненіе Salicylvasogen'a въ теченіи продолжительнаго времени ни въ одномъ случаѣ не вызывало альбуминуриі.

А. К.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

1. Книги и монографіи.

**Врачебно-санитарный листокъ Симбирской губ. №№ 13—14 и 15—16-й.

**Врачебная Хроника Самарской губерніи № 7 іюль 1903 г.

**Краткій Обзоръ главнѣйшихъ остро-заразныхъ заболеванийъ въ 15 губерніяхъ.

**Остро-заразные заболевания по уѣздамъ Пензенской губерніи въ 1901 году.

**Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго медицинскаго общества за 1901 годъ.

**Протоколъ засѣданія Импер. Кавказскаго медицинскаго О-ва № 3-й, № 5-й.

**Протоколы Вилинскаго Медицинскаго О-ва № 1, № 2, № 3, № 4, № 5, № 6.

**Протоколъ засѣданія Харьковскаго медицинскаго Общества № 1 1902 № 11903 г.

**Сводъ свѣдѣній о ходѣ и распространѣніи важнѣйшихъ заразныхъ болѣзней въ Курской губ. за 1902 г.

**Свѣдѣнія о Врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболеванияхъ г. Одессы. № 19-й 1903 г.

**Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской г. № 10.

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

*Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Тверской губ. за сентябрь 1903 г.

*Труды Харьковскаго медицинскаго общества за 1902—1903 г. выпускъ 1-й.

*Труды Акушерско-гинекологическаго общества въ Москвѣ 1902 г.

*Труды Императ. Спб. Общ. Естествоиспытателей. Томъ XXXIII и протоколы засѣданій № 3-й.

II. Журналы, газеты и другія периодическія изданія.

*Акушерка. Книжка 12 ноябрь.

*Архивъ Ветеринарныхъ наукъ. Книга 10-я—Ивановъ М. Ф. Къ вопросу объ измѣненіи азотистыхъ веществъ въ плѣсневѣлыхъ кормахъ.—Кранинъ А. Удаленіе оперативнымъ путемъ иглы помѣстившейся между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ кошки.—Обуховъ С. В. Случай переноса сибирской язвы выдѣланной кожей.—Троицкій М. П. Лѣченіе мыщечнаго ревматизма подкожными впрыскиваніями *methye salicylic*.—Hocard. Пастереллозы.—Андреевъ Н. Ф. Исслѣдованія жира джугары.

*Вопросы Философіи и Психологіи сентябрь—октябрь. 1903 г. книга 69-я.

*Военно-медицинскій Журналъ ноябрь 1903—Шенилевскій Е. А. Микробиологическія основы ученія о ботулизмѣ и т. н. отравленіи мясомъ (окон.).—Далматовъ А. С. Сравнительныя данныя о смертности въ русской, французской и германской арміяхъ за 12-ти лѣтній періодъ 1889—1900 годъ.—Шульгинъ К. Я. Оперативная дѣятельность въ бригадномъ лазаретѣ отдѣльнаго корпуса пограничной стражи.—Бушневъ В. М. Случай самораненія солдата изъ 3-хъ линейной винтовки въ упоръ.—Авдѣевъ В. Ф. Некрозъ костей твердаго нбса.—Любомудровъ П. В. Случай кишечной формы сибирской язвы.—Тыжискино А. М. Къ казуистикѣ осложненій брюшного тифа.—Голыницъ М. И. Случай первичной саркомы задняго грудного средостѣнія.—Федоровъ С. Обзоръ мѣръ, которыя были принимаемы къ сохраненію здоровья нашихъ войскъ въ степныхъ походахъ.—Шаняевскій С. А. Боевая стрѣльба легкой батареи съ открытіемъ перевязочнаго пункта.—Тоцальскій Н. Н. Заразныя болѣзни на театрѣ военныхъ дѣйствій въ Сѣверномъ Китаѣ въ 1900 году.—Негодаевъ А. П. О менструальныхъ психозахъ.—Перовишниковъ В. А. Случай обоюдосторонняго *isebias traumatica*.—Сассапареля І. В. О значеніи массажа при леченіи глазныхъ болѣзней.

**Врачебная Газета №44-й—Высоковичъ. О легочной формѣ сибирской язвы въ Камышинскомъ уѣздѣ, Саратовской губ. и о мѣрахъ борьбы съ нею.—Брейтманъ М. Я. Можно-ли считать такъ наз. болѣзнь little'я особой болѣзненной формой.—Тирютинъ Д. А. Два случая остеомалачіи.—Бѣлоглазовъ М. Къ гематологій цинги.

№ 45-й—Смоленскій П. О. Къ вопросу о пищевыхъ нормахъ для больныхъ пользующихся въ лечебныхъ заведеніяхъ.—Оаверскій Н. В. Ото-рино-ларингология въ лечебницѣ О-ва Тульскихъ врачей за 1901 г. и за первую половину 1902 г.—Центлинъ Ю. Г. Случай меланосаркомы vulvae.—Бѣлоглазовъ (продолженіе).

№ 46. Карницкій. Случай копростазъ съ каловой опухолью въ толстыхъ кишкахъ у мальчика 2-хъ лѣтъ.—Смоленскій П. О. Къ вопросу о пищевыхъ нормахъ для больныхъ пользующихся въ лечебныхъ заведеніяхъ.—Давровъ О. А. Случай кисты праваго боковаго желудка.—Бѣлоглазовъ М. Къ гематологій цинги.—Олешиковъ Г. Н. Нѣкоторое упрощеніе при центрифугированіи микроскопическихъ осадковъ.

№ 47-й—Блюменгау М. Б. Объ острой бугорчатой пневмоніи.—Карницкій А. О. (окончаніе).—Бѣлоглазовъ М. (окончаніе).—Гиппе Э. Э. Случай острой желтой атрофіи печени.

**Вѣстникъ Грезвосты, октябрь №№ 106, 107, 1903 г.

**Дѣтская медицина № 4—5-й—Федоровъ Н. Н. Случай острого на-кожного заболѣванія съ рѣзкимъ пораженіемъ слизистыхъ оболочекъ.—Беркспеймъ О. пессхарномъ мочеиспуреніи у дѣтей.—Лалинь М. О. О бронхіктазіяхъ у дѣтей.—Гогитидзи К. С. О междолевыхъ плевритахъ.—Винокуровъ Н. Я. Случай столбняка у дѣвочки 11 лѣтъ травматическаго происхожденія, пользовавшийся противустолбнячной сывороткой съ выздоровленіемъ.—Румянцевъ Ф. Д. Скарлатина въ Ивано-Матренинской дѣтской больницѣ въ г. Иркутскѣ за пять лѣтъ (1897—1901)—Соколовъ. Случай отравленія сапониномъ.—Михайловъ. Два случая тетаніи.—Черно-Шварцъ. Случай прогрессивной мышечной дистрофіи.—Жуковский Рѣдкій случай непроходимости кишекъ у ребенка. Заворотъ кишекъ и язвы желудка.

**Дѣятель № 11 ноябрь 1903 года.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней октябрь 1903 г.—Феноменовъ. Н. Н. Къ вопросу о примѣненіи ауриналина въ акушерствѣ и гинекологіи.—Бурдзинскій Т. А. Кесарское сѣченіе на мертвой. Живой плодъ.—Букоемскій Ф. В. Къ вопросу о заживленіи брюшной раны послѣ чрезвѣщенія (окон.)—Александровъ А. Н. Гонорройный процессъ у женщины и его рациональная терапия (окончаніе).—Подгорецкій Е. и Столыпинскій В. 1000 чрезвѣщеній произведенныхъ проф. Н. Н. Феноменовымъ (продолженіе).

**Журналъ Общества русскихъ Врачей въ память Пирогова № 5 октябрь—Клевезаль С. Къ вопросу о реорганизациіи губернскихъ зем-

скихъ больницъ.—Юрковскій. Къ вопросу о группировкѣ профессиона. занятій для цѣлей санитарныхъ изслѣдованій.—Астровъ П. Краткій очеркъ призрѣнія дѣтей перваго возраста въ Парижѣ.—Глиманъ С. О борьбѣ съ пьянью (окончаніе).

•*Записки русскаго бальнеологическаго общества въ Пятигорскѣ томъ VI № 2.

•*Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи № 12

•*Медицинская Бесѣда № 20—С. Врачебная помощь переселенцамъ.—Постовцевъ Г. И. Санитарное состояніе ремесленного промысла въ Дмитровскомъ уѣздѣ Московской г.

№ 21-й Никольскій Д. П. Профессиональная гигиѣна въ ряду общественныхъ наукъ.

•*Медицинскій Журналъ Доктора Окса. ноябрь.—проф. Гохе Задачи врача при помѣщеніи душевно-больного въ больницу.—Кальвингъ Н. И. Краткіе курсы фармакогнозіи для фельдшерскихъ школъ.

•*Медицинское Обозрѣніе № 19-и—Пожарскій. Объ амилоидныхъ опухоляхъ конъюктивы глаза.—Онъ же. 27 случаевъ образованія кости внутри глаза.—Суховъ. Примѣненіе лимонно-кислой мѣди при трахомѣ.

№ 20-и—Кабалковъ. Случай холецистэктоміи съ холедохотоміей.—Усовъ. Кріоскопія мочи при экссудативномъ плевритѣ.—Красновъ. Вліяніе дифтерійнаго токсіна на сердце и дыханіе животныхъ.

•*Медицинскій Сборникъ Кавказскаго медицинскаго О-ва № 65.—Весселоворовъ М. Н. «Сельско-врачебная часть въ Закавказьѣ ея исторія, современное положеніе и предстоящее преобразование»—Кикодзе Г. С. «Врачебная помощь сельскому населенію въ Тифлисской губерніи»—Вацадзе С. П. «Желательная организація медицинской помощи сельскому населенію Закавказскаго края.

•*Неврологическій Вѣстникъ томъ XI вып. 3.—Вишневскій А. В. Къ вопросу о периферической иннервации прямой кишки.—Левинъ І. А. Къ ученію о перекрестномъ спиваніи нервовъ.—Ораовъ К. Х. Къ ученію объ измѣненіяхъ глаза при хроническомъ отравленіи спорыньей и ея препаратами.—Образцовъ В. П. Случай гемиплегіи, осложненной противоположной гемипарезей.

•*Практическій Врачъ № 43,—Алексѣевъ М. М. Къ казуистикѣ камней уретры.—Георгіевскій Б. А. О пролежняхъ гортани при интубаціи. (продолженіе)—Руска К. П. Легочно-сердечныя разстройства при заболѣваніи желчныхъ путей. (оконч.)

№ 44-й Ковбалец. Прочность результатовъ оперативнаго леченія выпаденія матки.—Фишкельштейнъ Б. К. Случай правосторонняго поддіафрагмальнаго интубришиннаго нарыва трауматическаго происхожденія.—Георгіевскій Б. А. (продолженіе).

№ 46-й—Сегаловъ Е. Къ вопросу о связи между полиуріей, сахарнымъ мочеизнурениемъ и Аддисонной болѣзью.—Кофманъ С. В. Значеніе современной ортопедіи въ невропатологіи.—Смирновъ Н. А. Изъ земской хирургической практики.—Гликиманъ Т. С. Случай частичнаго сращенія малыхъ половыхъ губъ.

**Русскій Врачъ № 44-й—Заблудовскій И. В. Физическія упражненія при болѣзненныхъ процессахъ.—Петерсъ Р. А. 2 новыхъ и 1 старый признакъ тетанія; ихъ примѣненія къ распознаванію нервныхъ болѣзней у дѣтей и къ вопросу о «скрытой тетаніи» (окон.)—Кнопце, Б. С. Нѣсколько случаевъ дѣченія сырымъ мясомъ (зомотерапія) бугорчатки легкихъ.—Шефтель Б. Г. Значеніе цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ вообще и для хирургіи почекъ въ особенности—Рошевскій С. П. Изъ Офтальмологическихъ наблюденій.

№ 46—Зивертъ А. К. Рѣдкій случай сосудистаго шума въ области печени.—Заленскій Т. В. Къ вопросу о раковомъ перерожденіи кожныхъ яичника. (окон.)—Герасимовичъ В. П. О кровавой рвотѣ при перитонитѣ.—Щепинскій А. А. Периодическая пареплегія.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и венерическихъ болѣзней № 10 октябрь 1903 г.—Павловъ П. А. Къ вопросу о такъ называемыхъ доброкачественныхъ образованіяхъ кожи.—Богровъ С. Л. О дѣйствіи Беккерелевскихъ лучей на животный организмъ.—Долгополовъ П. М. Къ вопросу о продолжительности теченія заразнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи.—Варинскій М. Твердый шанкръ нижней губы у 13-ти мѣсячнаго ребенка—Суковъ Н. Къ терапевтическому дѣйствию гермофенила.—Дедюринъ И. П. О методахъ леченія паховыхъ бубоновъ.—Зеленевъ И. Перелой у девятилѣтней дѣвочки.

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ № 20.—Палимсестовъ Б. П. О терапевтическомъ дѣйствиі Albargin'a при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ соединительной оболочки глаза—Бирюлевъ М. Итоги и впечатлѣнія 2-го бальнеологическаго сѣзда.—Тиховъ П. И. Основы современной клинической хирургіи.—Зеренинъ Б. П. Къ этиологіи и леченію слоновости.—Григоровичъ Н. Г. Къ леченію слоновости.—Флеровъ А. А. Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.—Разумовскій В. И. О хирургическомъ леченіи стриктуръ тонкой кишки.

№ 21.—Донсковъ Н. А. Манія въ судебномъ отношеніи.—Бирюлевъ М. Итоги и впечатлѣнія 2-го бальнеологическаго сѣзда.—Даркшевичъ Н. Н. Къ успѣху объ Адисоновой болѣзни.—Войновъ Б. Н. Дифтерія и дифтеритныя бациллы при скарлатинѣ.

**Сибирскія Врачебныя Вѣдомости № 22-й.

**Терапевтическій Вѣстникъ № 21-й—Панченко В. К. Современная животная терапія, какъ методъ леченія.

№ 22-й Панченко В. К. (продолженіе).

**Технологъ № 8 1903 года.

****Университетскія Извѣстія Кіева № 9 сентябрь—Доктъ Т. В.**
Плажность почвы въ связи съ культурными и климатическими условіями.—Канъ
А. Г. Желатина какъ кровоостанавливающее средство въ области гинекологіи.—
Тартаковский С. Ф. О всасываніи и усвоеніи желѣза.

****Ученія Записки Импер. Казанскаго Университета**
Книга 11-я ноябрь 1903. Котовщиковъ П. Руководство къ клиническимъ методамъ
изслѣдованія внутреннихъ болѣзней.

****Электричество сентябрь № 18 № 19-й.**

Н. Осокинъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— 4 Декабря состоялось соединенное засѣданіе Казанскаго Общества врачей и юридическаго Общества, въ которомъ прив.-доц. А. И. Елистратовъ сдѣлалъ докладъ на тему: «медицинская статистика защитниковъ врачесбыполицейскаго надзора за проститутіею». Докладчикъ вполне заслуженно былъ награжденъ шумными аплодисментами многочисленной публики. Въ этомъ блестящемъ докладѣ авторъ съ безспорною очевидностью выставилъ на видъ всю тенденціозность статистики регламентистовъ, а путемъ таблицъ и диаграммъ выяснилъ полную научную несостоятельность регламентаціи. Считаю, такимъ образомъ, пользу регламентаціи научно недоказанной, а между тѣмъ эта регламентація закрѣпощаетъ женщину и лишаетъ ее гражданскихъ правъ, докладчикъ всецѣло становится на сторону абolicіонизма. Курьезно между прочимъ маленькое обстоятельство: просматривая статистику регламентистовъ, (особенно русскихъ) авторъ доказалъ, что эта статистика безбожно грѣшитъ не только противъ основныхъ законовъ статистики, но.... и противъ нѣкоторыхъ изъ 4-хъ правилъ ариѳметики! Такъ, въ статистическихъ данныхъ д-ра Штюрмера (изъ г. Кунгура, Пермской губ.) большая часть цифровыхъ выводовъ ариѳметически не вѣрна, а между тѣмъ эти данныя сослужили свою службу сторонникамъ регламентаціи на съѣздѣ сифилитологовъ въ 1897 году, подтвердившемъ пользу регламентаціи!

— Едва ли въ какой либо другой наукѣ найдется такая масса научныхъ предразсудковъ, какъ въ медицинѣ. Эти предразсудки получаютъ иногда санкцію университетскихъ преподавателей, въ нихъ воспитывается университетская молодежь, съ ними эта послѣдняя, по окончаніи курса, входитъ въ жизнь, и распространяетъ ихъ среди общества, «не вѣдая, что творить». Возьмемъ хотя бы, для примѣра, вопросъ о половомъ воздержаніи. Никто, нигдѣ и никогда не доказалъ научно, что половое воздержаніе вредно вліяетъ на организмъ человѣка, что оно производитъ заболѣваніе организма. Правда, проф. Чижевскій хотѣлъ свести причину кататоніи на половое воздержаніе, но наблюденія всѣхъ остальныхъ авторовъ, имѣвшихъ дѣло съ кататоніей, совершенно опровергаютъ это заблужденіе проф. Чижева. Между тѣмъ, несмотря на такое отсутствіе научно доказаннаго

вреда отъ воздержанія, нѣкоторые врачи (А. Д. Абутковъ и М. П. Гундоровъ. «Русскій Врачъ», № 46, 1903 г.) считаютъ, что даже предложеніе проповѣди полового воздержанія, особенно въ возрасты наибольшаго напряженія полового чувства, каковымъ и является возрастъ учащихся, слѣдѣли можетъ разсчитывать на признаніе его даже благимъ пожеланіемъ, и что предложеніе проповѣди полового воздержанія при современномъ строѣ жизни слѣдѣли можетъ имѣть какіе либо результаты!!—Безспорно, гдѣ ужъ тутъ надѣяться на успѣшность проповѣди полового воздержанія, когда сами врачи страдаютъ доселѣ невоздержаніемъ выдавать предразсудки за истину, когда они сами съ большою покорностью складываютъ руки въ борьбѣ со зломъ, въ которомъ они немало виноваты. Если бы всѣ врачи вездѣ и всюду твердили, что воздержаніе половое не вредно, если бы врачъ, излѣчившій, положимъ, перелой у молодого человѣка, говорилъ ему: «сиди и не грѣши впредѣ» или: «живи и бери примѣръ съ своей взрослой сестры, которая доселѣ не знаетъ мужчинъ», а не будетъ давать такихъ милыхъ совѣтовъ: «воздержитесь, молодой человѣкъ, пока недѣльки двѣ» или: «посмотримъ, не будетъ-ли у Васъ послѣ coitus'a капельки по утрамъ и гонокковокъ по вечерамъ», и т. д., тогда, навѣрно, не встрѣтилось бы такой острой необходимости въ учрежденіи особыхъ обществъ для борьбы съ половыми болѣзнями, какъ то проектируетъ почтенное Харьковское дерматологическое общество. Несомнѣнно, при существующихъ взглядахъ очень многихъ врачей и публики на половыя болѣзни учрежденіе такого общества не только вполне своевременно, но и прямо необходимо. Съ учрежденіемъ этого общества явится возможность начать систематическое, научное изученіе вопросовъ, относящихся къ физиології половой жизни вообще и въ частности къ физиології полового акта. Какъ извѣстно, этой области научная мысль совершенно почти не касалась, если не считать имѣющихся по этому вопросу нѣсколькихъ отдѣльныхъ работъ (Кавалевича, Пуссена, Ліона). Кромѣ того, имѣющее быть основнымъ общество получить возможность приняться за постепенное искорененіе заблужденій родителей при воспитаніи своихъ дѣтей, держащихся доселѣ мнѣнія, что «былъ молодцу не въ укоръ», что «безъ сношенія у юноши въ 16 лѣтъ кровь бросится въ голову и съ нимъ слѣдѣтся воспаленіе мозга» и т. д.

Позволительно надѣяться, что вновь нарождающееся общество среди другихъ своихъ высокихъ задачъ не забудетъ и вопроса о несчастномъ наслѣдіи предковъ—двойственной нравственности обоихъ половъ: что позволительно юношѣ, то невозможно дѣвушкѣ, такъ гласятъ доселѣ правила почти каждаго семейнаго очага. Вѣнцомъ дѣятельности этого общества будетъ, по нашему мнѣнію, перемѣна этого изрѣченія въ сердцахъ и умахъ воспитателей въ слѣдующее: что непозволительно дѣвицѣ, то непозволительно и юношѣ! Нравственность должна быть одна для обоихъ половъ!—«Капля точитъ камень».... быть можетъ, и энергичныя усилія проектируемаго общества подточатъ въ корень старыя взгляды.

— Въ Казани, по инициативѣ преподавателей университета, проектируется учрежденіе высшихъ женскихъ курсовъ съ историко-филологическимъ и физико-математическимъ отдѣленіями. Попечитель Казанскаго учебнаго округа г. Спѣшкѣ въ отношеніи къ этой мысли очень сочувственно и обѣщалъ свою полную поддержку при представленіи ходатайства объ этомъ въ министерство. Да и дѣйствительно нельзя не привѣтствовать этотъ проектъ, если вспомнить какимъ громаднымъ успѣхомъ пользовались здѣсь систематическіе курсы по физико-математическимъ наукамъ и по медицинѣ, читанные года 3—4 тому назадъ. Весьма часто огромный актовъ залъ университета не могъ вмѣщать всѣхъ слушателей, среди которыхъ три четверти были женщины. Такое количество слушательницъ ясно показываесть, какъ повѣла нужда въ высшемъ образованіи у женщинъ.

— По слухамъ, Министерство народнаго просвѣщенія нашло невозможнымъ утвердить выборы медицинскаго факультета на кафедру кожныхъ и венерическихъ болѣзней при Казанскомъ университетѣ, освободившуюся за выходомъ въ отставку, по выслугѣ установленнаго срока, заслуженнаго ординарнаго профессора А. Г. Гс, который и назначенъ вновь официальнымъ преподавателемъ и директоромъ дерматологической казанской клиники.

— Въ Ноябрь 1903 года въ Казанскомъ университетѣ защитили диссертации на степень доктора медицины—и. о. прозектора и ассистента анатоміи, лекарь А. В. Вишневецкій подъ заглавіемъ «къ вопросу о периферической иннервации прямой кишки»; лекарь І. А. Левинъ на тему—«къ учению о перекрестномъ сшиваніи нервовъ»; лекарь Н. С. Власовъ на тему—«иннервация движеній мочевого пузыря». Всѣ три работы—экспериментальныя и произведены въ физиологической лабораторіи о. проф. Н. А. Миславскаго.

А. Оаворскій.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

Оригинальные статьи.

- Борманъ В. Л. Современная хирургія и ея отношенія къ практической медицинѣ 380.
- Идельсонъ Е. М. Изъ наблюдений надъ учебной командой 230-го Восточнаго резервнаго батальона 1.
- Идельсонъ Е. М. Къ статистицѣ испытуемыхъ въ годности къ военной службѣ въ Казанскомъ военномъ госпиталѣ. 184.
- Ладыгинъ М. И. Отчетъ по стерлитамакской Земской Больницѣ. Съ 1-го Іюля 1902 года по 1 Іюля 1903 г. 437.
- Любимовъ Н. М. Къ ученію объ острой лейкеміи 229. 345. 483.
- Любимовъ Н. М. Верльгофова болѣзнь или острая лейкемія? 515.
- Никольскій А. Д. Современное состояніе курорта Сергіевскихъ стѣнныхъ водъ (въ Самарской губ.) 393.
- Никольскій А. Д. Бактеріологическое изслѣдованіе воздушной пыли въ усадьбѣ Казанскаго военнаго госпиталя и въ его зданіяхъ 577.
- Овчинниковъ П. Я. Случай врожденнаго отсутствія почки (aplasia s. agenesis renis). 586.
- Сергѣевъ Л. А. О терапевтическомъ значеніи тавноформа 12.
- Сергѣевъ Л. А. Отравленіе 3-хъ лѣтняго ребенка карболовой кислотой при наружномъ употребленіи съ исходомъ въ выздоровленіе 411.
- Сергѣевъ Л. А. Къ казуистикѣ іодизма Thyreoiditis acuta 433.
- Сергѣевъ Л. А. Случай скрытой формы лихорадки. 435.

- Чарушинъ Ѳ. Н. Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ анатомическихъ нервныхъ узлахъ сердца у человека. 455.
- Чалусовъ М и Фофановъ Л. *Lymphangioma cavernosum cutis femoris dextri* 135.

Рефераты.

- Бактеріологія. 24. 150.
- Внутреннія болѣзни. 31. 684.
- Дѣтскія болѣзни 33.
- Нервные болѣзни 559.
- Общая патологія 24. 678.
- Патологическая анатомія 24. 150. 678.
- Психіатрія 19. 149. 279. 399. 557.
- Фармакологія 554.
- Хирургія 34. 151. 282. 547. 678.

Обзоры.

- Котовщикъ Н. М. Обзоръ работъ подіагностики патологии и терапіи заболѣваній аппарата кровообращенія 53. 157. 291. 407.

Медицинскія общества.

- 3-й Сѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ 207. 519.
- Письма въ редакцію 81.
- Библиографическій указатель 69. 217. 335. 415. 560.
- Хроника и мелкія извѣстія 100. 226.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Автоматическіе нервные узлы у человека 455.—Автопластика щечного своденія челюстей 46.—Анатомія почекъ 550.—Аневризма брюшной аорты—ея леченіе и распознаваніе 289.—Алкоголики—ихъ леченіе гипнотизмомъ 281—Аппаратъ

кровообращенія—діагностика, частная патологія терапія захворюванія его 53. 156, 291, 407.—Артеріосклеротическій процессъ въ аортѣ молодыхъ индивидовъ 26.

В.

Болезнь желчнокаменная 286.—Брюшной тифъ—измѣненіе печени 28.—Бугорковое воспаленіе брюшины—леченіе его чревосѣченіемъ 42.—Бугорчатка хирургическая—средства борьбы съ нею 51.

В.

Верльгофова болезнь или острая лейкемія 515.—Военная служба—къ статистикѣ въ годности для нея. 103.

Г.

Галлюцинаторный психозъ, развивающійся при пораженіи органа слуха 404.—Gastrostomia при ракѣ пищевода 547.—Гемолитическая сыворотка вліяніе ея на числовой составъ элементовъ крови 24.—Геморроидальные узлы—круговое вырѣзываніе ихъ 41.—Гипернефромы 150.—Гипнотизмъ въ терапіи душевныхъ разстройствъ 279.—Гипнотизмъ при леченіи алкоголиковъ 281.—Глисты ленточныя 31.—Глухонѣмота истерическая 558.—Грыжи рѣдкія 553.—Грыжи застарѣлыя—затрудненія при сѣченіи ихъ 153.—Грыжи пузырныя 151.

Д.

Deciduoma malignum 27.—Dementia praecox 21.—Дермографизмъ бѣлый и красный у душевно-больныхъ 557.—Душевные расстройства—значеніе гипнотизма въ терапіи 279.

Ж.

Желчнокаменная болезнь 286. Желтуха послѣоперационная 681.

З.

Заживленіе прободенной кишки подъ зажимающими щипцами Ревя 284.—Зараженіе кишечной палочкой и палочкой брюшного тифа 28.

И.

Измѣненія патолого-анатомическія мозговой коры въ двухъ случаяхъ преждевременнаго слабоумія 149.—Изсѣченіе гортани при раковыхъ новообразованіяхъ Изсѣченіе крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей шеи 47.—Имму-

низация против стафилококковъ 30.—Инородныя тѣла въ пищеводѣ 47.—Инфекція изъ кишечника—ея влияние на печень 678.—Истерическая глухонѣмота 558.

К.

Каловые свищи—къ вопросу о леченіи ихъ 52.—Карболовая кислота—отравленіе 3-хъ лѣтняго ребенка при наружномъ употребленіи ея 431.—Кисты воздушныя кишечника 37.—Киста травматическая поджелудочной железы 683.—Кистомы овариальныя 48.—Клептоманія 24.—Кресцовокопчиковая область—врожденные опухоли ея 26.—Кровоточивость ребенка 33.

Л.

Лейкемія острая 229, 345, 484.—Лейкоциты—судьба ихъ при воспалительномъ новообразованіи соединительной ткани 25.—Ленточныя глисты 31.—Лихорадка скрытая 435.—Локтевой суставъ—отсутствіе *epitrochleae humeri* съ сесамовидными косточками 681.—*Lymphalgia cavernosum cutis femoris dextri* 135.

М.

Macrosomia partialis, какъ результатъ хроническаго раздраженія *nervis sympathici* 36.—Манія въ судебномъ отношеніи 558.—Медицина практическая и отношеніе къ ней хирургіи 380.—Меланхолія 21.—Мочевой пузырь—пластика 679. Мочевой пузырь двуполостной съ удвоеніемъ одного мочеточника 682.—Мочеспускательный капаль—суженіе его 155.—Мочеточники—топографическое положеніе ихъ 43.—Мутизмъ истерическій 23.—Морганіевъ желудочекъ—выворотъ его 283.

Н.

Наблюденія надъ учебной командой 230-го Встлужскаго резервнаго батальона 1.—Навязчивыя мысли 405.—Наркозъ скополаминовый 38.—Невролизины 150.—*Neoplasma hepatis* 155. Новообразование воспалительное соединительной ткани и судьба лейкоцитовъ при этомъ 25.

О.

Ожогъ—психовъ послѣ него 23.—Олово, какъ средство противъ ленточныхъ глисть 31.—Омертвѣніе тонкихъ кишекъ на почвѣ общаго артеріосклероза 547.—Операция выключенія кишки при леченіи каловыхъ свищей 683.—Операция радикальная паховыхъ грыжъ по способу Symonds'a 549.—Оперативное леченіе брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени 34.—Оперативное леченіе прободнаго перитонита при брюшномъ тифѣ 48.—Опухоли врожденные кресцовокопчиковой области 26.—Опухоли надпочечнаго происхожденія 150.—Опухоли неба 552.—Опуханіе шеи—изсѣченіе крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи ихъ 287.—Очистка механическая рукъ 45.

II.

Падучая травматическая—трепанация при ней 351.—Парт—примѣненіе его въ гинекологіи и хирургіи 32.—Paralysis alienum progress familialis. 402.—Перевязка одновременная наружной подвздошной артеріи, бедренной артеріи и бедренной вены 43.—Перевязка бедренныхъ артеріи и вены при вывихѣ крупнаго жироушка бедра 44.—Перитонитъ прѣбывающій при брюшномъ тифѣ—леченіе его 48.—Перевязка общаго сонной артеріи по поводу огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти 49.—Пищеводъ у дѣтей 680.—Пневмонія послѣоперационная 354.—Поврежденіе аппарата, разгибашаго коленную 45.—Почка—отсутствіе одной изъ нихъ у больного гнойнымъ гепатитомъ 30.—Психозъ послѣ ожога 23.—Психозъ корсаковский—распознаваніе его 398.—Психозъ галлюцинаторный при пораженіи органа слуха 404.

Р.

Ракъ грудной железы у мужчины 678.—Ракъ пищевода—gastrostomia 347.—Ракъ желудка—наложеніе кишечнаго имперфемнаго свища при ракѣ желудка 283.—Раненія огнестрѣльныя головного мозга 33.—Раненія спинного мозга 359.—Раннее слабоуміе 19.

С.

Salicyl-vasogen—его терапевтическое значеніе 684.—Сальникъ—удаленіе его при перекручиваніи 39.—Сведеніе щелочное челюстей—леченіе автопластикой 46.—Свищи каловыя—леченіе ихъ 32.—Сетинкопѣзія первичная, осложненная пристѣночнымъ эмболическимъ эндокардитомъ 32.—Сергиевскія сѣрные воды 393.—Сибирская язва—рѣдкіи случаи по локализаціи 46.—Слабоуміе преждевременное 149.—Слабоуміе раннее 19.—Слоновость—оперативное леченіе ея 682.—Спинной мозгъ—раненія его 359.—Стерилизаторъ дѣйствующій текущимъ паромъ высокой температуры 40.—Стерлитамакская Земская больница 437.—Сѣмевыносящій протокъ—вліяніе резекціи его на тонусъ сфинктера мочевого пузыря 154.—Сѣмянныя нути—анастомозы ихъ при резекціи придатка 37.—Съуженія мочеиспускательнаго канала 155.—Съуженія рубцовыя пищевода—леченіе ихъ электролизомъ 49.

Т.

Танноформъ—его терапевтическое значеніе 12.—Терапія душевныхъ расстройствъ—значеніе гипнотизма 279.—Thyreoiditis acuta 483.—Тонусъ сфинктера мочевого пузыря—вліяніе на него резекціи сѣмевыносящаго протока 154.—Травматическая падучая—трепанация при ней 351.

У.

Уретротомія внутренняя при суженіяхъ мочеиспускательнаго канала 155.—Устройство народныхъ лечебницъ для алкоголиковъ—основные къ тому принципы 280.

Ф.

Фетишизмъ —объ одной своеобразной его формѣ 404.—Флегмона желудка 389.

Х.

Haemothorax смертельный негравитатическій у новорожденного 288.—Хирургія легкихъ 548.—Хирургическое леченіе непроходимости привратника желудка 40.—Хирургическія наблюденія 153.—Хирургія оперативная—задачи ея преподаванія 282.—Хирургія половая 151.—Хирургія современная и ея отношеніе къ практической медицинѣ 380.—Хирургія рака пищевода 547.—Хлороформъ продажный 554.—Холелитіазъ —его симптомы при страданіяхъ поджелудочной железы 286—Choriocarcinoma 27.

Ц.

Цефаломы заднія 283.—Цинга—нѣкоторыя данныя на основаніи сравнительныхъ наблюденій въ ея эпидеміи 1899 и 1902 гг. 243.—Циррозъ атрофическій печени—оперативное леченіе брюшной водянки при немъ 34.

Ч.

Чревостѣченіе при бугорковомъ воспаленіи брюшины 42.

Э.

Эмболія легочной артеріи при переломѣ обѣихъ нижнихъ конечностей 155.—Эндокардитъ эмболическій 32. Эхинококки съ рѣдкой локализацией 679.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ.**А.**

Айхенвальдъ Л. И. 558.—Алтуховъ Н. В. 43.—Анфимовъ 21.—Артемовъ А. А. 402.

Б.

Байковъ В. Ф. 152, 153.—Бауэръ Б. 46.—Бернштейнъ А. Н. 19. 402.—Бехтеревъ В. М. 404.—Боголюбовъ В. 37.—Болдыревъ В. С. 558.—Борманъ В. Л. 380.—Бутенко А. А. 399.—Бѣловскій Г. Д. 24.

В.

Валяшко Г. А. Васильевъ М. А. 154.—Венгловскій Р. І. 42.—Виноградовъ Л. 25.—Воробьевъ В. А. 286.

Г.

Ганнушкинъ П. Б. 21.—Гейнацъ В. П. 38, 549.—Гершуни Б. Е. 682.—Глассонъ В. П. 48.—Гольбекъ 151.—Goldmann А. 684.—Гороховъ Л. Р. 416.—Грековъ П. 52.—Гуревичъ М. Ю. 289.

Д.

Данцигъ А. Н. 32. Дерюжинскій С. Ф. 554.—Дочевскій И. И. 31.—Донсковъ А. 558.—Дьяконовъ П. И. 256. Дьяченко Е. И. 678

Ж.

Желтоножскій Т. Н. 547.—Жуковский В. П. 33, 288.

З.

Зельдовичъ Л. Б. 49.—Зендеръ В. Н. 288.—Зиминъ А. П. 45.—Зимницкій С. С. 26.

И.

Идельсонъ Е. М. 12, 103.—Ильинъ П. В. 283.

К.

Кадынь А. А. 37.—Канцель Е. С. 48 Kargewski 548.—Козленко М. Ф. 52.—Козловскій И. I. 34.—Колосовъ Г. А. 682.—Колотинскій В. Д. 20, 21, 24, 150.—Константиновичъ В. 4, 289.—Котованиковъ Н. И. 53, 156, 280, 407.—Крюковъ М. М. 150.—Креверъ А. Р. 27.—Кузнецкій Л. 284.

Л.

Лавровъ О. А. 50.—Ладыгинъ М. И. 437.—Lauggaard 554.—Левинъ I. А. 216, 334.—Левчаткинъ В. И. 282, 403.—Любимовъ Н. М. 229, 445, 484, 515.—Любовскій М. 556.—Любушинъ А. А. 149.—Лисянскій В. И. 683.—Лысенковъ Н. К. 282.

М.

Максимовъ А. 25.—Муравьевъ В. В. 280.

Н.

Напалковъ Н. М. 45, 285.—Никольскій А. Д. 396.

О.

Овчинниковъ П. Я. 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 156, 290, 684.—Орловъ В. Н. 36.—Орловскій А. 679.—Орнатскій 89, 90.—Осокинъ П. Е. 80, 225, 343, 429, 691.

П.

Петровъ Н. П. 26.—Пириоз 150.—Пуссепъ Л. М. 35.

Р.

Разумовскій В. И. 153.—Ригъ К. 281.—Романинъ І. А. 43.—Рудневъ В. П. 557.—Рыбаковъ О. Е. 280.

С.

Серапинъ К. П. 552.—Сергѣевъ Л. А. 17, 431, 433, 435.—Сивре А. В. 26, 99, 151, 575.—Сколовубовъ А. Д. 23, 559.—Смирновъ К. Н. 155.—Сорокиковъ Г. В. 406.—Спасокукоцкій С. 40, 681.—Спижанскій П. К. 551.—Стороженко В. А. 40.—Сухановъ С. А. 21, 399, 405.

Т.

Гатариновъ Д. И. 47, 283.—Терещенковъ Н. М. 553.—Тонковъ В. Н. 550.—Топорковъ Н. Н. 22, 23.—Тринклеръ Н. 39.

Ф.

Фармаковскій Н. В. 50.—Фирштенбергъ С. Г. 155.—Флеровъ Л. 284.—Фонанзя Л. Л. 135.

Х.

Хворостанскій М. А. 44.

Ц.

Цареградскій А. А. 404.

Ч.

Чалусовъ М. 135.—Чарушинъ О. Н. 455.—Чеканъ 547.—Черемухинъ М. С. 47.—Червонцовъ А. Н. 28.

Ш.

Шатенштейнъ И. Л. 678 Шабковъ А. И. 243. Шкаринъ А. Н. 680.

Ю.

Юкельсонъ М. Б. 41.

Ѳ.

Ѳаворскій А. В. 102, 227, 694.—Ѳедоровъ С. П. 287, 553.

Я.

Яцута К. З. 681.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

XX

1904.

XX

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„Практическая медицина“.

Въ 1904 г. въ журналѣ «Практическая Медицина» помѣшены будутъ слѣдующія сочиненія: 1. Eulenburg, проф., Kolle, проф. и Weinsand, проф. «Руководство клиническихъ методовъ изслѣдованія» и ихъ примѣненіе для спеціальной врачебной діагностики. Томъ I, II, III, IV. Съ многочисл. черными и многими разноцвѣтн. рисунками въ текстѣ и съ хромолитограф. фототипич. таблицами. 2. Casper, проф. «Руководство къ урологіи», со включеніемъ болѣзней мужского полового аппарата. Съ рис. въ текстѣ. 3. E. Wirth, проф. «Руководство къ изученію акушерства». Съ 575 объяснителн. рисунками и таблицами. 4. Ed Lang, проф. «Руководство кожныхъ болѣзней». Съ 87 рис. въ текстѣ. 5. G. Sultan, проф. и E. Schreiber, прив.-доц «Первая помощь въ несчастныхъ случаяхъ». Обработано спеціально для врачей. Съ рис. въ текстѣ. 6. Carl Rosenthal, д-ръ. Языкъ и состояніе его при различн. заболѣваніяхъ. 7. V. Hammerschlag, прив.-доц. Терапія ушныхъ болѣзней съ 29 рис. въ текстѣ. 8. Клиническія лекціи по различнымъ отраслямъ терапіи, какъ оригинальныя, такъ и пераодныя. (Клин. лекціи будутъ выдѣлены въ отдѣльн. книжки и разосл. при «Врач. Газ.»).

XI

Врачебная Газета.

XI

Программа изданія слѣдующая:

I. 1) Оригинальныя и переводныя статьи, иллюстрированныя, при надобности, рисунками. 2) Фельетоны по вопросамъ врачебнаго быта и по всѣмъ воп-

ОБЪЯВЛЕНИЯ

рочамъ, такъ или иначе имѣющимъ отношеніе къ врачу или къ врачебному словію. 3) Рефераты всѣхъ оригинальныхъ статей, напечатанныхъ въ общихъ и специальныхъ русскихъ медицинскихъ журналахъ. 4) Рефераты изъ иностранной печати. 5) Рецензы. 6) Отчеты о запискахъ диссертаций въ Академіи и университетахъ. 7) Отчеты о засѣданіяхъ столичныхъ и провинціальныхъ медицинскихъ обществъ. 8) Рецензіи. 9) Корреспонденціи. Письма съ курортовъ. 10) Житіи общественной медицины. 11) Хроника и мелкія извѣстія. 12) Некрологи. 13) Объявленія.

II. Терапевтическій отдѣлъ «Врач. Газ.» orig. статьи, рефераты, обзоры нов. лѣк. средствъ; составъ лѣк. средствъ, рецензіи, рецензы.

III. Отдѣлъ общественной Санитаріи и Гигіены: orig. статьи и обзоры. Врачебно-санитарное законоположеніе въ Россіи и заграничѣй. Рефераты научн. изслѣдованій, съ обращен. особ. вниманія на вопросы, близко касающ. современ. общественнаго здравоохраненія. Рецензіи. Библіографія.

IV. Справочный отдѣлъ: офиц. и неофициальн. свѣд. о врачахъ, разъясненія и ответы въ томъ числѣ и по вопросамъ юридическаго характера, вакант. мѣста, библіографическій указатель диссертаций выходившихъ въ Россіи и заграничѣй. Книги, выходящія въ Россіи, Германіи и Франціи, а по мѣрѣ возможности и въ другихъ странахъ. Книги, поступившія въ редакцію.

V. Клиническія лекціи

по всѣмъ отраслямъ медицины. При выборѣ этихъ лекцій редація будетъ руководствоваться стремл. помѣщать лекціи, посвящен. тѣмъ вопросамъ, которые не нашли себѣ мѣста въ помѣщаемыхъ въ наст. году въ журналѣ руководствѣхъ и монографіяхъ; онѣ будутъ служить самостоят. изданіемъ для отдѣльн. подписч. на «Врач. Газету».

Редакторы журнала «Практическая Медицина» и «Врачебной Газеты» д-ра:
А. А. Лозинскій и О. А. Луцъ.

Издатель В. С. Эттингеръ

Цѣна журнала «Практическая Медицина» вмѣстѣ съ «Врачебной Газетой» 10 р. съ перес. и доставкой. Заграницу 14 р.

Отдѣльная подписка на «Практическую Медицину» безъ «Врачебной Газеты» не принимается.

Для желающихъ допускается разсрочка подписной платы: при подпискѣ— 2 р. 50 к., 1 Апрѣля, 1 Юля и 1 Октября—по 2 р. 50 к.

Цѣна «Врачебной Газеты» безъ «Практической Медицины», по съ Клиническими лекціями: на годъ 5 р., на полъ-года 2 р. 50 к. и на 3 мѣс. 1 р. 25 к.

Пробные номера газеты и полный подробный каталогъ изд. журн. «Практическая Медицина» высылаются безплатно.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, улица Жуковскаго, 13, въ конторѣ журнала «Практическая Медицина» и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“

Гигиенический семейный журналъ

(11-й годъ изданія)

Выходятъ два раза въ мѣсяцъ.

Популярныя статьи о здоровьи и болѣзняхъ. Общедоступныя статьи о человѣческомъ тѣлѣ и уходѣ за нимъ. Сохраненіе здоровья, предохраненіе отъ болѣзней, леченіе домашними средствами. Гигіена мужчины и женщины. Школьная гигиена и воспитаніе дѣтей. Практическія свѣдѣнія по до и хозяйству. Домашняя аптека и домашній лечебникъ. Бесплатныя медицинскіе совѣты подписчикамъ, касательно ихъ здоровья и болѣзней.

Всякій интеллигентный читатель, дорожающій своимъ здоровьемъ, найдетъ много полезнаго для себя въ журналѣ БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ! Въ провинціальной семьѣ, гдѣ часто приходится не только лечиться самому безъ помощи врача, но и лечить окружающихъ, этотъ журналъ можетъ замѣнить собой домашняго врача. Дешевая подписная цѣна дѣлаетъ его доступнымъ для каждаго.

Подписная цѣна съ пересылкой: годъ 4 рубля, полгода 2 руб.
Адресъ: С.-Петербургъ; журналу Будьте Здоровы!

Редакторъ-Издатель Д-ръ И. Зарубинъ.

Открыта подписка на 1904 годъ.

Ж У Р Н А Л Ъ

„ТЕХНОЛОГЪ“

Годъ изданія 7-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Описаніе техническ. новѣйшихъ изобрѣтеній и усовершенствованій. Техническ. описаніе городскихъ хозяйствъ. Электричество. 2) Описаніе цѣлыхъ техническихъ производствъ. 3) Смѣсь:—краткія техническ. и сельско-хозяйственныя новости. 4) Техн. библіографія. Техническ. образованіе. 5) Распор. касающ. заводской промышленности. Привилегіи. 6) Чертежи, рисунки, планы. 7) Объявленія.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Въ 1904 г. будетъ помѣщено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Рецепты для промышленности и хозяйства.

Въ 1904 г. будетъ приложена книжка: Денатурализация спирта и значеніе ея въ промышленности (За лучший способъ Денатурализации спирта Министерство Финансовъ назначило премію въ 50000 руб.).

Обширная программа съ рисунками.

Цѣна журнала за годъ съ прилож. и перес. 5 р. Адресъ редакціи журнала «Технологъ», Одесса, Театральн. пер., д. № 12.

Подписка принимается у К. Риккера СИБ. Въ книжныхъ магазинахъ «Новое Время» въ Петербургѣ, Москвѣ, Харьковѣ, Кіевѣ, 1 г. Оглоблина въ г. Кіевѣ и въ конторѣ редакціи—Одесса, Театральн. пер. с. д. № 12.

Приложенія къ журналу «Технологъ»:

Въ 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 г. были приложенія: Пастеризованный виноградный сокъ (ц. 50 к.)—Кальціумъ карбидъ и карборундумъ (ц. 50 к.)—О поляхъ орошенія (цѣна 30 к.)—Успѣхи кожевеннаго производства (ц. 1 руб.)—Объ оползняхъ и обвалахъ въ г. Одессѣ и др. (ц. 30 к.)—Рецепты для промышленности и хозяйства продолженіе въ №№ (ц. по 30 к. №). Профильная сталь.—Бактеріи урожая (ц. 50 к.). Успѣхи техники передъ началомъ XX вѣка, съ многими рисунками (ц. 1 р.) Рецепты. Производство соснового масла (ц. 50 к.) Мальцевъ и Мальцовскіе заводы.—Вискоза и значеніе ея въ техники и др.

Въ 1904 г. при журналѣ «Технологъ» будетъ приложена Премія «Ситцевые полы»—привилегія Инженера-Технолога Н. Мельникова—подробное описаніе и образцы. Постороннія лица, не подписчики журнала «Технологъ» получаютъ подробное разъясненіе о ситцевыхъ и обойныхъ полахъ, прилагая двѣ 7 коп. марки.

Ситцевые полы—на что выдана въ Россіи привилегія Инженеру Н. Мельникову на 15 лѣтъ воплѣщаютъ окраску половъ въ домахъ масляной краской оклейка половъ ситцемъ или обоями производится въ одинъ два—дня, что можно мыть водою

Одесса. Инженеръ Н. Н. Мельниковъ соб. домъ. Театр. пер.

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 1901 и 1902 1903 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

Редакторъ Н. Н. Мельниковъ, Инженеръ-Технологъ.

открыта подписка на 1904 годъ
НА
МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ ВЪ СИБИРИ
„Сибирскія Врачебныя вѣдомости.“

Второй годъ изданія.

Газета будетъ издаваться въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи и выходить 2 раза въ мѣсяць (1 и 15 числа) въ размѣрѣ отъ 1 до 2-хъ печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части вообще и относительно Сибири особенно.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи патологіи и терапіи, хирургіи, акушерству и друг. частямъ врачебной науки.
3. Медицинская статистика.
4. Аптечное дѣло.
5. Статьи по врачебной казуистикѣ.
6. Отчеты больницъ. Сельская медицина.
7. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющимъ близкое отношеніе къ медицинѣ; медико-и этнографическія описанія Сибири.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
9. Народная медицина; врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ.
11. Переводныя статьи и рефераты по медицинѣ изъ повременныхъ и иностранныхъ изданій.
12. Протоколы медицинскихъ больничныхъ совѣщаній.
13. Корреспонденціи; врачебная хроника.
14. Смѣсь; отвѣты редакціи (въ предѣлахъ программы).
15. Объявленія.

Первый № выйдетъ 1-го ноября 1904 года.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 5 рублей.

Подписка принимается въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи, Гостинская улица, домъ В. М. Крутовскаго. Въ Томскѣ и въ Иркутскѣ въ книжныхъ магазинахъ П. И. Макушина.

Редакторъ-издатель А. Смирновъ.

Открыта подписка на 1904 годъ

(т. XXI—годъ двадцать первый).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

- I. Отдѣлъ естественно-историческій.
- II. Отдѣлъ гигиеническій и селѣско-хозяйственный.
- III. Отдѣлъ нормальной и патологической зооміи, гистологій и физиологій.
- IV. Отдѣлъ кліническій (клиника терапевтическая, хирургическая и акушерство).
- V. Отдѣлъ инвазіонныхъ и инфекціонныхъ болѣзней.
- VI. Отдѣлъ ветеринарно-полицейскій.
- VII. Отдѣлъ критики и библіографіи.
- VIII. Отдѣлъ научно-практическихъ свѣдѣній.
- IX. Извѣстія и замѣтки.

«Ученныя Записки» выйдутъ въ 1904 году въ количествѣ 6 вых., составивъ томъ болѣе 20 печатн. листовъ (томъ XXI). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за границу—4 рубля.

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

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

Редакторъ Гр. Кирилловъ.

Открыта подписка
НА
„РУССКІЙ ЖУРНАЛЬ
КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

(4-й годъ изданія).

Съ 1901 г. выходитъ ежемесячно „Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“, преслѣдующій научно-практическія цѣли.

Программа журнала слѣдующая:

I отдѣлъ. Кожныя болѣзни.

II отдѣлъ. Сифилисъ и мягкій шанкръ.

III отдѣлъ. Переломъ и его осложненія.

Въ этихъ отдѣлахъ будутъ помѣщены оригинальныя работы теоретическаго и практическаго характера, рѣдкіе случаи, описаніе новыхъ лечебныхъ способовъ и средствъ, рефераты изъ русской и иностранной литературы.

IV отдѣлъ. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣщаться полностью протоколы сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическія обзоры—будутъ посвящены современному состоянію различныхъ вопросовъ научно-практическаго характера.

VI отдѣлъ. Рецензіи и библіографія.

VII отдѣлъ. Хроника, въ которой будетъ обращено вниманіе на различныя событія дня, имѣющія значеніе въ дѣлѣ развитія и характеристики спеціальности.

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

Цѣна—8 р. за годъ; 4 р.—за полгода. Для гг. студентовъ 5 р. за годъ.

Заграницу—10 р. за годъ.

Адресъ редакціи: Харьковъ, Сумская ул., 6. Проф. И. Ф. Зеленову

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

Цѣлая страница—15 руб.; половина—8 руб. За 10 разъ и болѣе—уступка—10%. Плата вносится впередъ.

Коммисіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленевъ.

РУССКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ

журналъ, издаваемый Обществомъ Россійскихъ Хирурговъ.

Программа изданія:

1. Протоколы засѣданій русскихъ хирургическихъ обществъ съ авторефератами или рефератами читанныхъ въ этихъ засѣданіяхъ докладовъ.

2. Труды съѣздовъ русскихъ хирурговъ съ авторефератами докладовъ, отчетами о засѣданіяхъ, отчетами должностныхъ лицъ.

3. Обзоры, рефераты, рецензіи русскихъ хирургическихъ работъ: а) журнальныхъ статей, б) диссертаций, в) монографій; г) сообщений въ засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ.

4. Обзоры текущей литературы по отдѣльнымъ вопросамъ хирургіи.

5. Разныя извѣстія изъ области научной и практической медицины, главнымъ образомъ хирургіи; хроника; повныя назначенія, некрологи.

6. Приложенія: хирургическіе отчеты, диссертации, монографіи.

7. Объявленія.

Выходитъ 6 разъ въ годъ.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 8 рублей.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: МОСКВА, Гранатный пер., Риттихъ, кв. № 12 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакторы, *И. П. Алексинскій. А. В. Мартыновъ.*

Открыта подписка

на **МЕДИЦИНСКАЯ БЕСѢДА** "18-й
1904 г., годъ.

ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГИЕНЫ.

(Издается съ 1887 г. подъ редакцію А. Х. САВИННА).

(Большая золотая медаль на 1-й Всероссийской Гигиенической Выставкѣ 1893 г. въ С.-Петербургѣ).

ПРОГРАММА.

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части и вѣдомству.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи, патологіи, терапіи, хирургіи, акушерству и другимъ частямъ врачебной науки. Медицинская статистика. Школьная гигиена. Антисептическое дѣло.
3. Статьи по земской медицинѣ.
4. Исторія медицины.
5. Переводныя статьи и рефераты изъ повременныхъ иностранныхъ медицинскихъ изданій.
6. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющія близкое отношеніе къ медицинѣ.
7. Врачебная хроника и сабѣ.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
8. Народная медицина. Врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Протоколы больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, отчеты о дѣятельности больницъ и подобнаго рода больничныхъ учрежденій.
11. Объявленія.

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ. Годовая цѣна съ доставкой и пересылкой—5 р., для фельдшеровъ и акушеровъ—3 р. Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ книжномъ магазинѣ К. А. Риккера; въ Воронежѣ, въ конторѣ редакция и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.
Гг. фельдшеры, фельдшерши и акушеры просятъ обращаться съ подпискою въ контору редакціи.

Редакторъ А. Савиннъ.

Съ 1-го Января 1904 г. Принимается подписка

НА ОБЩЕДОСТУПНОЙ ЖУРНАЛЪ

(Второй годъ изданія).

ПРОМЫШЛЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

(Вѣстникъ профессиональной гигиены и фабричнаго законодательства)

Подписная цѣна на годъ (девять книгъ отъ 10 печатныхъ листовъ и болѣе, съ чертежами въ текстѣ и съ отдѣльными приложеніями)—шесть рублей съ доставкой и пересылкой; на три мѣсяца (съ 1-го января до 1-го апрѣля 1904 г.)—

2½ рубля. Журналъ выходитъ ежемѣсячно за исключеніемъ трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ (іюнь, іюль, и августъ).

Оставшіеся экземпляры журнала съ 1-го Октября 1902 г. по 1 Октября 1903 г., за исключеніемъ распроданнаго № 8 (май—августъ 1903 г.) продаются по три рубля за восемь книгъ, съ пересылкою и доставкою—четыре рубля.

Адресъ Редакціи и конторы: С.-Петербургъ, Кузнечный переулокъ, д. 22.

Редакторъ-издатель А. В. Нокожевъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

НА

Военно-Медицинскій Журналъ

1904 года.

Военно-Медицинскій Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками въ 15 и болѣе листовъ и содержитъ, кромѣ официальной части, слѣдующіе отдѣлы: А) Вспомогательныя отрасли медицины (анатомія, физиологія, патологія, біологія и исторія медицины). Б) Практическія медицина: 1) хирургія, 2) внутреннія болѣзни, 3) военно-санитарное дѣло и гигиена, 4) прочія отрасли практической медицины В) Обзорѣніе текущей медицинской литературы. Г) Критико-библіографическіе очерки, Д) Отчеты и корреспонденція. Е) Извѣстія касающіяся врачебнаго быта. Ж) Отвѣты на запросы сотрудниковъ и подписчиковъ „Воен.-Мед. Журнала“

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица, д. № 1.

Цѣна на годовое изданіе для Военныхъ врачей 6 рублей съ пересылкою, а для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп., а съ пересылкою 8 руб. Допускается разсрочка подписной платы по полугодіямъ.

Для личныхъ переговоровъ по дѣламъ редакціи отвѣтственный редакторъ принимаетъ по Понедѣльникамъ, Средамъ и Субботамъ отъ 11—1 ч. дня, въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи.

Отвѣтственный Редакторъ А. С. Тауберъ.

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ, основанный въ память В. А. Манассеина,

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

проф. В. В. Подвысоцкаго и д-ра С. В. Владиславлева.

(Третій годъ изданія)

ПРОГРАММА:

1) Статьи оригинальныя и переводныя по всѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиѣны, съ рисунками и таблицами

2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.

3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по всѣмъ отраслямъ медицины.

4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о всѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.

5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.

6) Рецензіи и библиографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиѣ.

7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.

8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіеся врачебныхъ вопросовъ.

9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лицъ на поприщѣ медицины.

10) Списокъ защищенныхъ диссертаций въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.

11) Служебныя назначенія и перемѣщенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.

12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекшіе недѣли и мѣсяцы.

Журналъ выходитъ еженедѣльно по субботамъ. Подписная цѣна, съ доставкою пересылкою, въ предѣлахъ Россіи на годъ 9 руб.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію а также отдѣльныя оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача», просятъ присылать одному изъ Редакторовъ его: проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, зданіе Медицинскаго факультета), или другу С. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Невловская № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккеръ въ С.-Петербургѣ (Невскій, 14), а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПІЯ въ 1904 году (Годъ 9).

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

ОТДѢЛЫ ЖУРНАЛА: I. Оригинальныя сообщенія и обзоры.—II. Изъ періодической печати. 1. Общая терапія.—2. Хирургія и зубоврачеваніе.—3.—Болѣзни глаза.—4. Болѣзни уха, носа и горла.—5. Болѣзни органовъ дыханія и кровообращенія.—6. Болѣзни органовъ пищеваренія.—7. Болѣзни мочеполовыхъ органовъ, сифилисъ и кожныя.—8. Болѣзни крови, обѣтна и заразныя.—9. Болѣзни нервной системы и душевныя.—10. Болѣзни дѣтскаго возраста.—11. Акушерство и гинекологія.—12. Токсикологія, фармакологія и рецептура.—13. Краткія терапевтическія замѣтки.—14. Рецептурныя формулы.—III. Библиографія.—IV. Хрошика и разныя извѣстія. —V. Объявленія.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА.

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

Цѣна объявленій 20 коп. за мѣсто строчки пелита.

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

Иногородныхъ подписчиковъ покорнѣйше просятъ обращаться прямо въ контору журнала.

Экземпляры «Новостей Терапіи» за 1891, 1892, 1893, 1894. и 1895 г.г. 2 руб. 50 коп. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 г. по 3 руб. другимъ. Экземпляры «Современной Терапіи» 1896—1902 г.г. 3 руб. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 года и 3 руб. 50 к. другимъ.

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

Редакторъ-Издатель К. В. Скурховичъ.

Открывается подписка на ежемѣсячный журналъ

IX г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1904 г.

и еженедѣльную газету

VII г. **ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ** 1904 г.

(бывшій «Терапевтический Вѣстникъ».)

Издаваемые и редактируемые проф. М. Н. АННАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предыдущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны послѣдшія, вплоть современно изложенныя, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣчены слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

1) Д-ръ А. А. Щенниковъ. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstetia и Netolitzk'аго (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.

2) Проф. М. Н. Аннасьевъ и д-ръ П. Б. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапія. Съ рис.

3) Они-же. Малирія, ея происхожденіе, симптоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.

4) Проф. A. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.

5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebrich (Берлинъ), C. Gerhardt (Берлинъ), A. Martin (Грейфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.

6) Доц. E. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ приложеніемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ B. Ruhbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dumas (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

10) Д-ръ М. Joseph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисункомъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство по патологiи и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ C. Feistmantel (Будапештъ). Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ. Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. L. Кларр (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

УП г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

бывшій «Терапевтический Вѣстникъ», еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтический Вѣстникъ» пользовался за истекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двухнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ». — Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла, «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей готчасъ же освѣщать читателю все, что появляется новаго въ области медико-хирургической науки, особенно же въ области этиологiи, діагностики и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ дiететики и дiетотерапiи — Считая предупрежденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной. — Въ то же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй рускаго врача, въ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности, — истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, перѣдко плохо усвоеннымъ шаблонамъ. — Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Ответы» редакцiя съ готовностью будетъ давать носильные ответы на всѣ обращенныя къ ней запросы научнаго или бытового характера, чтѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетой. — Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести посильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

дѣятелей русской медицины—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и всесторонняго ознакомленія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всемъ вопросамъ медицины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя способы леченія. 6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пневмотерапіи, механотерапіи, сиболеченію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всемъ медикохирургическимъ специальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, глотки, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностранныхъ медич. обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библіографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецензіи формулы.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы и отвѣты.

Подписная цѣна на «Соврем. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р., причемъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Несмотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣстникомъ» объемъ, «Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженедѣльно въ размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р., безъ дост.—4 р. 50 к., причемъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ и остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачебн. Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, вѣето 15 р. только 13 р. съ доставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, причемъ могутъ пользоваться разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб. въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачебн. Вѣстн.» 6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за 1896—97 и 1899—1903 гг. можно получить по 10 руб. безъ пер.; таковыя же экземпляры «Терап. Вѣстн.» за 1898—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со всехъ изданій редакціи, помѣщенныхъ въ каталогъ ея, который можно получить безплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Аптечный проспектъ, № 33.

подписка на 1904 годъ на журналъ „ДѢЯТЕЛЬ“.

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- | | |
|--|--|
| 1) Правительственные распоряженія. | 7) Свѣдѣнія о дѣятельности благо- |
| 2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія. | творительныхъ учрежденій. |
| 3) Повѣсти, разказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія. | 8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ. |
| 4) Письма изъ провинціи. | 9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею. |
| 5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни. | 10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости. |
| 6) Изъ жизни и печати. | 11) Критика и библиографія. |
| | 12) Объявленія. |

Подписная цѣна за годъ 2 рубля. Полугодовая подписка не принимается.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя библіотекы и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903 годы платятъ 16 рублей.

Адресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДѢЯТЕЛЬ“ можно пріобрѣтать книги, допущенныя Ученымъ Комитетомъ для бесплатныхъ народныхъ читальнь и народныхъ чтеній:

- Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова. » р. 20 к.
- Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Замѣткикамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскихъ матерямъ. За сотню. 2 р. * к.
- Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню. 1 р. * к.
- Вино для человека и его потомства—ядъ. За сотню. 2 р. * к.
- Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заболѣваніямъ человека. Проф. И. М. Догеля (Одобрен. Ученымъ Комит.). » р. 40 к.
- Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его-же. » р. 30 к.
- Высокопресвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ. Проф. А. И. Александрова. » р. 10 к.
- Исторія Казани. К. Ф. Фукса. » р. 50 к.
- Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турнерелли. » р. 50 к.
- Письма С. А. Рачинскаго духовному юношеству о трезвости. . . » р. 30 к.
- Царь и народъ Русь православная въ Саровѣ. Архиман. Андрея » р. 10 к.

Редакторъ-издатель А. Т. Соловьевъ.

Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова, издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1904 году (X-й годъ изданія) будетъ выходить книжками, отъ 5-ти до 8-ми листовъ каждая, 6 разъ, а именно: въ январѣ, мартѣ, маѣ, августѣ, октябрѣ и декабрѣ.

Въ „Журналѣ“, согласно программѣ его, помѣщаются:

1) Протоколы засѣданій (полностью) Правленія Общества и Организационнаго Комитета и сообщенія о мѣропріятіяхъ и предположеніяхъ Правленія и Комитета, касающіяся дѣятельности Общества и съѣздовъ.

2) Протоколы (полностью или сокращенныя) засѣданій и отчеты о дѣятельности всѣхъ состоящихъ при Правленіи Общества комиссій: по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ, по борьбѣ съ туберкулезомъ, маляріей, по призрѣнію покинутыхъ дѣтей, справочно-посреднической и проч.

3) Статьи, корреспонденціи и замѣтки по всѣмъ медицинскимъ вопросамъ какъ чисто научнымъ, такъ и общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ.

4) Хроника, касающаяся организаціи и дѣятельности медицинскихъ ученыхъ Обществъ, различныхъ врачебныхъ и другихъ научныхъ съѣздовъ, а также дѣятельности общественныхъ учреждений по врачебно-санитарнымъ вопросамъ.

5) Списки членовъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

6) Объявленія.

Болѣе объемистые «Сводныя», «Обзоры», «Труды» комиссій и совѣщанія, «Сборники» и проч. составляютъ приложенія къ «Журналу».

Въ 1903 году въ видѣ такихъ приложеній были выданы: сборникъ о состояніи врачебно-санитарной части въ городахъ подъ заглавіемъ «Городская Медицина въ Европейской Россіи», обработанный А. А. Чертовымъ, «Обзоръ остро-заразныхъ заболеванийъ въ 15-ти земскихъ губерніяхъ за 1901 г.», составл. К. И. Шидловскимъ, «Сводъ постановленій и работъ I—VII-го всероссійскихъ съѣздовъ по спеціальнымъ научнымъ и научно-практическимъ вопросамъ» (хирургія, акушерство, болѣзни горла, уха и носа, фармація и фармакогнозія, патологія и эмбриологія, венерическія и кожныя болѣзни), «Труды малярійной комиссіи и проч.

Члены Общества, а также члены IX-го Пироговскаго съѣзда (въ качествѣ членовъ Общества на 1904 годъ) получаютъ «Журналъ» безплатно.

Подписная цѣна (для не—членовъ Общества) пять рублей.

Гонораръ за оригинальныя статьи и корреспонденціи 30 р. съ печатнаго листа. Авторы имѣютъ право на 25 оттисковъ.

Объявленія принимаются по слѣдующей таксѣ: за 1 стр. 10 р., за 1/2 стр. 7 р., за 1/4 стр. 4 р., менѣе 1/4 стр. 3 р. за 1 разъ.

Адресъ конторы редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Трубеткой пер. д. № 10.

ГОДЪ IV. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1904.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНИ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,
выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ и
болѣе.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—
10 руб., за границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва,
Дѣвичье поле, Клиника Первыхъ Болѣзней.



РУССКІИ

ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ

въ 1904 году (XX годъ изданія) будетъ выходить по прежней
программѣ и въ прежнемъ объемѣ: каждыя два мѣсяца книжка-
ми не менѣе 10 листовъ каждая.

РЕДАКТОРЪ-ИЗДАТЕЛЬ

Н. А. Вельяминовъ,

Профессоръ Академической Хирургической Клиники.

РЕДАКТОРЫ:

А. А. Бобровъ. Профессоръ Факультетской Хирургической Клиники въ
Москвѣ. В. И. Разумовскій. Профессоръ Факультетской Хирургической Кли-
ники въ Казани. И. Ф. Сабанъевъ. Старшій Врачъ Одесской Городской боль-
ницы. К. М. Сапѣжко. Профессоръ хирургіи Императорскаго Новороссійскаго
Университета. К. П. Серапинъ. Ассистентъ Академической Хирургической
Клиники. В. А. Тиле. Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской
Академіи. Цеге фонъ-Мантейфель. Профессоръ хирургіи Императорскаго
Университета въ Юрьевѣ. Г. Ф. Цейдлеръ. Приватъ-доцентъ Императорской
Военно-Медицинской Академіи.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ хирургіи и родственныхъ ей спеціальностей.

II. Критика и библіографія.

III. Рефераты.

IV. Отчеты и протоколы русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ Обществъ и Съездовъ.

V. Корреспонденціи.

VI. Объявленія.

Рукописи (въ заказныхъ бандероляхъ и написанныя, по возможности, четко и на одной сторонѣ листа) просятъ направлять на имя К. П. Серапина (Шпалерная, 30, кв. 1). Статьи, гдѣ-либо уже напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, дѣлать сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ текстѣ печатныхъ статей. Рукописи ненапечатанныхъ самостоятельныхъ работъ хранятся въ редакціи, для возвращенія авторамъ, по ихъ требованію (почтой - на ихъ счетъ), въ теченіе 2 лѣтъ; возвращеніе ненапечатанныхъ рефератовъ, рецензій корреспондентій и пр. необязательно.

Цѣна за годъ съ пересылкою и доставкою 8 р., за полгода 4 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Секретарь редакціи д-ръ Б. Е. Гершунъ (Подольская, 19, кв. 8).

косточками во вспомогательныхъ связкахъ локтевого сустава въ одномъ случаѣ.—**Н. М. Терешенковъ**: Къ вопросу о роли организма больного въ происхожденіи операціонныхъ осложнений: 1) о послѣопераціонной желтухѣ.—**Г. А. Колосовъ**: Случай сочетанія двуполостнаго мочевого пузыря съ удвоеніемъ одного мочеточника; происхожденіе и практическое значеніе этихъ аномалій.—**В. Е. Гершуни**: Къ вопросу объ оперативномъ леченіи слоновости.—**В. И. Лисянскій**: Къ казуистикѣ операцій exclusiоnа кишки при леченіи каловыхъ свищей.—**Г. А. Валяшко**: Травматическая киста поджелудочной железы 678.

ВНУТРЕННІЯ БОЛѢЗНИ.

Dr Arnold Goldmann: Die Therapie der Gegenwart September. 1903). 684.

III. БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ 686.

IV. ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ 692.

V. АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 695.

VI. ОБЪЯВЛЕНІЯ.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

и л

«Казанскій Медицинскій Журналъ»

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

издаваемый подъ редакціей председателя Общества

Проф. А. Н. Каземъ-Бека.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всемъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по специальностямъ, IV. отчеты о заседанияхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецепции, VIII. библіографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для нечленовъ Общества 5 руб. въ годъ.

Подписка принимается въ библіотекѣ Общества (Казань, Университетъ) и въ Книжномъ Магазинѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань, Пассажъ).

Рукописи для помѣщенія въ Журналѣ направляются по адресу: Казань, Университетъ, Общество врачей, въ редакцію «Казанскаго Медицинскаго Журнала».

Председатель Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ.

За секретаря Н. Осокинъ.